

# Rasgos de personalidad en adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Personality traits in adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

JOSÉ A. LÓPEZ-VILLALOBOS<sup>a</sup>, MARÍA VICTORIA LÓPEZ-SÁNCHEZ<sup>b</sup>, ISABEL SERRANO PINTADO<sup>c</sup>, JESÚS M. ANDRÉS-DE LLANO<sup>d</sup>

*a) Servicio de Salud Mental, Complejo Asistencial de Universitario de Palencia. Hospital San Telmo, Palencia (España).*

*b) Servicio de Salud Mental, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander. Santander (España).*

*c) Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca (España).*

*d) Servicio Pediatría, Complejo Asistencial de Universitario de Palencia. Hospital Río Carrión, Palencia (España).*

*Correspondencia: José Antonio López-Villalobos (villalobos@cop.es)*

Recibido: 17/03/2022; aceptado con modificaciones: 20/01/2023

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



**Resumen:** Antecedentes. Existen pocos estudios que relacionen personalidad y trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adolescentes. Objetivo: estudiar diferencias entre casos con TDAH y población general en prototipos de personalidad (PRP) derivados del Inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI). Material y Método:

Diseño observacional analítico. Muestreo aleatorio en población general (n = 461) y consecutivo de pacientes con TDAH valorados según criterios DSM-5 (n = 85), en adolescentes entre 13 y 17 años. Instrumentos de medida: MACI y Adolescent Symptom Inventory. Resultados: los PRP Pesimista, Rudo, Rebelde, Oposicionista, Autopunitivo y Límite presentan una media significativamente mayor en TDAH y los PRP Sumiso y Conformista, en población general. El modelo de PRP que mejor predice TDAH está conformado por tener sexo masculino y los PRP Rudo, Límite, Sumiso y Autopunitivo, clasificando el 82.4% de los casos. Conclusión: Los casos de TDAH tienen PRP diferenciales con la población general que invitan a su estudio clínico e intervención terapéutica. El estudio ofrece una imagen novedosa de los PRP en casos de TDAH y abre nuevos caminos de investigación que incluyan la personalidad al explicar la heterogeneidad del trastorno.

**Palabras clave:** personalidad, adolescencia, trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

**Abstract:** Background. There are few studies linking personality and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adolescents. Research objective: to study differences between cases with ADHD and the general population in personality prototypes (PRP) derived from the Millon Clinical Inventory for Adolescents (MACI). Material and Method. Analytical observational design. Random sampling in the general population (n = 461) and consecutive of patients with ADHD evaluated according to DSM-5 criteria (n = 85), in adolescents between 13 and 17 years old. Measurement instruments: MACI and Adolescent Symptom Inventory. Results: ADHD presents a significantly higher mean in Doleful, Forceful, Unruly, Oppositional, Self-demeaning and Borderline PRP and the general population in Submissive and Conforming PRP. The PRP model that best predicts ADHD includes male sex and the Forceful, Borderline, Submissive and Self-demeaning PRP. The model classifies 82.4% of the cases. Conclusion. ADHD cases have differential PRP in comparison with the general population, which invites their clinical study and therapeutic intervention. The study offers a novel image of PRP in ADHD and opens new lines of research that include personality when explaining the heterogeneity of the disorder.

**Key words:** personality, adolescence, ADHD.

## INTRODUCCIÓN

EL ESTUDIO SE CENTRA EN ESTUDIAR PERFILES diferenciales de personalidad entre adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y adolescentes de población general, utilizando el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon<sup>1</sup> y analizando los perfiles de personalidad más asociados a la probabilidad de presentar TDAH.

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que presenta de modo persistente inatención y/o hiperactividad-impulsividad, que interfieren con el desarrollo y afectan al funcionamiento académico, social o laboral<sup>2</sup>. Estudios de revisión sobre la prevalencia de TDAH en niños y adolescentes observan tasas entre el 2 y 7 %<sup>3</sup> y en población española encontramos un 6.6 %<sup>4,5</sup>, con cifras estables en infancia (6.9 %), preadolescencia (6.2 %) y adolescencia (6.9 %)<sup>6</sup>. La prevalencia del TDAH presenta variabilidad en función de dimensiones como el nivel socioeconómico, los criterios diagnósticos o la localización geográfica<sup>7,8</sup>.

En la actualidad, la adolescencia se considera como un periodo del desarrollo humano que se extiende entre los 10 y los 19 años<sup>9</sup> y puede dividirse en temprana (10-13 años), media (14-17 años) y tardía (18-21 años)<sup>10</sup>. En este periodo vital, los prototipos o perfiles de personalidad representan tendencias que marcan las bases de la futura personalidad, comienzan a ser cada vez más estables e influyen en la consolidación de la personalidad adulta<sup>11</sup>.

En los adolescentes con TDAH se recomienda que su evaluación y tratamiento sean parte de un programa integral que incluya observaciones multidimensionales e intervenciones multiprofesionales. En este programa integral podría considerarse el análisis de los rasgos de personalidad por su permanente influencia en la persona y los trastornos que padece.

Un estudio reciente con adolescentes observó que los rasgos/prototipos de personalidad (PRP) Introverso, Inhibido, Pesimista, Rudo, Opositor, Autopunitivo y Límite presentan una media significativamente mayor en población clínica que en población general y los PRP Histriónico y Conformista presentan una media significativamente mayor en población general<sup>12</sup>. Este estudio se realizó considerando población clínica general y recomendó la realización de estudios análogos con cada uno de los trastornos específicos incluidos en la población clínica adolescente, como pudiera ser el TDAH<sup>12</sup>.

En adolescentes con TDAH, solo hemos encontrado un estudio que, utilizando una muestra clínica, contrastó sus resultados con los baremos del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon en población chilena<sup>13</sup>. Las adolescentes con TDAH se mostraron significativamente más introvertidas y menos egocéntricas/conformistas que la muestra de población general. En el sexo masculino los adolescentes con TDAH se mostraron significativamente más introvertidos, pesimistas, opositores, autopunitivos y límites, así como menos egocéntricos y conformistas que la muestra de población general<sup>14,15</sup>.

Fuera de la línea directa de nuestra investigación, existen estudios que relacionan TDAH y trastornos de personalidad. La evidencia de investigación disponible indica un vínculo entre el TDAH en la infancia y un mayor riesgo de trastorno de la personalidad límite en la adolescencia y la edad adulta<sup>16,17</sup> y un estudio longitudinal

de seguimiento de 10 años mostró que tener TDAH durante la infancia aumenta el riesgo de desarrollar un trastorno de personalidad en la edad adulta, como los trastornos de personalidad límite, antisocial, evitativo y narcisista<sup>18</sup>.

La escasez de estudios sobre prototipos de personalidad en casos de TDAH adolescente, la repercusión potencial de la personalidad en la intervención sobre el trastorno y el conocimiento del desarrollo de trastornos de personalidad en la edad adulta en casos de TDAH hacen necesario su estudio.

El objetivo de esta investigación es estudiar las diferencias entre una muestra de población general y una muestra de casos con TDAH en cada uno de los PRP derivados del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon<sup>1</sup>. Como objetivo secundario nos planteamos estudiar el modelo predictivo más parsimonioso de PRP capaz de predecir el TDAH.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### *a) Participantes*

La muestra de población general está formada por adolescentes de 2º a 4º de Educación Secundaria Obligatoria (Castilla y León, España). El muestreo, derivado de un estudio epidemiológico de prevalencia, ha sido aleatorio polietápico, estratificado y proporcional por conglomerados. La proporcionalidad respeta los bloques de tipo de centro escolar (público/privado) y la zona sociodemográfica (rural y urbana). La muestra de población general tiene 461 casos y los datos sociodemográficos constan en la Tabla 1.

La muestra clínica se reclutó mediante muestreo consecutivo de pacientes adolescentes con TDAH atendidos en primera consulta en una unidad de salud mental de Castilla y León que estudian entre 2º y 4º de la ESO. El periodo de reclutamiento fue 18 meses. La muestra tiene 85 casos y los datos sociodemográficos figuran en la Tabla 1.

La muestra total recogida incluye 546 casos, 84.4 % de población general y 15.6 % de población clínica. Observamos 51.1 % de casos del sexo masculino y 48.9 % del femenino, con una media de edad de 14.36 ( $DE = 1.10$ ) [ $Mdn = 14$ ;  $ASI = 13-15$ ].

La comparación entre la muestra clínica con TDAH y la general muestra diferencias significativas en función del sexo, con una mayor proporción de casos del sexo masculino en población clínica con TDAH ( $\chi^2_{(1, N=546)}: 39.35, p < .000$ ) y ausencia de diferencias significativas de rangos promedio en la variable edad ( $U = 18432$ ;  $p = .367$ ).

## *b) Instrumentos*

### Inventario Clínico para Adolescentes de Millon

El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon<sup>1</sup> es un cuestionario diseñado para adolescentes de 13 a 19 años. De los diferentes apartados del instrumento de medida, nuestro estudio solo considerará el análisis de los patrones o perfiles de personalidad Introverso, Inhibido, Pesimista, Sumiso, Histriónico, Egocéntrico, Rebelde, Rudo, Conformista, Oposicionista, Autopunitivo y Tendencia Límite.

Este instrumento se validó en una muestra clínica de población española y, en las escalas de patrones de personalidad, los coeficientes de fiabilidad oscilan entre .69 y .90. El inventario presenta adecuación en cuanto a la validez empírica.

Los estudios de adaptación del MACI a distintas poblaciones muestran que las características psicométricas del test se mantienen en poblaciones no clínicas<sup>19</sup>. El estudio de la fiabilidad del MACI en población no clínica española presenta valores de fiabilidad adecuados y se confirma que puede utilizarse con adolescentes en entornos no necesariamente clínicos<sup>20</sup>. El MACI posee capacidad para discriminar entre adolescentes normales y con problemas psicológicos<sup>21</sup>.

En nuestra investigación, para el contraste entre la muestra de población general y clínica con TDAH, solo utilizaremos puntuaciones directas, no transformadas por ningún criterio.

### Adolescent Symptom Inventory (ASI-4R)

El Inventario de Síntomas de Adolescentes (ASI-4R)<sup>22</sup> es una escala que detecta trastornos emocionales y conductuales según criterios DSM-IV en jóvenes entre 12 y 18 años. El instrumento es completado por los padres. El ASI-4R posee diferentes categorías y en este estudio solo utilizaremos la que valora TDAH.

Cada categoría diagnóstica contiene ítems específicos que los padres responden seleccionando la respuesta que mejor describe la frecuencia de cada pregunta. Se utilizó como modelo de corrección el método categorial, donde un síntoma es considerado como clínicamente relevante si ocurre *a menudo* o *muy a menudo* y no es considerado relevante si ocurre *algunas veces* o *nunca*. Cuando el número de síntomas es igual o superior al requerido por la DSM, se valora el diagnóstico de TDAH.

El instrumento de medida tiene adecuación en sus valores de fiabilidad y validez predictiva<sup>22</sup>.

La prueba se utiliza en nuestra investigación como instrumento de *screening* y el proceso diagnóstico de caso finaliza mediante entrevista clínica que concluye con la consideración de TDAH según criterios DSM-5<sup>2</sup>, valorando dimensiones no

presentes en el ASI-4R, como edad de inicio, duración de los síntomas o presencia de deterioro clínicamente significativo. El procedimiento, por todo ello, tiene una doble fase: psicométrica y clínica.

### *c) Diseño y procedimiento*

Todos los casos de la muestra clínica con TDAH y general completaron el MACI<sup>1</sup>. El tipo de muestreo fue el definido en el apartado de participantes. Los criterios de inclusión en el estudio para la muestra con TDAH y general fueron: estudiar entre 2º y 4º de la ESO, tener una capacidad de lectura apropiada, aceptar la participación en el estudio y firmar el consentimiento informado. En el caso de la muestra con TDAH también se consideró criterio de inclusión no tener tratamiento farmacológico. Se garantizó el anonimato de los participantes. La investigación fue aprobada por el Comité Ético de Investigación Científica del Complejo Asistencial Universitario.

## RESULTADOS

Los prototipos de personalidad (PRP) Pesimista, Rebelde, Rudo, Oposicionista, Autopunitivo y Límite presentan una media significativamente mayor en población con TDAH que en población general. A su vez, los PRP Sumiso y Conformista presentan una media significativamente mayor en población general que en la clínica con TDAH. Los mayores tamaños del efecto para las diferencias ( $d > 0.5$ ) se observan en los PRP Rebelde, Rudo, Límite y Oposicionista a favor de la muestra clínica con TDAH y en el PRP Conformista a favor de la muestra general (Tabla 2).

Mediante análisis factorial (muestra TDAH/general) sobre cada uno de los PRP, y controlando el efecto mediante ANCOVA de las covariables sexo y edad, las diferencias significativas observadas en la Tabla 2 permanecen estables.

En la Tabla 3, mediante análisis univariable, observamos que tener sexo varón, el incremento significativo en las puntuaciones de los PRP Pesimista, Rudo, Rebelde, Oposicionista, Autopunitivo y Límite, así como el decremento significativo en las puntuaciones de los PRP Sumiso y Conformista influyen significativamente en la probabilidad de tener TDAH, en mayor o menor medida, según se puede observar en las *odds ratio*.

El modelo más parsimonioso predictor de TDAH incluye sexo masculino y los PRP Sumiso, Rudo, Autopunitivo y Límite (Tabla 4). Tener sexo masculino, el incremento significativo en las puntuaciones de los PRP Límite, Rudo y Sumiso, así como el decremento significativo en la puntuación del PRP Autopunitivo influyen significativamente en la probabilidad (*log odds*) de tener TDAH.

Mediante la prueba del logaritmo del cociente de verosimilitud observamos que el modelo completo es significativo [ $\chi^2 = 104.406$ ,  $p < .001$ ]. Los resultados de la curva ROC (Figura 1) muestran que el mejor punto de corte del modelo de regresión logística clasifica correctamente el 82.4 % de los casos, con un IC al 95 % entre el 77.6 % y el 87.2 %. La formulación que permite clasificar los casos como positivos de TDAH cuando se supera el valor de .50 y negativos con una probabilidad inferior, es:  $1/1 + e^{-[-6.69 + (1.91 * \text{sexo}) + (0.16 * \text{límite}) + (0.08 * \text{rudo}) + (0.04 * \text{sumiso}) + (-0.06 * \text{autopunitivo}]}$ .

## DISCUSIÓN

Los adolescentes con TDAH presentan, de forma significativa, más PRP Rebeldes, Rudos, Oposicionistas, Autopunitivos, Pesimistas y Límites, así como menos Conformistas y Sumisos que la muestra de población general. El MACI<sup>1</sup> no parece diferenciar de forma significativa a TDAH y controles en los PRP Introverso, Inhibido, Histriónico y Egocéntrico.

En los casos de TDAH, si nos atenemos a los PRP diferenciales con la población general, se observan prototipos más externalizadores, como el Rudo, Rebelde, Oposicionista y Límite, que correlacionan de forma alta y positiva con externalización, y los PRP Sumiso y Conformista, que correlacionan de forma alta y negativa con el mismo factor<sup>23</sup>. Los PRP Autopunitivos y Pesimistas son más internalizadores y parecen estar más presentes en los casos de TDAH que en controles. Esta última dimensión podría estar asociada a la alta comorbilidad de TDAH con ansiedad/depresión, no controlada en este estudio<sup>4, 24, 25</sup>.

En referencia al único estudio comparable del que tenemos constancia<sup>14, 15</sup>, nuestros resultados coinciden con su muestra del sexo masculino en que los casos de TDAH son más pesimistas, oposicionistas, autopunitivos y límites, así como menos conformistas. Por otro lado, nuestros resultados no coinciden prácticamente en nada con su muestra del sexo femenino, excepto que son menos conformistas. Las diferencias pueden estar asociadas al tamaño de la muestra, al hecho de que el 54 % de su muestra consuma fármacos, a las diferentes composiciones de la muestra clínica, a diferencias culturales y al diferente procedimiento, pues el estudio compara los casos con los baremos de la prueba y en nuestro caso con controles derivados de un muestreo aleatorio y de la misma zona sociodemográfica. Sin duda, se necesitan más estudios para poder establecer comparaciones y nuestro análisis contribuye a completar esta laguna de investigación.

En cuanto a la segunda dimensión de nuestra investigación, el modelo más parsimonioso que permite predecir el TDAH indica que tener sexo masculino, el incremento significativo en las puntuaciones de los PRP Límite, Sumiso y Rudo, así como el decremento significativo en las puntuaciones del PRP Autopunitivo,

influyen significativamente en la probabilidad de tener TDAH. El modelo que mejor predice el TDAH estaría formado por la variable sexo masculino y un perfil de personalidad caracterizado por la inestabilidad emocional/relacional, el descontrol de los impulsos, la dureza, dominancia e impaciencia, la dependencia y la escasez de autopunición.

Cuando observamos estos resultados de la vinculación entre TDAH y prototipos de personalidad, nos planteamos si un tratamiento integrador multidimensional que incluya las dimensiones problemáticas de la personalidad podría incrementar la eficacia del tratamiento y/o tener un carácter preventivo de problemáticas futuras o trastornos de personalidad en la vida adulta. Naturalmente, esta hipótesis solo tendría sentido si tras la exploración clínica y/o psicométrica (por ejemplo, mediante el MACI) se observasen alteraciones de la personalidad.

Sabemos que hay un tratamiento farmacológico eficaz<sup>26</sup> e intervenciones terapéuticas contrastadas<sup>27,28</sup> para el abordaje del TDAH. También hay un estudio que observa que los tratamientos psicológicos o farmacológicos habituales no consiguen mejorar los factores de una personalidad eficaz en adolescentes<sup>29</sup>, incluso hay casos con un tratamiento combinado del TDAH, basado en la máxima evidencia científica, en los que los resultados no son los deseables. Nos preguntamos si una intervención complementaria sobre dimensiones de personalidad en la que se fortalezcan rasgos funcionales y se haga prevención sobre los disfuncionales<sup>30</sup> podría no solo prevenir alteraciones de personalidad en la edad adulta, sino también ser eficaz en la mejoría clínica de casos que no se benefician de los mejores tratamientos.

En esta misma línea, tiene interés conocer la comorbilidad de los casos de TDAH adultos con trastornos de personalidad. En una revisión de la comorbilidad entre TDAH y trastornos de personalidad en adultos, se observó una alta prevalencia de trastornos límite de personalidad, y en muestras de pacientes adultos con TDAH, se han encontrado trastornos de la personalidad entre el 10 y el 75 % de los casos investigados, frente a la prevalencia global que oscila entre el 4.4 y el 21.5 %<sup>17</sup>. Otros autores también observan una alta prevalencia de trastornos de personalidad histriónicos, narcisistas, límites y antisociales en los casos de TDAH adultos<sup>31</sup>. Desde una perspectiva más dimensional y en la misma línea, los resultados de una revisión sistemática y cuantitativa sugieren una conexión sólida entre el TDAH en adultos y los dominios de personalidad, emocionalidad negativa y baja inhibición de conciencia<sup>32</sup>.

La presencia de trastornos de personalidad límite en adultos con TDAH es una constante y en nuestra investigación y otros estudios<sup>14,15</sup> se ha encontrado que el PRP de personalidad límite en adolescentes presenta puntuaciones superiores en casos de TDAH que en controles, formando parte del modelo que mejor predice el TDAH. Se puede hipotetizar que la tendencia de personalidad adolescente se conso-

lide en la edad adulta. En este caso la intervención preventiva en estas dimensiones podría tener utilidad (esta intervención podría realizarse cuando, tras la exploración clínica y/o psicométrica, se observasen alteraciones de la personalidad). En este sentido, diversos autores estiman que el reconocimiento y manejo de la problemática de la personalidad a una edad y etapa de desarrollo lo más tempranas posibles se han convertido en una tarea clínica importante y ofrece oportunidades para intervenir y apoyar un desarrollo más adaptativo<sup>33</sup>.

Con similar argumentación, podemos hablar de que en nuestro estudio los PRP Rebelde, Rudo, Oposicionista en adolescentes presentan una media significativamente mayor que la población general y, como hemos señalado previamente, en casos de TDAH adultos se ha observado más trastornos de personalidad antisocial<sup>31</sup>.

La elevación en la triada de prototipos de personalidad Rudo, Rebelde y Oposicionista ha sido denominada la “triada de la hostilidad”, que caracteriza a adolescentes que poseen una actitud no empática y egocéntrica, muestran un desprecio por el bienestar de los demás e interactúan de una manera socialmente intimidante<sup>34</sup>. También podemos hipotetizar que la presencia conjunta de estos PRP podría estar asociada a los trastornos de personalidad antisocial en adultos. Por ello, su presencia podría sugerir la necesidad de una intervención temprana, en la misma línea argumental que hemos expuesto con los trastornos límite de personalidad. Naturalmente, la constatación de esta triada es suficiente para considerar el beneficio de una intervención terapéutica en los adolescentes problemáticos.

Una línea argumental similar a las anteriores también podría observarse en la teórica vinculación entre el hecho de que los adolescentes con TDAH sean más pesimistas, autopunitivos y menos conformistas y las observaciones en TDAH adultos, con una sólida conexión con los dominios de personalidad, emocionalidad negativa y baja escrupulosidad<sup>32</sup>. Las vinculaciones entre PRP y personalidad adulta en casos de TDAH son solamente hipótesis, pues nuestro estudio no acredita estas afirmaciones. También es cierto que parece una argumentación plausible e invita a su investigación y a una intervención preventiva cuando se considere necesario terapéuticamente. El conocimiento precoz de las dimensiones vinculadas a los PRP y su asociación con el TDAH puede facilitar un estado de alerta y, consecuentemente, una intervención temprana que consiga un desarrollo más adaptativo.

En este ámbito de la discusión, también es conocido que la ocurrencia conjunta de alteraciones de personalidad en la adolescencia con otros trastornos mentales es frecuente e implica un mayor grado de deterioro que cuando solo aparecen estos trastornos mentales y suele precisar de intervenciones más complejas. Esta presencia conjunta está asociada a mayor uso de los servicios de salud mental, consumo temprano de psicofármacos, peor calidad de vida y peores pronósticos a largo plazo para el funcionamiento académico, ocupacional e interpersonal<sup>10</sup>.

Una última implicación de nuestro estudio es que no tenemos constancia de otro estudio que valore la asociación y/o capacidad predictiva de prototipos de personalidad sobre TDAH.

En cuanto a nuestras recomendaciones para futuras investigaciones, nos planteamos que podría resultar de utilidad replicar la investigación realizada y estudiar mediante el mismo procedimiento la asociación de PRP y otros trastornos mentales, como los trastornos de conducta, ansiedad o depresión. Otra recomendación más ambiciosa sería investigar las trayectorias del desarrollo de PRP que pudieran conducir a trastornos de personalidad en pacientes adultos con TDAH.

## CONCLUSIONES

Los casos de TDAH tienen PRP diferenciales respecto a la población general que invitan a su estudio clínico e intervención terapéutica cuando fuese pertinente. El estudio ofrece una imagen novedosa de los PRP en casos de TDAH y abre nuevos caminos de investigación que incluyan la personalidad al explicar la heterogeneidad del trastorno.

## FINANCIACIÓN

El presente trabajo forma parte del proyecto GRS 1680/A/18, financiado parcialmente por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (España).

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores indican ausencia de conflictos de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Millon T. MACI: Inventario clínico para adolescentes de Millon. Madrid: TEA ediciones, 2004.
- 2 American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014.
- 3 Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry* 2018; 5(2):175-186.
- 4 Rodríguez L, López-Villalobos JA, Garrido M, Sacristán AM, Martínez MT, Ruiz F. Estudio psicométrico-clínico de prevalencia y comorbilidad del trastorno por déficit

- de atención con hiperactividad en Castilla y León (España). *Rev Pediatr Aten Primaria* 2009; 11: 251-270.
- 5 López-Villalobos JA, Rodríguez L, Sacristán AM, Garrido M, Martínez T, Andrés JM. Validez de los criterios DSM-IV según respuesta de los padres en el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2011; 31(110): 271-283.
  - 6 López-Villalobos JA, Andrés-De Llano J, López-Sánchez MV, Rodríguez-Molinero L, Garrido-Redondo M, Sacristán-Martín AM, et al. Criterion validity and clinical usefulness of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Rating Scale IV in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) as a function of method and age. *Psicothema* 2017; 29(1):103-110.
  - 7 Saiz LC. Psicoestimulantes para el TDAH: análisis integral para una medicina basada en la prudencia. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2018; 38 (133): 301-330.
  - 8 Valverde MA, Inchauspe JA. Alcance y limitaciones del tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes y guías de práctica clínica. Una revisión bibliográfica. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2014; 34 (121): 37-74.
  - 9 World Health Organization. Adolescent health. 2021. [Consultado el 27 de marzo 2023] Disponible en: [https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1)
  - 10 Allen B, Waterman H. Etapas de la adolescencia. 2019. [Consultado el 27 de marzo 2023] Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
  - 11 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. *Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol* 2015; 3(1): 31-48.
  - 12 López-Villalobos JA, López-Sánchez MV, Serrano I, Andrés-De Llano JM, Sánchez-Azón MI, González MC. Personalidad en adolescentes en muestra general y clínica. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual* 2022; 30(3): 743-756.
  - 13 Vinet E, Fornis M, Santacana M. Normas chilenas para el MACI: Una integración de criterios categoriales y dimensionales. *Terapia Psicológica* 2008; 26: 151-163.
  - 14 Pi M, Larraguibel M, Rojas-Andrade R, Aldunate C. Comparative study of adolescents with and without ADHD. *Salud Mental* 2018; 41(6): 287-296.
  - 15 Pi M. Descripción de perfiles de personalidad en adolescentes consultantes diagnosticados con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) Santiago, Chile: Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales, 2017.
  - 16 Storebø OJ, Simonsen E. Is ADHD an early stage in the development of borderline personality disorder? *Nord J Psychiatry* 2014; 68(5): 289-95.
  - 17 Matthies S, Philippsen A. Comorbidity of personality disorders and adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Review of recent findings. *Curr Psychiatry Rep.* 2016; 18(4):33.
  - 18 Miller CJ, Flory JD, Miller SR, Harty SC, Newcorn JH, Halperin JM. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and the emergence of personality disorders in adolescence: a prospective follow-up study. *J Clin Psychiatry* 2008; 69(9):1477-84.

- 19 Vinet E, Fornis M. El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) y su capacidad para discriminar entre población general y clínica. *Psykhé* 2006; 15(2): 69-80.
- 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): 1427-1437.
- 21 Vinet E, Alarcón P. El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) en la evaluación de adolescentes chilenos. *Psykhé* 2003; 12(1): 39-55.
- 22 Gadow KD, Sprafkin J. Adolescent Symptom Inventory-4. Screening and norms manual. Stony Brook, NY: Checkmate Plus, 2008.
- 23 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.
- 24 López-Villalobos JA, López-Sánchez MV, Andrés-de Llano JM, Sánchez-Azón MI, Miguel-De Diego N, Baleriola-Recio R. Trastornos por ansiedad: análisis multidimensional. En: Buela-Casal G, Sierra JC, Ramiro-Sánchez T (eds.). *Proceedings of 7th International and 12th National Congress of Clinical Psychology*. Sevilla: Asociación Española de Psicología Conductual, 2015; pp. 7-13.
- 25 López-Villalobos JA, Serrano I, Delgado J, Cañas MT, Gil-Diez C, Sánchez MI. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: evolución en dimensiones clínicas, cognitivas, académicas y relacionales. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2004; 91: 63-80.
- 26 López-Villalobos JA, Sacristán-Martín AM, Garrido-Redondo M, Martínez-Rivera M, López-Sánchez MV, Rodríguez-Molinero L, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en casos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad con/sin tratamiento farmacológico. *An Pediatr*. 2019; 90 (5): 272-279.
- 27 López-Villalobos JA, López-Sánchez MV. Tratamiento psicológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la infancia y la adolescencia. En: Izquierdo A, Cuellar I, Padilla D (coords.). *Manual de psicología clínica de la infancia y la adolescencia*. Madrid: Mc Graw Hill, 2021; pp. 357-362.
- 28 López-Villalobos JA, López-Sánchez MV, Andrés-De Llano. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: revisión del tratamiento psicológico. *ReiDoCrea* 2019; 8: 95-105.
- 29 Guerrero T. La personalidad eficaz en adolescentes diagnosticados de trastorno por déficit de atención con hiperactividad [Tesis doctoral]. Burgos: Universidad de Burgos, 2017.
- 30 Polek E, Jones PB, Fearon P, Brodbeck J, Moutoussis M, NSPN Consortium, et al. Personality dimensions emerging during adolescence and young adulthood are underpinned by a single latent trait indexing impairment in social functioning. *BMC Psychiatry* 2018; 18(1): 1-8.
- 31 Jacob CP, Gross-Lesch S, Reichert S, Geissler J, Jans T, Kittel-Schneider S, et al. Sex- and subtype-related differences of personality disorders (axis II) and personality traits in persistent ADHD. *J Atten Disord*. 2016; 20(12):1056-1065.
- 32 Jacobsson P, Hopwood CJ, Söderpalm B, Nilsson T. Adult ADHD and emerging models of maladaptive personality: a meta-analytic review. *BMC Psychiatry* 2021; 21(1):282.

- 33 Chanen AM, Thompson KN. The development of personality disorders. En McAdams DP, Shiner LR, Tackett JL (eds). Handbook of personality development. New York: The Guilford Press, 2019; pp. 551-571.
- 34 Tringone R, Bockian N. Millon's Contributions to preadolescent and adolescent personality assessment: Searching onward and upward. *J Pers Assess.* 2015; 97(6):563-71.

TABLA I

*Datos sociodemográficos en población general y con TDAH*

<b>Variab</b> les	<b>Dimensiones</b>	<b>General N (%)</b>	<b>TDAH N (%)</b>
<b>Sexo</b>	<i>Masculino</i>	209 (45.3%)	70 (82.4%)
	<i>Femenino</i>	252 (54.7%)	15 (17.6%)
	<i>Total</i>	461 (100%)	85 (100%)
<b>Edad</b>	<i>13-15</i>	410 (88.9%)	63 (74.1%)
	<i>16-18</i>	51 (11.1%)	22 (25.9%)
	<i>Total</i>	461 (100%)	85 (100%)

TABLA 2

*Diferencias de medias en PRP entre población con TDAH y general*

<b>Prototipo personalidad</b>	<b>Población</b>	<b>n</b>	<b>M (DT)</b>	<b>T</b>	<b>p</b>	<b>d</b>
<b>Introverso</b>	TDAH	85	26.05 (10.59)	1.938	.053	0.216
	General	461	23.81 (9.61)			
<b>Inhibido</b>	TDAH	85	22.93 (12.70)	0.392	.695	0.043
	General	461	22.38 (11.62)			
<b>Pesimista</b>	TDAH	85	17.66 (11.71)	3.164 <sup>w</sup>	.002*	0.386
	General	461	13.36 (10.33)			
<b>Sumiso</b>	TDAH	85	46.28 (10.96)	-2.613	.009*	-0.302
	General	461	49.34 (9.71)			
<b>Histriónico</b>	TDAH	85	38.02 (11.47)	0.522	.602	0.057
	General	461	37.40 (9.77)			
<b>Egocéntrico</b>	TDAH	85	34.25 (10.59)	1.824	.069	0.208
	General	461	32.02 (10.27)			
<b>Rebelde</b>	TDAH	85	34.19 (11.74)	4.728	<.001*	0.549
	General	461	27.59 (11.83)			
<b>Rudo</b>	TDAH	85	14.11 (7.91)	5.809 <sup>w</sup>	<.001*	0.741
	General	461	8.79 (6.83)			
<b>Conformista</b>	TDAH	85	41.14 (10.11)	-5.493	<.001*	-0.626
	General	461	47.45 (9.65)			
<b>Oposicionista</b>	TDAH	85	27.93 (10.72)	5.298	<.001*	0.607
	General	461	21.43 (10.33)			
<b>Autopunitivo</b>	TDAH	85	26.80 (15.66)	2.764	.006*	0.311
	General	461	21.98 (14.59)			
<b>Límite</b>	TDAH	85	18.56 (8.98)	6.062	<.001*	0.681
	General	461	12.78(7.90)			

Nota: <sup>w</sup> prueba t modificada mediante la aproximación del test de Welch por ausencia de homogeneidad de varianzas

TABLA 3

Regresión logística individualizada (análisis univariable) de cada PRP sobre TDAH

Prototipos de personalidad	<i>B</i>	<i>ET</i>	<i>Wald</i>	<i>gl</i>	<i>Sign.</i>	<i>Exp(B)</i>	<i>IC 95 % EXP(B)</i>	
							<i>Infer.</i>	<i>Super.</i>
<b>Introverso</b>	0.022	0.012	3.704	1	.054	1.023	1.000	1.046
<b>Inhibido</b>	0.004	0.010	0.154	1	.695	1.004	0.985	1.024
<b>Pesimista</b>	0.035	0.010	11.293	1	.001	1.035	1.015	1.056
<b>Sumiso</b>	-0.030	0.012	6.664	1	.010	0.970	0.948	0.993
<b>Histriónico</b>	0.006	0.012	0.273	1	.601	1.006	0.983	1.030
<b>Egocéntrico</b>	0.021	0.012	3.299	1	.069	1.022	0.998	1.045
<b>Rebelde</b>	0.044	0.010	20.424	1	<.001	1.045	1.025	1.064
<b>Rudo</b>	0.086	0.015	32.895	1	<.001	1.090	1.058	1.123
<b>Conformista</b>	-0.061	0.012	26.560	1	<.001	0.941	0.919	0.963
<b>Oposicionista</b>	0.056	0.011	25.049	1	<.001	1.057	1.035	1.081
<b>Autopunitivo</b>	0.021	0.008	7.414	1	.006	1.021	1.006	1.036
<b>Límite</b>	0.078	0.014	31.467	1	<.001	1.081	1.052	1.111
<b>Sexo</b>	1.728	0.300	33.269	1	<.001	5.627	3.128	10.121
<b>Edad</b>	0.185	0.104	3.152	1	.076	1.204	0.981	1.477

Nota: B = Coeficiente logístico; Wald = Test de Wald; gl = Grados de libertad; ET = Error típico; Sign. = Significación; Exp (B) = Odds ratio; IC = Intervalo de confianza; Inf. = inferior; Sup. = superior.

TABLA 4

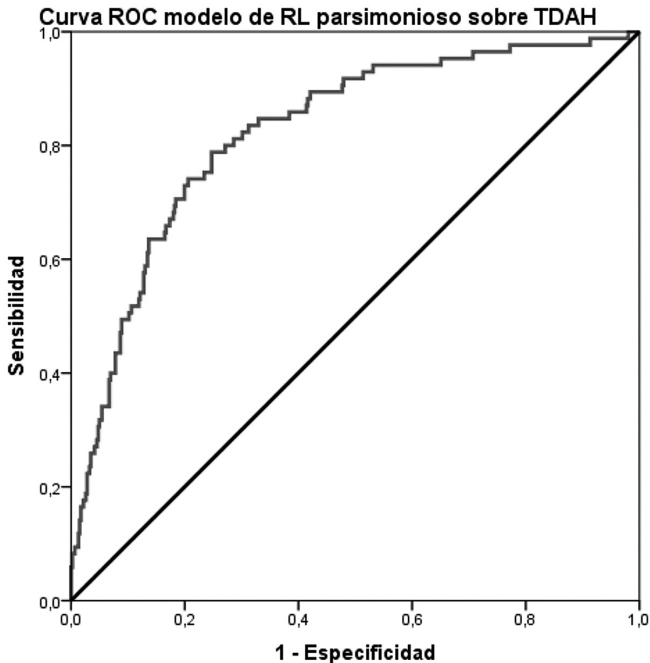
Modelo reducido (parsimonioso) de PRP predictor de TDAH

PRP	B	ET	Wald	gl	Sign.	Exp(B)	IC 95 %	
							Infer.	Super.
Sumiso	0.041	0.020	4.283	1	.038	1.042	1.002	1.084
Rudo	0.080	0.028	7.913	1	.005	1.083	1.025	1.146
Autopunitivo	-0.069	0.019	13.525	1	<.001	0.934	0.900	0.968
Límite	0.163	0.034	22.458	1	<.001	1.178	1.101	1.260
Sexo	1.918	0.324	35.149	1	<.001	6.808	3.611	12.836
Constante	-6.697	1.179	32.272	1	<.001	0.001		

Nota: B = Coeficiente logístico; Wald = Test de Wald; gl = Grados de libertad; ET = Error típico; Sign. = Significación; Exp (B) = Odds ratio; IC = Intervalo de confianza; Inf. = inferior; Sup. = superior

FIGURA I

Gráfica de curva ROC: Personas correctamente clasificadas por el modelo parsimonioso de regresión logística sobre TDAH





Available in:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26507518018>

[How to cite](#)

[Complete issue](#)

[More information about this article](#)

[Journal's webpage in redalyc.org](#)

Scientific Information System Redalyc  
Network of Scientific Journals from Latin America and  
the Caribbean, Spain and Portugal  
Project academic non-profit, developed under the open  
access initiative

José A. López-Villalobos, María Victoria López-Sánchez  
, Isabel Serrano Pintado, Jesús M. Andrés-de Llano  
Rasgos de personalidad en adolescentes con trastorno por  
déficit de atención con hiperactividad  
Personality traits in adolescents with Attention Deficit  
Hyperactivity Disorder

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría  
, p. 55

vol. 43, no. 143 71

2023

Asociación Española de Neuropsiquiatría, España

[redaccion@RevistaAEN.es](mailto:redaccion@RevistaAEN.es)

ISSN: 0211-5735 / ISSN-E: 2340-2733

DOI: <https://doi.org/10.4321/S0211-57352023000100004>

Los contenidos de la Revista de la Asociación Española de  
Neuropsiquiatría se encuentran bajo una Licencia  
Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0.  
Internacional por la que se puede compartir, copiar,  
distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra, bajo  
las condiciones siguientes: - Reconocimiento — Debe  
reconocer los créditos de la obra, es decir autoría y cita  
completa de su publicación, al menos la de su versión  
impresa. - No Comercial — No puede utilizar esta obra  
para fines comerciales. - Compartir igual — Si remezcla,  
transforma o crea a partir del material, debe distribuir su  
contribución bajo la misma licencia del original.



**CC BY-NC-SA 4.0 LEGAL CODE**

Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-  
CompartirIgual 4.0 Internacional.