

María Victoria López-Sánchez¹ 
José Antonio López-Villalobos^{2*} 
Isabel Serrano Pintado³ 
Jesús María Andrés de Llano⁴ 

1. Servicio de Salud Mental. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander, España.
2. Servicio de Salud Mental. Complejo Asistencial Universitario de Palencia, España.
3. Profesora de la Facultad de Psicología Universidad de Salamanca, España.
4. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

José Antonio López-Villalobos
Correo: villalobos@cop.es; jlopezv@saludcastillayleon.es

Prevalencia de Prototipos de Personalidad en Adolescentes

Prevalence of Personality Prototypes in Adolescents

RESUMEN

Introducción: Los rasgos de personalidad se configuran en estilos o prototipos de personalidad que son más estables a partir de la adolescencia, influyen en la consolidación de la personalidad adulta y son recogidos en su variante más patológica en los trastornos de personalidad. **Objetivo de investigación:** Estudiar la prevalencia de prototipos de personalidad notablemente destacados (PRPND) en el ámbito clínico y de población general. **Material y método:** Muestreo aleatorio población general (n = 461) y consecutivo en clínica (n = 219). Adolescentes 13-17 años. Instrumento de medida: Inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI). Punto corte prevalencia: puntuación directa de la tasa base 85 sin transformación. **Resultados:** Prevalencia en porcentajes de PRPND (primer dato muestra clínica/ 2º dato general): Introversivo (8,2/4,6); Inhibido (10/5,4); Pesimista (5,9/3,7); Sumiso (14,2/10,2); Histriónico (16/14,8); Egocéntrico (21,5/19,7); Rebelde (12,8/11,7); Rudo (11,9/6,3); Conformista (13,3/21,5); Oposicionista (9,6/5,6); Autopunitivo (9,1/3,5) y Límite (9,6/3,7). Sólo existen diferencias significativas de proporciones en los PRPND inhibido, rudo, autopunitivo, límite (más en muestra clínica) y en PRPND Conformista (más en población general). **Conclusión:** Nuestros resultados reflejan la realidad

ABSTRACT

Background: Personality traits are configured in personality styles or prototypes that are more stable from adolescence onwards, influence the consolidation of adult personality and are expressed in their most pathological variant in personality disorders. **Research objective:** To study the prevalence of notably prominent personality prototypes (PRPND) in the clinical and general population settings. **Material and method:** Random sampling of general population (n = 461) and consecutive sampling in a clinical setting (n = 219). Adolescents 13-17 years old. Measuring instrument: Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI). Prevalence cut-off point: direct scoring of the prime rate score 85 without transformation. **Results:** Prevalence in percentages of PRPND (first data clinical sample/ 2nd general data): Introversive (8,2 / 4,6); Inhibited (10 / 5,4); Doleful (5,9 / 3,7); Submissive (14,2 / 10,2); Dramatizing (16 / 14,8); Egotistic (21,5 / 19,7); Unruly (12,8 / 11,7); Forceful (11,9 / 6,3); Conforming (13,3 / 21,5); Oppositional (9,6 / 5,6); Self-Demeaning (9,1 / 3,5) and Borderline Tendency (9,6 / 3,7), Significant differences were observed in Inhibited, Forceful, Self-Demeaning, Borderline Tendency PRPND (higher in the clinical sample) and Conforming PRPND (higher in the

12

de los adolescentes en PRPND en nuestro tiempo y contexto, representando un estado de alerta para el clínico al interpretar puntuaciones elevadas en el MACI.

Palabras clave: Personalidad, adolescencia, prevalencia, prototipos de personalidad, MACI

general population). **Conclusion:** Our results reflect the reality of adolescents in PRPND in our context and represent state of alert for the clinician when interpreting high scores on the MACI.

Keywords: Personality, adolescent, prevalence, personality prototypes, MACI.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia incluye un espacio temporal entre los 10 y los 19 años (1), extendido por algunos autores hasta los 21 años y puede dividirse en temprana (10-13 años), media (14-17 años) y tardía (18-21 años) (2). En este contexto, la personalidad se conceptualiza como un conjunto duradero de rasgos y estilos de la persona, cuyas características representan disposiciones y formas en las que cada uno se diferencia de las demás (3). Se desarrolla desde edades muy tempranas y en la adolescencia los rasgos de la personalidad comienzan a ser más persistentes (4,5) e influyen de una manera importante en la personalidad adulta. De forma global, los rasgos de personalidad describen patrones de diferencias individuales en pensamientos, sentimientos y comportamientos que son relativamente duraderos en el tiempo, presentan cierta estabilidad a partir de la adolescencia tardía y manifiestan cambios a lo largo de todo el periodo vital de las personas (6).

Los prototipos de personalidad, objeto de nuestro estudio, representan tendencias en el seno de un periodo evolutivo que marca las bases de la futura personalidad. Millon (7) plantea que la personalidad adolescente puede ser descrita en términos de estilos de personalidad, precursores de los patrones de personalidad normal descriptibles en el adulto que son recogidos en su variante más patológica en los trastornos de personalidad. La personalidad normal y la patológica comparten los mismos principios y mecanismos de desarrollo. La diferencia básica es que la personalidad patológica es más rígida y poco adaptativa, por contraste con la mayor flexibilidad

y sentido de la adaptación de la personalidad sana (7). Los rasgos de personalidad sólo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos, omnipresentes, de inicio precoz, resistentes al cambio y cuando causan un deterioro funcional significativo (8). Diversos autores refieren que los rasgos desadaptativos de la personalidad comienzan a formarse durante la adolescencia (9).

Los prototipos o perfiles de personalidad derivados del Inventario clínico para adolescentes de Millon (10), incluyen las categorías introvertido, inhibido, pesimista, sumiso, histriónico, egocéntrico, rebelde, rudo, conformista, opositor, autopunitivo y tendencia límite. Aunque el autor del MACI cuando define los prototipos de personalidad elude el término “trastorno” y algunos de los nombres incluidos en los trastornos de personalidad del DSM-5, resulta fácil encontrar su vinculación con los mismos. Los diferentes prototipos de personalidad del MACI tienen vinculación en cuanto a su denominación con los trastornos de personalidad (TP) según las siguientes equivalencias: introvertido (TP esquizoide), inhibido (TP evitativo), pesimista (TP depresiva), sumiso (TP dependiente), histriónico (TP histriónico), egocéntrico (TP narcisista), rebelde (TP antisocial), rudo (TP sádico), conformista (TP obsesiva - compulsiva), opositor (TP pasivo - agresivo), autopunitivo y tendencia límite (TP límite) (11).

Los prototipos son una síntesis de las perspectivas categoriales y dimensionales (12), pudiendo ser utilizados en investigación desde ambas perspectivas. El debate entre lo categórico y lo dimensional puede resolverse, según el autor, mediante la identificación de numerosas variantes prototípicas que existen para

cada trastorno de personalidad y que pueden ser sólo el principio de un estudio clínico adecuado y una intervención acorde a las variantes.

En esta investigación, sin excluir otras perspectivas, hemos optado por una perspectiva categorial que es la habitual para estudiar la prevalencia. Un enfoque prototípico de los trastornos de la personalidad conceptualizaría la patología de la personalidad como fenotipos clínicos discretos compuestos de características relacionadas. La similitud de las características de personalidad de una persona con un prototipo determinado, representa cuán prototípico es del fenotipo (13).

En la actualidad tenemos estudios que contrastan la población general y clínica en los prototipos de personalidad desde una perspectiva más dimensional (14,15) y en esta investigación nos hemos centrado en la perspectiva categorial, propia de los estudios de prevalencia.

En cuanto a la justificación de la investigación, se observa que no existen estudios de prevalencia similares al que presentamos, lo que contribuirá al conocimiento de esta realidad en adolescentes de nuestro tiempo y puede ser punto de partida de otras investigaciones. Por otro lado, el estudio de prevalencia puede tener utilidad para establecer adecuadas estrategias de prevención / intervención en población general y clínica. Todo ello subraya el interés y la originalidad del análisis que plantearemos en nuestros objetivos.

El objetivo de la investigación es estudiar la prevalencia de los prototipos de PRPND en una muestra de adolescentes de población general y en una muestra clínica, observando las diferencias entre ambas muestras.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

La muestra de población general está formada por adolescentes entre 13 y 17 años. El muestreo, derivado de un estudio epidemiológico de prevalencia de PRPND, ha sido aleatorio polietápico, estratificado y proporcional por conglomerados. La proporcionalidad respetó los bloques de tipo de centro escolar (público / privado) y la zona sociodemográfica (rural y urbana). Con la finalidad

de conseguir precisión en las estimaciones de PRPND se realizó un cálculo del tamaño muestral referenciado en el apartado de análisis de datos. La muestra de población general reclutada fue de 461 casos, con un 45,3% del sexo masculino y 54,7% del femenino y una media de edad de 14,32 ($DT = 1,03$).

La muestra clínica se reclutó mediante muestreo consecutivo de pacientes adolescentes entre 13 y 17 años atendidos en primera consulta en una unidad de salud mental. El periodo de reclutamiento fue de 18 meses. La muestra tiene 219 casos, con un 62,6% del sexo masculino y un 37,4% del femenino y una media de edad de 14,56 ($DT = 1,36$) [$Mdn = 14$; $ASI = 14-15$]. Los diagnósticos más frecuentes en la muestra clínica fueron el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (38,8%), Trastornos del Comportamiento (35,6%), Trastornos por Ansiedad (35,1%) y Trastornos Depresivos (15,9%).

Instrumentos

Inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI)

El MACI es un cuestionario diseñado para adolescentes de 13 a 19 años. De los diferentes apartados del instrumento de medida, nuestro estudio sólo consideró el análisis de los patrones o perfiles de personalidad Introverso, Inhibido, Pesimista, Sumiso, Histriónico, Egocéntrico, Rebelde, Rudo, Conformista, Oposicionista, Autopunitivo y Tendencia Límite (10).

Este instrumento se validó en una muestra clínica de población española y en las escalas de patrones de personalidad los coeficientes de fiabilidad oscilaron entre 0,69 y 0,90. El inventario presenta adecuación en cuanto a la validez empírica (10) y tiene buenas propiedades psicométricas en fiabilidad y validez teórica, estructural y de criterio (16,17).

Los estudios de adaptación del MACI a distintas poblaciones muestran que las características psicométricas del test se mantienen en poblaciones no clínicas y que la consistencia interna alcanza niveles aceptables en la mayoría de las escalas en las diferentes muestras (α entre 0,72 y 0,90 en población general; α entre 0,62 y 0,88 en muestra clínica) (18, 19). El estudio de la fiabilidad del MACI en población no clínica española presentó valores

de fiabilidad adecuados ($\alpha = 0,86$) y se consideró que con las debidas precauciones, puede utilizarse con adolescentes en entornos no necesariamente clínicos (20). En cuanto a su validez, en diversas investigaciones se ha comprobado que el MACI posee capacidad para discriminar entre adolescentes de población general y adolescentes con problemas psicológicos (19).

El MACI fue diseñado para usar datos de prevalencia (16). En nuestra investigación, para las estimaciones de prevalencia de los PRPND, se estableció como punto de corte la puntuación directa que se corresponde con la Tasa Base 85, no ajustada por ningún concepto y determinada por la tasa de prevalencia de la muestra de adaptación española.

La Tasa Base es un estadístico desarrollado por el autor del MACI sobre la base de calcular la tasa de prevalencia para cada uno de los prototipos de personalidad y ajustarlo a las puntuaciones directas de la prueba. La puntuación Tasa Base de 85 se asigna a la puntuación directa que se corresponde con la puntuación centil que representa la tasa objetiva de prevalencia en un prototipo de personalidad determinado (10).

En el instrumento de medida una puntuación mayor de 85 indica que la característica de un prototipo de personalidad determinado es notablemente destacada (PRPND), presentando puntuaciones directas elevadas y permitiendo caracterizar cada PRPND como presente o ausente.

PROCEDIMIENTO

Todos los casos de la muestra clínica y general completaron el MACI. El tipo de muestreo es el definido en el apartado de participantes. Los criterios de inclusión en el estudio para la muestra clínica y la general son estudiar entre 2° y 4° de la ESO, capacidad de lectura, aceptar la participación en el estudio y la existencia del consentimiento informado. No cumplir alguno de los criterios previos sería motivo de exclusión del estudio. En el caso de la muestra clínica también se consideró criterio de inclusión no tener tratamiento farmacológico. La investigación fue aprobada por el Comité Ético de Investigación Científica del Complejo Asistencial Universitario Hospitalario (n° Registro CEIM CAUPA: 2018/006).

Análisis de datos

La prevalencia de cada uno de los PRPND se ha reflejado en porcentajes y se ha estimado la precisión de los mismos a través del cálculo del IC al 95%. Se utilizó el Odds Ratio como medida para expresar si la probabilidad de ocurrencia de cada uno de los PRPND difiere entre la muestra clínica y la general, pudiendo considerarse como una medida del tamaño del efecto para las diferencias en la prevalencia.

Cálculo del tamaño muestral para la prevalencia de PRPND en población general: para conseguir una precisión del 3% en la estimación de una proporción mediante un intervalo de confianza asintótico normal con corrección para poblaciones finitas al 95% bilateral, asumiendo que la proporción de PRPND esperada es del 10 % y que el tamaño total de la población es de 3902, se consideró necesario incluir 361 unidades en el estudio, considerando un 3% de abandonos. La proporción esperada procede de un estudio piloto previo no publicado.

Cálculo del tamaño muestral para la prevalencia de PRPND en la muestra clínica: no fue necesario hacer un cálculo del tamaño muestral al reclutar toda la muestra en un periodo determinado.

En relación al cálculo del tamaño muestral para encontrar diferencias de proporciones en PRPND entre la muestra general y la clínica, observamos que aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,20 en un contraste bilateral, se precisan 302 sujetos en el grupo de población general y 151 en el grupo clínico, para detectar como estadísticamente significativa la diferencia entre dos proporciones. En el cálculo se ha considerado que la proporción en el grupo comunitario se espera sea de 0,1 y en el grupo clínico de 0,2. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 3%. Se ha utilizado la aproximación del arco-seno.

Para estudiar la significación de las diferencias entre la muestra clínica y general en el n° de PRPND se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para dos muestras independientes, utilizando como medida del tamaño del efecto la probabilidad de superioridad estimada (PSest).

En algunos análisis con variables cualitativas, para estudiar asociación / independencia entre variables y/o las diferencias de proporciones en cada uno de los

PRPND entre dos muestras independientes (General / Clínica), se utilizará la prueba de Ji cuadrado, utilizando como medida del tamaño del efecto el coeficiente de contingencia (C).

RESULTADOS

En la [tabla 1](#) se observa la prevalencia de PRPND en población general y clínica, así como el Odds ratio de la población clínica respecto a la general para cada uno de los PRPND.

La prevalencia de PRPND, ordenados de mayor a menor frecuencia en población general es la siguiente: Conformista (21,5%), Egocéntrico (19,7%), Histriónico (14,8%), Rebelde (11,7%), Sumiso (10,2%), Rudo (6,3%), Oposicionista (5,6%), Inhibido (5,4%), Introverso (4,6%), Límite (3,7%), Pesimista (3,7%) y Autopunitivo (3,5%).

La prevalencia de PRPND, en la muestra clínica ordenados de mayor a menor frecuencia es la siguiente: Egocéntrico (21,5%), Histriónico (16%), Sumiso (14,2%), Conformista (13,2%), Rebelde (12,8%), Rudo (11,9%), Inhibido (10%), Límite (9,6%), Oposicionista (9,6%), Autopunitivo (9,1%), Introverso (8,2%) y Pesimista (5,9%).

En la [tabla 1](#) se observa que la población clínica muestra una proporción significativamente mayor en los PRPND Inhibido, $\chi^2_{(1, N=680)} = 4,93$, $p = .026$; C = ,085; Rudo, $\chi^2_{(1, N=680)} = 6,22$, $p = ,033$; C = ,095; Autopunitivo, $\chi^2_{(1, N=680)} = 9,49$, $p = ,002$; C = ,117 y Límite, $\chi^2_{(1, N=680)} = 9,80$, $p = ,002$; C = ,119 que la población general,

sucediendo a la inversa en el PRPND Conformista, $\chi^2_{(1, N=680)} = 6,58$, $p = ,010$; C = ,098. Descriptivamente, todos los PRPND presentan mayor prevalencia en población clínica que en población general, excepto el PRPND Conformista.

En la [Figura 1](#), se observa el n° de PRPND en población general y clínica. Se observan diferencias significativas en el n° de PRPND entre población general y clínica, encontrando que la población clínica tiene significativamente un rango promedio mayor en el n° de PRPND, U de Mann-Whitney = 44567, $p = ,010$; $P_{Sest} = ,44$.

En la misma línea, se observan diferencias significativas de proporciones entre población general y clínica en el n° de PRPND, $\chi^2(4, N=680) = 14,16$, $p = ,048$; CC = ,143. Observamos mayores porcentajes en no tener o tener un PRPND en población general, sucediendo a la inversa en tener dos o más PRPND, que presenta mayores porcentajes en población clínica.

En la muestra de población general el 61,2% de los casos tuvo uno o más PRPND, frente al 66,2% de los casos en la muestra clínica.

Sexo

Existen diferencias significativas en el sexo en función de si se trata de población clínica o general, $\chi^2_{(1, N=680)} = 17,61$, $p < ,000$; C = ,159, observándose una mayor proporción de casos del sexo masculino en población clínica (62,6%) que en población general (45,3%).

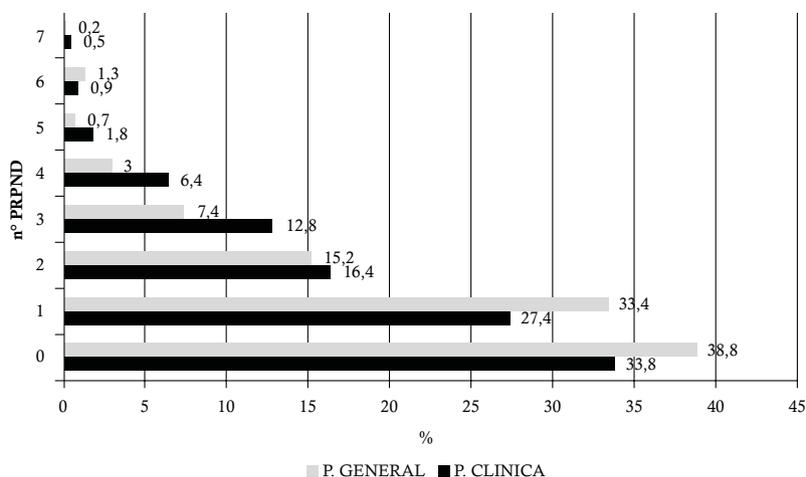


Figura 1. Número y Porcentajes de PRPND en Población General y Clínica.

Tabla 1. Prevalencia de PRPND en población clínica y general.

Prototipo personalidad	Población	n / N°	%	IC95%	OR (IC95%)
Introverso	Clínica	18/219	8,2	5,2-12,6	1,87 (0,97-3,59)
	General	21/461	4,6	3,0-6,8	
Inhibido	Clínica	22/219	10	6,7-14,7	1,94(1,07-3,53)*
	General	25/461	5,4	3,7-7,8	
Pesimista	Clínica	13/219	5,9	3,5-9,8	1,64(0,78-3,45)
	General	17/461	3,7	2,3-5,8	
Sumiso	Clínica	31/219	14,2	10,1-19,3	1,45(0,89-2,35)
	General	47/461	10,2	7,7-13,2	
Histriónico	Clínica	35/219	16	11,7-21,4	1,09 (0,70-1,71)
	General	68/461	14,8	11,8-18,2	
Egocéntrico	Clínica	47/219	21,5	16,5-27,3	1,11 (0,74-1,65)
	General	91/461	19,7	16,3-23,6	
Rebelde	Clínica	28/219	12,8	9-17,8	1,10 (0,67-1,79)
	General	54/461	11,7	9-14,9	
Rudo	Clínica	26/219	11,9	8,2-16,8	2 (1,15-3,49)*
	General	29/461	6,3	4,6-9,7	
Conformista	Clínica	29/219	13,3	9,3-18,3	0,55(0,35-0,87)*
	General	99/461	21,5	17,9-25,4	
Oposicionista	Clínica	21/219	9,6	6,3-14,2	1,77(0,97-3,23)
	General	26/461	5,6	3,8-8,1	
Autopunitivo	Clínica	20/219	9,1	5,9-13,6	2,79(1,41-5,50)*
	General	16/461	3,5	2,1-5,8	
Límite	Clínica	21/219	9,6	6,3-14,2	2,77(1,43-5,36)*
	General	17/461	3,7	2,3-6,1	

Nota. IC: intervalo de confianza; OR: Odds ratio; * p < ,05.

En la tabla 2 reflejamos que en población general se encuentran diferencias de proporciones significativas en las que el sexo masculino presentó PRPND más Introverso, $\chi^2_{(1, N=461)} = 8,45$, p = ,004; C = ,134, Inhibido, $\chi^2_{(1, N=461)} = 15,94$, p = ,000; C = ,183, Oposicionista, $\chi^2_{(1, N=461)} = 11,93$, p = ,001; C = ,153 y Límite, $\chi^2_{(1, N=461)} = 6,90$, p = ,009; C = ,121 que el femenino. En población

clínica encontramos diferencias de proporciones significativas en los PRPND Pesimista, $\chi^2_{(1, N=219)} = 5,96$, p = ,015; C = ,163 y Autopunitivo, $\chi^2_{(1, N=219)} = 7,13$, p = ,008; C = ,178, con una mayor proporción en el sexo femenino; sucediendo a la inversa en el PRPND Rudo, $\chi^2_{(1, N=219)} = 4,17$, p = ,041; C = ,137, con una mayor proporción en el sexo masculino.

Tabla 2. Prevalencia de Prototipos de Personalidad Notablemente Destacados (PRPND) en población general y clínica en función del sexo.

Prototipo de personalidad	Población	Prevalencia sexo	N / N°	%	IC95%	OR (IC95%)
Introverso	General	Masculino	16/209	7,7	4,7-12,7	4,09(1,47-11,37)*
		Femenino	5/252	2,0	0,8-4,5	
	Clínica	Masculino	8/137	5,8	2,9-11,1	0,44 (0,16-1,18)
		Femenino	10/82	12,2	6,7-21	
Inhibido	General	Masculino	21/209	10	6,6-14,8	6,92(2,33-20,51)*
		Femenino	4/252	1,6	0,6-4	
	Clínica	Masculino	15/137	10,9	6,7-17,2	1,31 (0,51-3,37)
		Femenino	7/82	8,5	4,2 -16,5	
Pesimista	General	Masculino	11/209	5,3	0,7-4,8	3,44(1,08-10,98)*
		Femenino	6/252	2,4	0,2-2,8	
	Clínica	Masculino	4/137	2,9	0,1-4,0	0,24 (0,07-0,81)*
		Femenino	9/82	11	2,6-13,4	
Sumiso	General	Masculino	26/209	12,4	9,4-18,8	1,56(0,85-2,86)
		Femenino	21/252	8,3	7,4-15,1	
	Clínica	Masculino	20/137	14,6	9,6-21,4	1,10 (0,49-2,43)
		Femenino	11/82	13,4	7,6-22,4	
Histriónico	General	Masculino	28/209	13,4	9,4-18,6	0,81 (0,46-1,38)
		Femenino	40/252	15,9	11,8-20,8	
	Clínica	Masculino	24/137	17,5	12,0-24,7	1,37 (0,63-2,96)
		Femenino	11/82	13,4	7,6-22,4	
Egocéntrico	General	Masculino	47/209	22,5	17,3-28,6	1,37 (0,86-2,17)
		Femenino	44/252	17,5	13,2-22,6	
	Clínica	Masculino	32/137	23,4	17,0-31,1	1,36 (0,68-2,70)
		Femenino	15/82	18,3	11,4-28,0	
Rebelde	General	Masculino	29/209	13,9	9,8-19,2	1,46 (0,82-2,58)
		Femenino	25/252	9,9	6,8-14,2	
	Clínica	Masculino	17/137	12,4	7,8-18,9	0,91 (0,40-2,06)
		Femenino	11/82	13,4	7,6-22,4	
Rudo	General	Masculino	17/209	8,1	5,1-12,6	1,77 (0,82-3,79)
		Femenino	12/252	4,8	2,7-8,1	
	Clínica	Masculino	21/137	15,3	10,2-22,3	2,78 (1,08-7,70)*
		Femenino	5/82	6,1	2,6-13,4	
Conformista	General	Masculino	54/209	25,7	20,3-32,1	1,00(0,65-1,52)
		Femenino	65/252	25,8	20,3-32,1	
	Clínica	Masculino	19/137	13,9	9,0-20,6	1,15(0,51-2,63)
		Femenino	10/82	12,2	6,7-21,0	

Tabla 2. Prevalencia de Prototipos de Personalidad Notablemente Destacados (PRPND) en población general y clínica en función del sexo (Continuación).

Oposicionista	General	Masculino	20/209	9,6	6,2-14,3	5,22(1,92-14,18)*
		Femenino	6/252	2,4	0,8-4,5	
	Clínica	Masculino	11/137	8,0	4,5-13,8	0,62(0,25-1,55)
		Femenino	10/82	12,2	6,7-21,0	
Autopunitivo	General	Masculino	11/209	5,3	2,9-9,1	2,74(0,93-8,02)
		Femenino	5/252	2,0	0,8-4,5	
	Clínica	Masculino	7/137	5,1	2,5-10,1	0,28(0,10-0,74)*
		Femenino	13/82	15,9	9,5-25,2	
Límite	General	Masculino	13/209	6,2	3,6-10,3	4,11(1,32-12,80)*
		Femenino	4/252	1,6	0,6-4,1	
	Clínica	Masculino	11/137	8	4,5-13,8	0,62(0,25-1,55)
		Femenino	10/82	12,2	6,7-21,0	

De forma global, no se observaron diferencias significativas de rangos promedio entre población general y clínica en la variable edad, U de Mann-Whitney = 46891; $p = ,121$; $P_{Ses} = ,464$.

DISCUSIÓN

La prevalencia de PRPND en población general, siguiendo un criterio de mayor a menor frecuencia, se secuencia en los PRPND Conformista, Egocéntrico, Histriónico, Rebelde, Sumiso, Rudo, Oposicionista, Inhibido, Introverso, Límite, Pesimista y Autopunitivo. En este apartado, no tenemos constancia de estudios de prevalencia sobre PRPND en población general con un diseño como el que presentamos, por lo que nuestro estudio sería la primera referencia.

Si consideramos prevalencias superiores al 14% en población general, observamos que un grupo importante de los adolescentes de nuestra muestra presentan puntuaciones elevadas en los rasgos de personalidad conformistas, egocéntricos e histriónicos. Traducido al lenguaje del significado de los PRPND, al menos uno de cada cinco adolescentes presenta rasgos de personalidad que los caracterizaría como respetuosos y conscientes de las normas, con restricción emocional y preferencias por vivir su vida de forma planificada (conformistas). En una proporción similar, presentan rasgos de personalidad

que los caracterizaría como seguros de sí mismos y narcisistas, con tendencia a valorar poco a los demás, arrogancia y escasa preocupación por las necesidades de los demás (egocéntricos) y al menos uno de cada siete presenta rasgos de personalidad que los caracterizaría como habladores, con encanto social, exhibicionistas, emocionalmente expresivos y con relaciones intensas pero breves con los demás, aburriéndoles la rutina (histriónicos).

Los PRPND con prevalencias más elevadas, que previamente hemos referenciado, presentan en otros estudios puntuaciones medias (no de prevalencia) mayores en población general que en la clínica, permitiendo dudar sobre su valor patológico (18, 21). En nuestro estudio también observamos que el PRPND Conformista presenta una proporción significativamente mayor en población general que en la clínica y los PRPND Egocéntrico e Histriónico no presentan diferencias de proporciones significativas. Esta circunstancia presenta especial interés para el clínico que pudiera interpretar en el rango de la normalidad puntuaciones elevadas en dichos PRPND.

Ante la ausencia de referencias comparativas con nuestro estudio, se planteó como hipótesis que la prevalencia de los PRPND pudiera ser superior a la de los trastornos de personalidad (TP) en población general adolescente. En esta comparación hemos considerado los criterios de Hopwood y Grilo, referenciados en la introducción, sobre la equivalencia

en cuanto a la denominación entre PRPND y TP (11). Comprobamos que efectivamente nuestros PRPND presentan puntuaciones de prevalencia más elevadas que las observadas en los estudios sobre TP que hemos revisado (22). También comprobamos que si consideramos las cifras de prevalencia de los PRPND Introverso, Inhibido, Pesimista, Oposicionista y Límite en las cifras inferiores de su intervalo de confianza, los datos se aproximan a las cifras de prevalencia de sus TP equivalentes Esquizoide, Evitativo, Depresivo, Pasivo agresivo y Límite (22).

En la misma línea argumental de comparación, el 61.2% de los adolescentes en población general tienen uno o más PRPND, lo que no es concordante con las tasas de prevalencia de TP en adolescentes de población general que oscilan entre 14% y el 17% de la población (23).

En resumen, PRPND y TP no presentan cifras de prevalencia similares en población general y en algunos PRPND estas cifras son cercanas.

Centrando nuestra reflexión en la muestra clínica, la prevalencia de PRPND, siguiendo un criterio de mayor a menor frecuencia, se secuencia en los PRPND Egocéntrico, Histriónico, Sumiso, Conformista, Rebelde, Rudo, Inhibido, Límite, Oposicionista, Autopunitivo, Introverso y Pesimista.

Ante la ausencia de referencias comparativas con nuestro estudio, se planteó como hipótesis que la prevalencia de los PRPND pudiera ser superior a la de los trastornos de personalidad (TP) en población clínica adolescente. En la argumentación para este contraste son útiles las mismas equivalencias entre PRPND y TP que hemos realizado previamente. Observamos que la hipótesis solo se cumple en los PRPND Introverso, Egocéntrico, Sumiso, Oposicionista, con cifras superiores a las observadas en los estudios sobre prevalencia de TP (24). En la misma línea argumental, las cifras globales sobre TP en muestras clínicas son variables, con estudios que encuentran un 78% de casos con al menos un TP (24) y otros con un 21,6% (25). Entre ambas cifras, se encontraría nuestra observación de que el 66,2% de los adolescentes en población clínica tienen uno o más PRPND. Por todo ello, nuestra hipótesis en una muestra clínica sólo se confirma parcialmente y este resultado puede ser debido a las diferencias entre TP / PRPND y a que las muestras son difícilmente comparables.

Finalizamos este apartado de discusión con la comparación entre PRPND en la muestra clínica y la de población general. La prevalencia de PRPND es generalmente mayor en la muestra clínica que en la muestra de población general. Sin embargo, las diferencias sólo son significativas en los PRPND Inhibido, Rudo, Autopunitivo y Límite que presentan una proporción significativamente mayor en la población clínica que en la general. Paralelamente, el PRPND Conformista se orienta en sentido inverso encontrando una proporción significativamente mayor en la población general, mostrando una línea en contra de lo esperable. Algunos PRPND no consiguen diferenciar de modo significativo entre población general y la muestra clínica global en los prototipos Egocéntrico, Histriónico, Introverso, Sumiso, Rebelde, Oposicionista y Pesimista. Estos datos pueden hacer reflexionar al clínico cuando interpreta puntuaciones elevadas en los PRPND del MACI, prestando más interés terapéutico en los PRPND que consiguen diferenciar entre población general y clínica.

Los rasgos de personalidad que más diferencian la muestra general de la clínica, indican que la muestra clínica presenta características clínicas de más inestabilidad emocional, ansiedad / inhibición en la relación con los demás, actuación más lesiva contra sí mismos, dureza, obstinación y con más tendencia a abusar de otros y menos conformismo.

Finalizamos el apartado de comparación entre la muestra clínica y de población general con la observación de que la muestra clínica tiene significativamente un mayor nº de PRPND que la de población general. No obstante las diferencias son pequeñas y parece claro que el nº de PRPND es alto en ambas muestras e incluso más del 15% tienen dos o más PRPND. Los datos también indican que de aquellos casos que tienen PRPND el 22% no lo tienen de forma aislada, por lo que la combinación de PRPND no es infrecuente.

En cuanto a la variable sexo, como es habitual en la mayoría de las investigaciones (26), el sexo masculino es más frecuente en la muestra clínica. En población general se observan diferencias de proporciones significativas en las que el sexo masculino presenta PRPND más Introverso, Inhibido, Oposicionista y Límite que el femenino.

En población clínica encontramos diferencias de proporciones significativas en los PRPND Pesimista y Autopunitivo, con una mayor proporción en el sexo femenino, sucediendo a la inversa en el PRPND Rudo con una mayor proporción en el sexo masculino. Traducido al lenguaje del significado de los PRPND, el sexo masculino en población general presenta puntuaciones más elevadas en PRPND que incluyen características relativas a ser más reservados, menos sociables, con escasa expresión emocional, incomodidad en la relación con los demás, pasividad-agresividad, malhumor e inestabilidad en las relaciones sociales y en las emociones. En el contexto clínico, el sexo femenino presenta puntuaciones más elevadas en PRPND que incluyen características relativas a ser más pesimistas, con más abatimiento y desánimo, actuaciones más auto-lesivas y comportamiento con menos dureza y dominancia que el sexo masculino. En general lo que predomina es la ausencia de diferencias significativas en ocho PRPND en población general y en nueve PRPND en clínica. A su vez las diferencias en función del sexo en PRPND no coinciden en población clínica o general. Aunque existen investigaciones en las que se observan diferencias de medias en función del sexo en prototipos de personalidad en población general (20), no tenemos conocimiento de contraste en investigaciones de PRPND con diseño similar al que proponemos, por lo que nuestros resultados son la primera referencia.

Finalizamos la discusión con las fortalezas y limitaciones de nuestra investigación. En cuanto a las fortalezas, la investigación permite conocer la realidad de la prevalencia de los PRPND en adolescentes y se trata de un estudio que tiene un tamaño muestral suficiente para conseguir precisión en las estimaciones de prevalencia y potencia en los contrastes de hipótesis. La evaluación y conocimiento de los PRPND puede influir en el reconocimiento y el manejo de la problemática de la personalidad a la edad más temprana, que resulta una tarea clínica importante y ofrece oportunidades para intervenir y apoyar un desarrollo más adaptativo permitiendo prevenir patología adulta (27, 28). El conocimiento de los PRPND es relevante, por el papel que juegan las dimensiones de la personalidad en el bienestar de los adolescentes (29) y la influencia de

los rasgos desadaptativos de la personalidad en la funcionalidad adolescente en el plano conductual, emocional o motivacional (30). Nuestro estudio se centra en el reconocimiento temprano de esos rasgos de personalidad y observa las discrepancias en los mismos entre población general y clínica. Los resultados observados son relevantes para el clínico cuando observamos que algún PRPND presenta puntuaciones mayores en población general que en la clínica y en otros casos no existen diferencias entre ambas poblaciones. Se trata de resultados importantes cuando un clínico interpreta puntuaciones elevadas en cada uno de los PRPND de personalidad del MACI, permitiendo diferenciar aquellos que tienen un potencial problemático de aquellos que no lo tienen.

En cuanto a las limitaciones, en la muestra de población general no se ha descartado la existencia de patología, por lo que pudieran existir adolescentes con problemática de salud mental en la misma. Otra limitación es que la muestra clínica representa a pacientes adolescentes en consulta externa en salud mental y no es representativa de todas las muestras clínicas (Ej. muestras de Hospital de Día o ingresos hospitalarios). También nos parece una limitación el estudio de los rasgos de personalidad a partir de una única prueba.

En las recomendaciones para futuras investigaciones sobre PRPND, nos planteamos que pudiera resultar de utilidad replicar nuestra investigación en otros contextos culturales o clínicos y analizar las diferencias entre población general o clínica, subdividiendo esta última en los diferentes trastornos mentales.

FINANCIACIÓN

El trabajo forma parte de una línea de investigación asociada al proyecto GRS 1680/A/18, financiado parcialmente por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (España).

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES AL MANUSCRITO

Todos los autores han participado en su concepto, diseño, análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección, así como aprueban el texto final enviado.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran ausencia de conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Adolescent Health [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
2. Güemes-Hidalgo M, Ceñal M, Hidalgo-Vicario M. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral*. 2017;21(4): 233-44. https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2017/06/Pediatria-Integral-XXI-4_WEB.pdf#page=8
3. Bergner RM. What is personality? Two myths and a definition. *New Ideas in Psychology*. 2020;57: 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2019.100759>
4. Kongerslev MT, Chanen AM, Simonsen E. Personality disorder in childhood and adolescence comes of age: a review of the current evidence and prospects for future research. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*. 2015;3(1): 31-48. <https://doi.org/10.1002/ab.20393>
5. Romero Escobar H. La adolescencia al límite. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2006;23(1, 3 y 4): 14-9. <https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/41>
6. Specht J. Personality Development. In Zeigler-Hill V, Shackelford TK, editors. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Switzerland: Springer, Cham; 2020. p. 171-94. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_301938
7. Millon, T. Assessment is not enough: The SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality. *Journal of Personality Assessment*. 2002;78: 209-18. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa7802_02
8. Esbec E, Echeburúa E. El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Esp Psiquiatr* 2015;43(5): 177-86.
9. Osorio A & Gordo R. Estructura de personalidad límite en adolescentes. A propósito de un caso. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2018;35(3): 250-4. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v35n3a3>
10. Millon T. MACI: Inventario clínico para adolescentes de Millon. Madrid: TEA ediciones; 2004.
11. Hopwood CJ, Grilo CM. Internalizing and externalizing personality dimensions and clinical problems in adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2010;41(4): 398-408. <https://doi.org/10.1007/s10578-010-0175-4>
12. Millon T, Davis RB. *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson; 1998.
13. Schreiber AM, Hall NT, Hallquist MN. Prototype Approach to Personality Disorders. In Zeigler-Hill V, Shackelford TK, editors. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Switzerland: Springer, Cham; 2020. p. 53-76. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8>
14. López-Sánchez MV. Prevalencia de perfiles de personalidad en adolescentes: análisis comparativo en población general y clínica. [Tesis doctoral no publicada]. Universidad de Salamanca; 2021.
15. López-Villalobos JA, López-Sánchez MV, Serrano I, Andrés-De Llano JM, Sánchez-Azón MI, González MC. Personalidad en Adolescentes de Población General y Clínica. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual* 2022;30(3): 743-56. <https://doi.org/10.51668/bp.8322309n>
16. McCann JT. Measuring adolescent personality and psychopathology with the Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI). En Sparta SN & Koocher GP. *Forensic mental health assessment of children and adolescents*. Oxford: University Press; 2006. p. 424-39.
17. Millon T. *Millon Adolescent Clinical Inventory manual*. Pearson Assessments Inc; 2006.
18. Vinet E, Fornis M. Normas chilenas para el MACI: Una integración de criterios categoriales y dimensionales. *Terapia psicológica*. 2008;26: 151-63. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082008000200001>
19. Vinet E, Alarcón P. El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) en la evaluación de adolescentes chilenos. *Psykhé*. 2003;12(1): 39-55.

20. Broc MA. A Longitudinal Study of Academic Success and Failure in Compulsory Secondary Education and Baccalaureate Students through the Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI). *Psychology*. 2015;6(12): 1427-37.
<https://doi.org/10.4236/psych.2015.612139>
21. Vinet E. Relativismo cultural del modelo de personalidad de Millon en América Latina: un estudio con adolescentes. *Interdisciplinaria*. 2010;27: 23-40.
22. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Hamagami F, Brook JS. Age-related change in personality disorder trait levels between early adolescence and adulthood: a community-based longitudinal investigation. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102(4): 265-75.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102004265.x>
23. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Oldham JM. Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatr Scand*. 2008 Nov;118(5): 410-3.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01231.x>
24. Hauber AK. Personality disorders and insecure attachment among adolescents [Doctoral dissertation]. GVO Drukkers & Vormgevers Ede, Leiden University Medical Center; 2019.
<https://hdl.handle.net/1887/79984>
25. Korsgaard HO, Torgersen S, Wentzel-Larsen T, Ulberg R. The relationship between personality disorders and quality of life in adolescent outpatients. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*. 2015;3(3): 180-9.
<https://doi.org/10.21307/sjcapp-2015-018>
26. López-Villalobos JA, Gil-Diez C, Sánchez MI. Variables clínicas en Salud Mental infanto juvenil. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 1993;1: 16-24.
<https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/780/759>
27. Chanen AM, Thompson KN. The development of personality disorders. In McAdams DP, Shiner LR, Tackett JL, editors. *Handbook of personality development*. New York. The Guilford Press; 2019. p. 551-571.
<https://doi.org/10.4324/9781315805610.ch11>
28. López F, Blasco L, González JL, Tàrrega B, Mundo P, Harbane-Boschot D, et al. Perfil de personalidad en una muestra de adolescentes en tratamiento ambulatorio. Estudio preliminar con el MMPI-A. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv*. 2007; 24(2, 3 y 4): 200-12.
<https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/102>
29. Serrano C, Andreu Y, Murgui S. The Big Five and subjective wellbeing: The mediating role of optimism. *Psicothema*. 2020;32: 352-8.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2019.392>
30. Romero E, Alonso C. Maladaptive personality traits in adolescence: Behavioural, emotional and motivational correlates of the PID-5-BF scales. *Psicothema*. 2019;31: 263-70.
<https://doi.org/10.7334/psicothema2019.86>