

■ Perfiles de Personalidad en adolescentes con Trastornos por Ansiedad en Población General y Clínica

María Victoria López-Sánchez¹, José Antonio López-Villalobos², Isabel Serrano-Pintado³, Juan Delgado Sánchez-Mateos³, & Jesús María Andrés-de Llano²

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander.

²Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

³Facultad de Psicología Universidad de Salamanca.

Resumen

La personalidad es el trasfondo que determina la forma de pensar, sentir y comportarse e influye en la psicopatología. En este contexto, resulta relevante el estudio de la relación entre personalidad y ansiedad en la adolescencia. El principal objetivo de nuestro estudio es analizar las diferencias entre casos con Trastornos por Ansiedad (TA) y una muestra de población general (PG) en los diferentes perfiles / prototipos de personalidad (PRP) derivados del el Inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI). Un segundo objetivo fue estudiar el modelo más parsimonioso de PRP capaz de predecir TA. Para responder a estos objetivos se utilizó un diseño observacional analítico y se realizó un muestreo aleatorio de adolescentes en PG (n = 461) y consecutivo de pacientes con TA, valorados según criterios DSM-5 (n = 77). Los instrumentos de medida utilizados fueron el MACI y Adolescent Symptom Inventory. Los PRP Introversos, Inhibidos, Pesimistas, Sumisos, Oposicionistas, Autopunitivos y Límites presentan una media significativamente mayor en TA y los PRP Histriónico y Egocéntrico en PG. El modelo más parsimonioso de PRP que mejor predice TA está conformado por tener mayor edad y los PRP más límite y menos rebelde. El estudio ofrece una imagen novedosa de los PRP en casos de TA que invitan a su estudio clínico, favoreciendo nuevos caminos de investigación que incluyan la personalidad en la heterogeneidad del trastorno.

Palabras clave: rasgos de personalidad; juventud; trastornos emocionales; evaluación de la personalidad; desarrollo de la personalidad.

Abstract

Personality Profiles in Adolescents with Anxiety Disorders in General and Clinical population. Personality is the background that determines the way we think, feel and behave and influences psychopathology. In this context, the study of the relationship between personality and anxiety in adolescence is important. The main objective of our study is to analyse the differences between cases with Anxiety Disorders (AD) and a sample of general population (GP) in the different personality profiles / prototypes (PRP) derived from the Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI). Secondary objective: to study the most parsimonious predictive model of PRP to predict AD. To respond to these objectives, an observational analytical design was used and a random sampling of adolescents in GP (n = 461) and consecutive sampling of patients with AD, assessed according to DSM-5 criteria (n = 77) was performed. The measurement instruments used were the MACI and the Adolescent Symptom Inventory. Introverted, Inhibited, Doleful, Submissive, Oppositional, Self-demeaning and Borderline PRPs present a significantly higher mean in AD and the Dramatizing and Egotistic PRPs in GP. The most parsimonious PRP model that best predicts AD is shaped by having older age and the most Borderline and least Unruly PRPs. The study offers a novel picture of PRPs in AD cases that invite their clinical study, favoring new paths of research that include personality in the heterogeneity of the disorder.

Keywords: Personality Traits; Teenage Years; Emotional Disturbances; Personality Assessment; Personality Development.

El estudio se centra en la temática de los perfiles de personalidad en adolescentes de población general y/ o con Trastornos por Ansiedad (TA).

Las personas con TA comparten características de miedo o ansiedad. El miedo es una respuesta emocional a una ame-

naza inminente, real o imaginaria; mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Las personas con TA suelen incluir conductas de evitación, desarrollan con frecuencia el trastorno en la infancia y tienden a persistir con ansiedad si no reciben un tratamiento adecuado (American

Correspondencia:

José Antonio López-Villalobos. Psicólogo Clínico. Doctor en Psicología.

Complejo Asistencial Universitario de Palencia. Hospital San Telmo. Salud Mental Infancia y Adolescencia.

C/ Avenida San Telmo s/n. 34004 Palencia.

E-mail: villalobos@cop.es

Psychiatric Association, 2013). El DSM-5 incluye entre los TA los siguientes trastornos: TA por separación, mutismo selectivo, fobias, TA social, Trastorno del pánico, agorafobia, TA generalizada y TA debido a afección médica (APA, 2013). La prevalencia de los TA en la adolescencia es más frecuente en mujeres y oscila desde el 0.9% de los TA generalizada hasta el 16% de la fobia específica (APA, 2013). De forma global se han observado cifras de prevalencia de ansiedad en la adolescencia entre el 10 y 20% (Sánchez & Cohen, 2020). En población española escolar se observa una prevalencia global del 11.8% (Canals et al., 2019) y en una muestra clínica española, se observó una prevalencia del 18.79%, en adolescentes entre 13 y 16 años (López-Villalobos et al., 2015).

La personalidad en el ser humano es el trasfondo que determina nuestra forma de pensar, sentir y comportarnos e influye de forma relevante en la psicopatología, favoreciéndola o protegiéndonos de tener o no diversos trastornos. A medida que la personalidad se desarrolla desde la niñez hasta la adolescencia tardía, las tendencias o rasgos de personalidad comienzan a ser más estables, influyendo en la consolidación de la personalidad adulta (Kongerslev et al., 2015).

En la misma línea, los estilos / prototipos de personalidad derivados del MACI (Millon Adolescent Clinical Inventory, MACI; Millon, 2004), instrumento de medida utilizado en nuestro estudio, son estilos de funcionamiento psicológico relativamente estables que surgen a través del desarrollo infantil y se estabilizan en la adolescencia, como los precursores de los estilos de personalidad adulta (Vinet & Fornis, 2008).

En el MACI se estudian los perfiles / prototipos de personalidad Introverso, Inhibido, Pesimista, Sumiso, Histriónico, Egocéntrico, Rebelde, Rudo, Conformista, Oposicionista, 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: introverso (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), oposicionista (TP pasivo - agresivo), autopunitivo y tendencia límite (TP límite) (Hopwood & Grilo, 2010).

Un análisis factorial sobre el MACI encontró la presencia de dos factores: factor 1 de prototipos de personalidad internalizadores, que incluye correlación positiva, mayor de .85, con los prototipos inhibido, introverso, autopunitivo, pesimista y límite; así como negativa con los prototipos histriónico o egocéntrico. El factor 2 con la denominación de prototipos de personalidad externalizadores presenta correlación positiva, mayor de .70, con los prototipos rebelde, rudo y oposicionista y negativa con los prototipos conformista y sumiso. El prototipo de personalidad Límite correlacionó positivamente con ambos factores (López-Sánchez, 2021). Desde una perspectiva teórica se denomina al factor 1 como prototipos de personalidad internalizadores (que incluyen un cierto grado de ansiedad y alteración del ánimo) y al factor 2 como prototipos de personalidad externalizadores (que incluyen un comportamiento poco regulado o socialmente desadaptativo) (Hopwood & Grilo, 2010).

Un estudio reciente con adolescentes observó que los rasgos / prototipos de personalidad (PRP) introverso, inhibido, pesimista, rudo, oposicionista, 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 (López-Villalobos et al., 2022). En la misma línea comparativa, otro estudio de prevalencia encontró diferencias significativas de proporciones, donde los prototipos de personalidad inhibido, rudo, autopunitivo, límite eran más frecuentes en la muestra clínica y el prototipo de personalidad Conformista en población general (López-Sánchez et al., 2023).

Según nuestra revisión bibliográfica, existe escasez de estudios que relacionen los prototipos de personalidad del MACI y Trastornos por Ansiedad en la adolescencia, por lo que la investigación que presentamos pudiera ser una de las primeras referencias. Únicamente hemos observado relación entre sentimientos de ansiedad (no trastornos) y los diferentes prototipos de personalidad (Millon, 2004). Se observa correlación significativa (> 0.5) positiva entre sentimientos de ansiedad y los prototipos inhibido y sumiso, así como negativa ($> - 0.5$) con los prototipos histriónico, egocéntrico, rebelde y rudo.

Si hemos encontrado estudios en adolescentes que relacionan los prototipos de personalidad con Trastornos Depresivos (López-Sánchez, 2021), Trastornos de Conducta (López-Sánchez, 2021), Trastornos Alimentarios (Barajas-Iglesias et al., 2017), menores infractores (Cacho et al., 2020), conducta suicida (Villar et al., 2018), Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (López-Villalobos et al., 2023) o adolescentes víctimas de delitos sexuales (Casner et al., 2021).

Un gran cuerpo de investigación sugiere que la propensión a diversas formas de psicopatología se puede describir en términos de diferencias individuales en la personalidad (Kotov et al., 2017, Watts et al., 2019) y fuera del marco del instrumento de medida que utilizamos en nuestra investigación y en el ámbito del modelo de los cinco grandes rasgos de la personalidad (Neuroticismo, Escrupulosidad, Apertura a la experiencia, Extroversión y Amabilidad), se ha observado que los niveles más altos de neuroticismo (inestabilidad emocional) y los niveles más bajos de escrupulosidad, emergen como factores de riesgo amplios entre los jóvenes para internalizar la psicopatología (Tackett, 2006). Se han encontrado fuertes efectos principales de los cinco grandes rasgos de personalidad evaluados por uno mismo y por otros en los problemas de internalización en los adolescentes (Luan & Bleidorn, 2020) y se ha observado que durante la adolescencia, las variables de personalidad tienen una contribución única como factores predictores de vulnerabilidad a la aparición de ansiedad, incluso reduciendo la significación de los eventos vitales estresantes (Oschry-Bernstein et al., 2020).

Finalizamos esta exposición, indicando que en el ámbito de la ansiedad, se ha observado que los adolescentes con alteraciones comórbidas de la personalidad presentan peor pronóstico a largo plazo en dimensiones académicas, ocupacionales, interpersonales y psiquiátricas (Crawford et al., 2008) y es conocido que los rasgos alterados de la personalidad tempranos son predictores concurrentes de psicopatología en la juventud y predictores prospectivos de psicopatología en la adolescencia tardía y la edad adulta (Tackett, 2006). También es conocido que la intervención temprana en las alteraciones

de la personalidad es una tarea clínica relevante que apoya un desarrollo más adaptativo (Chanen & Thompson, 2019).

La escasez de investigaciones en la relación entre prototipos de personalidad / ansiedad, la importancia de la evaluación de la personalidad y la repercusión potencial de la personalidad en la intervención sobre el trastorno, hacen necesario el estudio que se propone.

El objetivo principal de esta investigación es estudiar las diferencias entre una muestra de población general y una muestra de casos con TA en cada uno de los prototipos de personalidad (PRP) derivados del Inventario clínico para adolescentes de Millon (Millon, 2004). Como objetivo secundario nos planteamos estudiar el modelo predictivo más parsimonioso de PRP capaz de predecir TA en contexto clínico.

La hipótesis de partida, considerando los resultados del análisis factorial referenciado previamente (López-Sánchez, 2021), es que la muestra clínica con TA presentará una media significativamente mayor en los prototipos de personalidad internalizadores (inhibido, introvertido, autopunitivo, pesimista y límite) y significativamente menor en los prototipos histriónico o egocéntrico, que la muestra de población general.

La hipótesis sobre el modelo predictivo más parsimonioso de PRP capaz de predecir TA en contexto clínico, es que este modelo incluirá prototipos de personalidad internalizadores (incrementando la probabilidad de TA) y externalizadores (disminuyendo la probabilidad de TA).

Método

Participantes

La muestra de población general está formada por adolescentes de segundo, tercero y cuarto 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 (De Irala et al., 2017; Laptate et al., 2021). La proporcionalidad respeta los bloques de tipo de centro escolar (público / privado) y la zona sociodemográfica (rural y urbana). El número total de centros escolares en la zona objeto de estudio que incluyen cursos de la ESO son 28. El muestreo aleatorio incluyó un total de 7 centros escolares. Los estratos proporcionales incluyeron 4 colegios urbanos (dos públicos y dos privados) y 3 colegios rurales (2 públicos y uno privado). En cuanto a la distribución por zonas observamos un 56.6% de zona urbana y 43.4% de zona rural. En el tipo de colegio encontramos un 57.9% de titularidad pública y un 42.1% de titularidad privada. 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 no probabilístico de pacientes adolescentes con TA atendidos en primera consulta en una unidad de salud mental de Castilla y León que estudian entre segundo y cuarto de la ESO. El periodo de reclutamiento fue 18 meses. La muestra tiene 77 casos y los datos sociodemográficos constan en la tabla 1.

La muestra total recogida incluye 538 casos, 85.7% de población general y 14.3% de población clínica. Se observa un 45.4 % de casos del sexo masculino y 54.6% del femenino, con una media de edad de 14.37 ($DE = 1.08$).

Tabla 1. Datos Sociodemográficos en Población General y con Trastornos por Ansiedad

Variabes	dimensiones	General N (%)	TA N (%)
Sexo	Masculino	209 (45.3%)	35 (45.5%)
	Femenino	252 (54.7%)	42 (54.5%)
	Total	461 (100%)	77 (100%)
Edad	13-15	410 (88.9%)	55 (71.4%)
	16-18	51 (11.1%)	22 (28.6%)
	Total	461 (100%)	77 (100%)

Nota. TA = Trastorno de Ansiedad.

Los criterios de inclusión en el estudio para la muestra con TA y la general son estudiar entre 2º y 4º 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 con TA, también se consideró criterio de inclusión no tener tratamiento farmacológico.

Instrumentos

Inventario Clínico para Adolescentes de Millon.

El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (Millon Adolescent Clinical Inventory, MACI; Millon, 2004) es un cuestionario diseñado para adolescentes de 13 a 19 años e incluye apartados referidos a patrones de personalidad, preocupaciones expresadas y síndromes clínicos. En el estudio se ha utilizado la adaptación española del MACI de Gloria Aguirre Llagostera. El estudio considerará el análisis de todos los patrones / prototipos de personalidad del MACI: Introvertido, 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 (Millon, 2004).

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 de los patrones de personalidad alcanza niveles aceptables en la mayoría de las escalas en las diferentes muestras (α entre .72 y .90 en población general; α entre .62 y .88 en muestra clínica) (Vinet y Alarcón, 2003). El estudio de la fiabilidad del MACI en población no clínica española presenta valores de fiabilidad adecuada ($\alpha = .86$) y se confirma que con las debidas precauciones, puede utilizarse con adolescentes en entornos no necesariamente clínicos (Brock, 2015).

En cuanto a su validez se ha comprobado que el MACI tiene capacidad para discriminar entre adolescentes normales y con problemas psicológicos (Vinet & Alarcón, 2003; Vinet & Forns, 2006). El análisis de las curvas ROC, en prototipos de personalidad del MACI, para valorar la probabilidad de discriminar entre población clínica y normal, mostró áreas bajo la curva (ABC) entre .62 y .86. En los distintos prototipos de personalidad del MACI, Se observaron niveles de sensibilidad entre 58.54 y 75.61, así como niveles de especificidad entre 55.08 y 79.14. Únicamente el prototipo de personalidad sumiso no mostró capacidad de discriminación aceptable (Vinet y Forns, 2006).

En cuanto a la validez de constructo, un reciente análisis factorial encontró dos factores (internalización / externalización) que explicaron el 87% de la varianza de los prototipos de personalidad del MACI (este resultado es el mismo en población general y clínica) (López-Sánchez, 2021).

En la investigación para el contraste entre la muestra de población general y clínica con TA, se utilizaron puntuaciones directas, no transformadas por ningún criterio.

Adolescent Symptom Inventory (ASI-4R)

El Inventario de Síntomas de Adolescentes (ASI-4R) es una escala desarrollada por Gadow y Sprafkin (2008) que detecta trastornos emocionales y conductuales según criterios DSM en jóvenes entre 12 y 18 años. El instrumento es completado por los padres de la muestra clínica siguiendo criterios del manual del ASI-4R, con posterior supervisión de Psicólogos Clínicos para resolver posibles dudas. El ASI-4R posee diferentes categorías de las que en este estudio utilizaremos las que valoran Trastorno por Ansiedad Generalizada, Fobia Social, Fobia específica, Agorafobia, Trastorno por Ansiedad de Separación, Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastorno del Pánico. Estas categorías se agruparon en los trastornos por ansiedad (TA).

Cada categoría diagnóstica contiene ítems específicos que los padres responden seleccionando la respuesta que mejor describe la frecuencia de cada pregunta en los hijos, según los criterios de *nunca*, *algunas veces*, *a menudo* o *muy a menudo*. Se utilizó como modelo de corrección el método categorial. Cuando el número de síntomas es igual o superior al requerido por la DSM, se valora el diagnóstico de TA como presente y en caso contrario se considera ausente. Este criterio categorial es referenciado por los autores del inventario como "*Screening Cutoff score method*".

El instrumento de medida tiene adecuación en sus valores de fiabilidad y validez. La fiabilidad test-retest fue significativa para las categorías del ASI-4R relacionadas con la ansiedad, al menos al nivel de significación $p < .001$. En los diferentes Trastornos por Ansiedad se observaron correlaciones test-retest entre el .65 y .72. También se ha estudiado la validez concurrente, observando la correlación de algunas escalas con las dimensiones del Child Behavior Checklist. En el caso de los trastornos por ansiedad del ASI-4R se observaron correlaciones entre .41 y .60 con ansiedad y problemas internalizantes del Child Behavior Checklist (Gadow & Sprafkin, 2008).

La prueba se utiliza en nuestra investigación como instrumento de Screening ("*Screening Cutoff score method*") y el proceso diagnóstico de caso finaliza mediante entrevista clínica (realizada por especialistas en psicología clínica), con padres y adolescentes que concluye con la consideración de TA según criterios DSM-5. Esta entrevista considera dimensiones no presentes en el ASI-4R como la propia entrevista, duración de los síntomas, presencia de alteración funcional relevante en la esfera social o educativa y/o malestar clínicamente significativo. El buen uso clínico del instrumento está asociado a su utilización por una persona experta que posea adecuado manejo de los criterios DSM y los autores del test especifican que el inventario puede ser usado por clínicos especializados como una guía para la entrevista clínica (Gadow & Sprafkin, 2008). El procedimiento por todo ello tiene una doble fase psicométrica (ASI-4R) y clínica (entrevista complementaria DSM-5).

Procedimiento

Se ha utilizado un diseño analítico observacional (Molina & Ochoa, 2013). El tipo de muestreo es aleatorio polietápico, estratificado y proporcional por conglomerados (De Irala et al., 2017; Laptate et al., 2021).

Todos los padres de los casos de la muestra clínica con TA completaron el ASI-4R siguiendo la práctica clínica habitual en la primera consulta y los adolescentes fueron entrevistados para valorar la presencia de ansiedad según criterios DSM y completaron el MACI. Todo el proceso se realiza en una consulta con un Psicólogo clínico. La duración media para contestar al MACI es variable y puede oscilar entre 30 y 40 minutos. La duración del ASI-4R y la entrevista tiene una duración variable y se puede situar en torno a 40 / 50 minutos. El muestreo fue consecutivo no probabilístico de primeras consultas con adolescentes atendidos en salud mental. En todos los casos el consentimiento informado para la investigación fue firmado por los padres e incluye el consentimiento verbal de los hijos y su participación voluntaria.

En la población general se utilizó un muestreo aleatorio polietápico, estratificado y proporcional por conglomerados, según hemos descrito en el apartado participantes. Se muestrearon, respetando proporcionalidad, distintos centros escolares (público / privado) y zonas sociodemográficas (rural y urbana). Todos los adolescentes seleccionados en el muestreo, completaron individualmente el MACI, en clases completas (grupos) de colegios e institutos, con la presencia de los profesores correspondientes. El consentimiento informado para la investigación fue firmado previamente por los padres e incluye el consentimiento verbal de los hijos y su participación voluntaria. La investigación fue aprobada por el Comité Ético de Investigación Científica del Complejo Asistencial Universitario Hospitalario de Castilla y León.

Análisis Estadísticos

En el conjunto de los análisis, se utilizaron estadísticos descriptivos y exploratorios. Siempre que fue necesario estudiar asociación o diferencias entre medidas de las diferentes variables se consideró un nivel de significación $\alpha < .05$. Los intervalos de confianza utilizados en las estimaciones de parámetros tuvieron un nivel de confianza del 95%.

En el primer objetivo, para estudiar la significación de las diferencias entre medias de prototipos de personalidad (puntuaciones directas) entre TA y la muestra de población general se utilizaron pruebas *t* de Student (o la prueba *t* de Welch en el caso de ausencia de homogeneidad de varianzas) (Mishra et al., 2019). Se consideraron medidas de tamaño del efecto (*d* Cohen). En este último apartado, valores de la *d* de Cohen inferiores a 0.20, señalan la no existencia de efecto; valores entre 0.21 a 0.49 hacen referencia a un pequeño efecto; así mismo, valores oscilantes entre 0.50 a 0.79 indican un moderado efecto; finalmente, valores mayores a 0.80 señalan un efecto grande (Cohen, 1998).

Para valorar asociación o independencia entre variables en función del sexo, entre la muestra con TA y la general se utilizó la prueba de Chi cuadrado.

Para el segundo objetivo se utilizó un modelo de regresión logística (Shipe et al., 2019) y para valorar la discriminación

entre TA y población general, se utilizaron curvas ROC (Martínez & Pérez, 2023; Shipe et al., 2019). De forma más extensa, para estudiar el modelo predictivo más parsimonioso de prototipos de personalidad, capaz de predecir el TA en el contexto clínico se utilizará un procedimiento de regresión logística donde las variables predictoras serán todos los prototipos de personalidad derivados del MACI en puntuaciones directas (variables de control sexo y edad) y la variable criterio será la presencia o ausencia de TA. La significación del modelo utilizará la prueba de la razón de verosimilitud, a través del estadístico Chi cuadrado. La significación de los parámetros del modelo se realizó a través del test de Wald. Las estimaciones de máxima verosimilitud fueron estimadas para cada factor del modelo, en las que se determinaron las Odds ratio (IC 95%). En el modelo predictivo se realizó una selección de variables mediante un proceso de sucesión por pasos hacia adelante utilizando la prueba de la razón de verosimilitud y culminando el proceso cuando el cambio en la significación del modelo sea significativo ($\alpha < .05$) y alcance la máxima discriminación. Para valorar la discriminación de TA, se utilizaron curvas ROC (Receiver Operating Characteristic).

La mayoría de los análisis de datos han sido realizados mediante el SPSS, versión 28 (IBM Corp. Released, 2021).

Resultados

De forma previa a dar respuesta a los objetivos de investigación, dejamos constancia de que no se observan diferencias significativas en función del sexo ($\chi^2(1, N=538) = 0.001, p = .985$) entre la muestra con TA y la General y tampoco se observan diferencias significativas de rangos promedio en la variable edad ($U = 15495; p = .064$).

En respuesta al primer objetivo, como se observa en la tabla 2, los prototipos de personalidad (PRP) introvertido, inhibido, pesimista, sumiso, opositorista, autopunitivo y límite presentan una media significativamente mayor en la muestra con TA que en población general. A su vez los PRP histriónico y egocéntrico presentan una media significativamente mayor en población general que en la clínica con TA. No se observan diferencias significativas en los prototipos rebelde, rudo y conformista. Los tamaños del efecto para las diferencias fueron pequeños (siguiendo criterios de Cohen, 1998) y se observan en los PRP introvertido, inhibido, pesimista, sumiso, opositorista, autopunitivo y límite a favor de la muestra clínica con TA y en el PRP histriónico y Egocéntrico a favor de la muestra general. Se observaron tamaños del efecto muy cercanos a moderados ($d > 0.45$) en los PRP inhibido y límite a favor de la muestra clínica con TA y en el PRP histriónico a favor de la muestra general.

En TA se observan diferencias significativas de medias en función del sexo en los PRP pesimista ($t = -2.78; p = .007$), opositorista ($t = -2.25; p = .027$) y autopunitivo ($t = -2.28; p = .025$) con medias más altas en el sexo femenino, sucediendo a la inversa en el PRP egocéntrico ($t = 2.05; p = .043$). En la edad no se observan diferencias significativas en rangos promedio.

En la tabla 3, mediante análisis univariable, se observa que el incremento significativo en las puntuaciones de los PRP introvertido ($OR = 1.042$), inhibido ($OR = 1.036$), pesimista ($OR = 1.037$), sumiso ($OR = 1.009$), límite ($OR = 1.056$), opositorista ($OR = 1.027$), autopunitivo ($OR = 1.023$) y en la edad

Tabla 2. Diferencias de medias en Prototipos de Personalidad entre población clínica con Trastornos por Ansiedad y población general

Prototipo personalidad	Población	n	M (DT)	t	p	d
Introvertido	TA	77	28.23 (11.70)	3.142w	.002	0.427
	General	461	23.81 (9.61)			
Inhibido	TA	77	28.16 (14.35)	3.350w	.001	0.462
	General	461	22.38 (11.62)			
Pesimista	TA	77	18.25 (13.80)	2.972w	.004	0.439
	General	461	13.36 (10.33)			
Sumiso	TA	77	52.58 (10.32)	2.688	.007	0.320
	General	461	49.34 (9.71)			
Histriónico	TA	77	32.56 (12.20)	-3.311w	.001	-0.451
	General	461	37.40 (9.77)			
Egocéntrico	TA	77	28.47 (11.20)	-2.775	.006	-0.333
	General	461	32.02 (10.27)			
Rebelde	TA	77	25.40 (11.69)	-1.506	.133	-0.182
	General	461	27.59 (11.83)			
Rudo	TA	77	9.64 (6.93)	1.004	.316	0.118
	General	461	8.79 (6.83)			
Conformista	TA	77	45.32 (10.36)	-0.934	.351	-0.111
	General	461	47.45 (9.65)			
Opositorista	TA	77	24.65 (12.71)	2.111w	.037	0.301
	General	461	21.43 (10.33)			
Autopunitivo	TA	77	27.62 (18.41)	2.557w	.012	0.365
	General	461	21.98 (14.59)			
Límite	TA	77	16.87 (10.04)	3.379w	.001	0.481
	General	461	12.78 (7.90)			

Nota. * prueba t modificada mediante la aproximación del test de Welch por ausencia de homogeneidad de varianzas.

Tabla 3. Regresión Logística Univariable de cada Prototipo de Personalidad sobre Trastornos por Ansiedad

Prototipos de personalidad	B	ET	Wald	gl	Sign.	Exp(B)	IC 95 % EXP(B)	
							Inf.	Sup.
Introvertido	0.041	0.012	12.309	1	<.001	1.042	1.018	1.065
Inhibido	0.036	0.010	14.145	1	<.001	1.036	1.017	1.056
Pesimista	0.036	0.010	12.491	1	<.001	1.037	1.016	1.058
Sumiso	0.035	0.013	7.073	1	.008	1.036	1.009	1.063
Histriónico	-0.043	0.011	14.070	1	<.001	0.958	0.937	0.980
Egocéntrico	-0.032	0.012	7.496	1	.006	0.968	0.946	0.991
Rebelde	-0.016	0.011	2.252	1	.133	0.984	0.963	1.005
Rudo	0.017	0.017	1.005	1	.316	1.017	0.984	1.052
Conformista	-0.012	0.012	0.873	1	.350	0.988	0.965	1.013
Opositorista	0.027	0.011	5.843	1	.016	1.027	1.005	1.050
Autopunitivo	0.023	0.008	8.748	1	.003	1.023	1.008	1.038
Límite	0.054	0.014	14.946	1	<.001	1.056	1.027	1.085
Sexo	0.005	0.247	0.001	1	.985	1.005	0.619	1.631
Edad	0.278	0.110	6.378	1	.012	1.320	1.064	1.637

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.

($OR = 1.320$), así como el decremento significativo en las puntuaciones de los PRP histriónico ($OR = 0.958$) y egocéntrico ($OR = 0.968$) influyen significativamente la probabilidad (log de odds) de tener TA, en mayor o menor medida según se puede observar en las Odds ratio.

El modelo más parsimonioso predictor de TA incluye mayor edad y los PRP límite y rebelde (tabla 4). Tener mayor edad, el incremento en la puntuación del PRP límite y el decremento en la puntuación del PRP rebelde influyen significativamente en la probabilidad (log de odds) de tener TA.

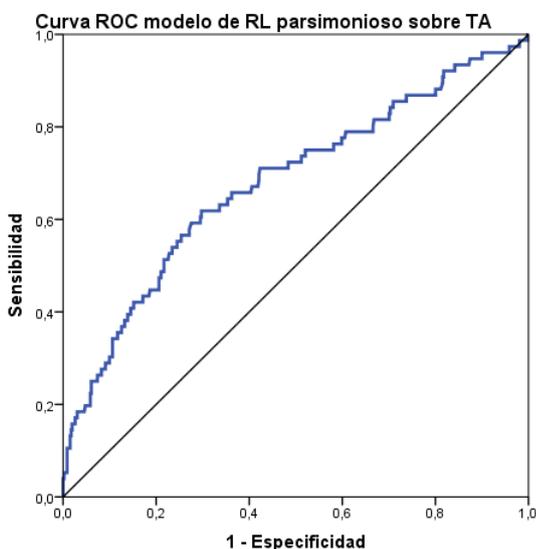
Tabla 4. Modelo Reducido de Prototipos de Personalidad Predictor de Trastorno por ansiedad

PRP	B	ET	Wald	gl	Sign.	Exp(B)	IC 95 % EXP(B)	
							Infer.	Super.
Rebelde	-0.041	0.013	10.825	1	.001	0.960	0.936	0.983
Límite	0.071	0.016	20.409	1	<.001	1.074	1.041	1.107
Edad	0.293	0.114	6.582	1	.010	1.341	1.072	1.678
Constante	-6.007	1.654	13.196	1	<.001	0.002		

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

Mediante la prueba del logaritmo del cociente de verosimilitud se observa que el modelo completo es significativo [$\chi^2 = 31.366$, $p < .001$]. Los resultados de la curva ROC (figura 1) muestran que el mejor punto de corte del modelo de regresión logística clasifica correctamente el 69.1% de los casos, con un IC al 95% entre el 62% y el 76.2%. La formulación que permite clasificar los casos como positivos de TA cuando se supera el valor de .50 y negativos con una probabilidad inferior, es: $1/1 + e^{-[-6.00 + (0.29 * edad) + (-0.07 * límite) + (-0.04 * rebelde)]}$.

Figura 1. Gráfica de Curva ROC: Personas Correctamente Clasificadas por el Modelo Parsimonioso de Regresión Logística sobre Trastornos por Ansiedad



Discusión

Los adolescentes con TA presentan, de forma significativa y en mayor medida, PRP más introvertidos, inhibidos, pesimistas, sumisos, opositoristas, autopunitivos y límites, así como menos histriónicos y egocéntricos que la muestra de población general. El perfil de PRP de las personas con TA de nuestra muestra refleja un estilo de personalidad caracterizado por ser retraídos, con perspectiva vital pesimista, dependientes, con inestabilidad emocional / relacional, inseguros, poco expresivos emocionalmente y con actuaciones / pensamientos lesivos para sí mismos.

En relación a nuestra primera hipótesis observamos que se cumple íntegramente. Los casos de TA, si nos atenemos a los PRP diferenciales con la población general, se observan prototipos más internalizadores como el introvertido, inhibido, pesimista, autopunitivo y límite que correlacionan de forma alta / positiva con internalización y los PRP histriónico y egocéntrico que correlacionan de forma alta / negativa con el mismo factor (López-Sánchez, 2021). El PRP sumiso, no incluido en nuestra hipótesis, se ha observado que presenta una correlación de .553 con el factor de internalización (López-Sánchez, 2021) y es característico de personas dependientes y con temor a la separación, que resulta compatible con la ansiedad. El PRP opositorista, más ligado a trastornos externalizadores, parece estar en mayor presencia en los casos de TA que en controles. Esta dimensión pudiera estar relacionada con comorbilidad de TA con alteraciones de comportamiento, no controlada en este estudio. Parece ser que los casos de TA de nuestra muestra, además del perfil referenciado previamente, se muestran más descontentos, hoscos y pasivo-agresivos que la población general.

Según nuestro conocimiento, no se observan referencias bibliográficas que estudien las diferencias entre una muestra de población general y una muestra de casos con TA en cada uno de los prototipos de personalidad.

Existe un estudio que tiene el mismo objetivo, pero compara una muestra clínica global (sin especificar ansiedad) con población general (López-Villalobos et al., 2022). Existe concordancia entre los resultados en el sentido de que tanto los casos de TA como la muestra clínica global, presentan de forma significativa y en mayor medida, PRP más introvertidos, inhibidos, pesimistas, opositoristas, autopunitivos y límites, así como menos histriónicos que la muestra de población general. Sin embargo, los casos de TA son significativamente más sumisos y menos egocéntricos que la población general y estas diferencias no están presentes en la muestra clínica referenciada (López-Villalobos et al., 2022). A su vez la muestra clínica de referencia es significativamente más ruda y menos conformista que la población general y estas diferencias no están presentes en la muestra con TA. Es razonable la confluencia entre la muestra clínica y la muestra con TA, puesto que esta última categoría está incluida en la primera. La diferencia es que comparativamente los casos de TA respecto a la muestra clínica parecen más dependientes, formales, con tendencia a contener más las emociones, así como menos duros, dominantes, seguros de sí mismos y narcisistas.

También tenemos conocimiento de otro estudio de prevalencia que encontró diferencias significativas de proporciones, donde los prototipos de personalidad inhibido, rudo, autopunitivo, límite eran más frecuentes en la muestra clínica y el prototipo de personalidad Conformista en población general.

(López-Sánchez et al., 2023). Se trata de un estudio de prevalencia con una muestra clínica global comparada con población general. Nuestro estudio sobre TA no es de prevalencia (no se maneja con puntuaciones elevadas en cada prototipo) y por ello hace difícil la comparación. No obstante, nuestro estudio también observa que los casos de ansiedad presentan prototipos de personalidad más inhibidos, autopunitivos y límite que la población general. Sin embargo, no observamos que el prototipo de personalidad rudo de los casos clínicos con ansiedad tenga una media significativamente mayor que la de la población general. Lógica consecuencia de que la muestra clínica global no solo incluye trastornos por ansiedad.

En cuanto a la segunda dimensión de la investigación el modelo más parsimonioso que permite predecir casos con TA indica que tener mayor edad, el incremento significativo en el PRP límite, así como el decremento significativo en el PRP rebelde influyen significativamente en la probabilidad de tener TA. Este resultado confirma nuestra segunda hipótesis, sobre que el modelo incluirá prototipos de personalidad internalizadores (incrementando la probabilidad de TA) y externalizadores (disminuyendo la probabilidad de TA). Al ser el modelo más parsimonioso, lógicamente, incluye un menor número de variables.

El modelo de PRP que mejor predice casos con TA estaría formado por tener mayor edad y un perfil de personalidad caracterizado por la inestabilidad emocional / relacional y aceptación de las normas socialmente establecidas sin rebeldía, con una orientación pasiva y dependiente. La presencia de mayor edad cuando comparamos personas con TA con población general se ha observado en otros estudios (López-Villalobos et al., 2015) y el resto de las dimensiones tienen coherencia teórica pues el PRP límite correlaciona positivamente con internalización y el PRP rebelde correlaciona negativamente con el mismo factor (López-Sánchez, 2021).

El modelo más parsimonioso, guarda una cierta relación teórica con que los niveles más altos de neuroticismo (modelo de los cinco grandes rasgos de la personalidad) representan un factor de riesgo entre los jóvenes para internalizar la psicopatología (Tackett, 2006). Los niveles altos de neuroticismo / inestabilidad emocional están relacionados con niveles altos del prototipo de personalidad límite de nuestro estudio, que presenta el mayor tamaño del efecto para diferenciar la muestra clínica con la de población general.

Llegados a este punto de la discusión, nos parece interesante reflexionar sobre la asociación entre los trastornos de ansiedad y los trastornos de personalidad (TP). Sabemos que los PRP del MACI no son TP, porque los rasgos de personalidad constituyen TP solo cuando son inflexibles, desadaptativos, de aparición temprana, resistentes al cambio y resultan en disfunciones significativas (Esbec & Echeburúa, 2015). Sin embargo, si utilizamos puntos de corte altos y consideramos la presencia de disfunción, los PRP tienen cierta equivalencia en términos de ítems y denominaciones de los TP según los criterios del DSM. (Hopwood y Grillo, 2010).

Diversos trastornos de personalidad suelen estar asociados a trastornos por ansiedad, especialmente los del grupo C del DSM-5 (APA, 2013), como la personalidad evitativa, obsesivo compulsiva o dependiente. De hecho, estos tres TP han sido categorizados bajo el epígrafe de ansiosos (González-Blanch et al., 2022).

Los adolescentes con trastornos por ansiedad presentan comorbilidad con TP, observándose de forma longitudinal (20 años más tarde) que cuando existía comorbilidad entre trastornos del eje I y Eje II (TP) del DSM-5, el pronóstico de tener en la edad adulta trastornos clínicos y de la personalidad era mayor que cuando concurrían de forma aislada. En comparación con adolescentes sin trastornos psiquiátricos, aquellos con trastornos concurrentes del Eje I y el Eje II tuvieron consistentemente peores pronósticos a largo plazo para dimensiones académicas, ocupacionales, interpersonales y psiquiátricas (Crawford et al., 2008). Paralelamente, los trastornos de ansiedad en adultos, frecuentemente vinculados a la ansiedad en la infancia y adolescencia, se asocian con un deterioro significativo en el funcionamiento de la personalidad, que se incrementa cuando existe un TP comórbido (Doering et al., 2018; Gruber et al., 2020). Este TP comórbido es frecuente (Wright & Jackson, 2022) y presenta cifras entre el 41.8 % (Grant et al., 2005) y el 64,9% (Doering et al., 2018). Se ha observado que muchos fracasos del tratamiento en pacientes con trastornos de ansiedad pueden atribuirse a un deterioro del funcionamiento de la personalidad y al TP comórbido (Ansell et al., 2011; Crawford et al., 2008).

Cuando observamos estos resultados de la vinculación TA / TP, nos planteamos si un tratamiento integrador multidimensional que incluya las dimensiones problemáticas de la personalidad pudiera incrementar la eficacia del tratamiento y/o tener un carácter preventivo de problemáticas futuras o trastornos de personalidad en la vida adulta. Parece necesario que los profesionales de la salud evalúen y traten los TP de los adolescentes, especialmente cuando coexisten con trastornos del eje I, pues el riesgo de disfunción a largo plazo es demasiado grande para ignorarlo (Crawford et al., 2008). La salud mental no sólo está determinada por la presencia o ausencia de síntomas psicopatológicos, sino también por funciones básicas de la personalidad (Doering et al., 2018). El tratamiento de las personas con diversos trastornos por ansiedad en adolescentes tiene abordajes terapéuticos eficaces (Aznar, 2014; Escolar-Llamazares & Serrano-Pintado, 2019; Espinosa-Fernández et al., 2016; Galán-Duque, 2023; Martínez, 2017; Padilla, 2014), si bien pudiera tomar en consideración los problemas de personalidad existentes y abordar una intervención sobre los mismos; sobre todo si consideramos que las disfunciones de personalidad son duraderas y relativamente estables en comparación con la ansiedad (OMS, 2022). Tampoco podemos obviar que durante la adolescencia, las variables de personalidad tienen una contribución única como factores predictores de vulnerabilidad a la aparición de ansiedad (Oschry-Bernstein et al., 2020).

Cada vez más estudios indican que el análisis del deterioro de los niveles de funcionamiento de la personalidad es útil en la evaluación clínica de las personas con trastornos distintos de la personalidad, como los trastornos por ansiedad (Doubková et al., 2022). Se ha observado que el deterioro de la funcionalidad de la personalidad es mayor en trastornos emocionales (ansiedad / depresión) que en controles (Doubková et al., 2022) y tiene interés su estudio por su utilidad para la formulación del caso, planificación del tratamiento, tratamiento y pronóstico (Sharp & Wall, 2021).

Se plantea la hipótesis sobre si una intervención complementaria sobre dimensiones de personalidad fortaleciendo

rasgos funcionales y haciendo prevención sobre los disfuncionales (Polek, et al., 2018), pudiera no solo ser preventiva de alteraciones de personalidad en la edad adulta, sino eficaz en la mejoría clínica de casos que no se beneficien de los mejores tratamientos.

Al respecto, diversos autores estiman que el reconocimiento y el manejo de la problemática de la personalidad a la edad y etapa de desarrollo más tempranas posibles (intervención temprana) se han convertido en una tarea clínica importante y ofrece oportunidades para intervenir y apoyar un desarrollo más adaptativo (Chanen & Thompson, 2019).

El conocimiento precoz de las dimensiones vinculadas a los PRP y en su extremo alteraciones de la personalidad y su asociación con TA, puede facilitar estado de alerta y consecuentemente una intervención temprana que consiga un desarrollo más adaptativo.

Una última implicación del estudio es que no tenemos constancia de un estudio que, como el que presentamos, valore la asociación y/o capacidad predictiva de prototipos de personalidad sobre TA y su conocimiento puede orientar al clínico en la intervención.

En el ámbito de las limitaciones, en la muestra de población general no fue estudiada la presencia o ausencia de trastornos por ansiedad, por lo que alguno de estos adolescentes pudiera tener este trastorno y no lo hemos controlado al contrastar con la muestra clínica. Otra limitación es que nuestro estudio se realiza con una muestra concreta y representativa de la zona de estudio, por lo que se necesitan más estudios que permitan generalizar resultados a otros contextos.

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

Desde la perspectiva clínica pudiera ser interesante investigar la intervención terapéutica sobre los prototipos de personalidad más asociados a TA y valorar su influencia sobre la presencia del problema y su evolución con el tiempo.

Se necesita más investigación para conocer si los tratamientos para las personas con ansiedad son igual de efectivos cuando la ansiedad es el único trastorno o cuando concurre con problemas de personalidad.

Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo declaran que no existe conflicto de intereses.

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).

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. American Psychiatric Association.
- Ansell, E.B., Pinto, A., Edelen, M.O., Markowitz, J.C., Sanislow, C.A., Yen, S., Zhanarini, M., Skodol, A.E., Shea, M.T., Morey, L.C., Gunderson, J.G., McGlashan, T.H., & Grilo, C.M. (2011). The association of personality disorders with the prospective 7-year course of anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 41(5), 1019–28. <https://doi.org/10.1017/S0033291710001777>
- Aznar, A.I. (2014). Evaluación de un programa de prevención de la ansiedad en adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(1), 53–60. https://www.revistapcna.com/sites/default/files/14_06.pdf
- Barajas-Iglesias, B., Jáuregui-Lobera, I., Laporta-Herrero, I., & Santed-Germán, M. A. (2017). Eating disorders during the adolescence: personality characteristics associated with anorexia and bulimia nervosa. *Nutrición Hospitalaria*, 34(5), 1178–1184. <https://doi.org/10.20960/nh.1037>
- Broc, M. A. (2015). A Longitudinal Study of Academic Success and Failure in Compulsory Secondary Education and Baccalaureate Students through the Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI). *Psychology*, 6 (12), 1427. <https://doi.org/10.4236/psych.2015.612139>
- Cacho, R., Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Arteaga, A., & Haro, B. (2020). Psychosocial and Personality Characteristics of Juvenile Offenders in a Detention Centre regarding Recidivism Risk. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 12(2), 69–75. <https://doi.org/10.5093/ejpalc2020a9>
- Canals, J., Voltas, N., Hernández-Martínez, C., Cosi, S., & Arijia, V. (2019). Prevalence of DSM-5 anxiety disorders, comorbidity, and persistence of symptoms in Spanish early adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 28(1), 131–143. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1207-z>
- Casner, M.E., Gacitúa, L.C., Molina, J.L., & Riquelme, N.E. (2021). Estudio descriptivo de patrones de personalidad en víctimas de delitos sexuales, a través del Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI). *Investigación forense*, 8, 13–20.
- Chanen A. M., & Thompson K. N. (2019). The age of onset of personality disorders. En G. de Girolamo, P. McGorry & N. Sartorius (dirs.), *Age of onset of mental disorders* (pp. 183–201). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-72619-9>
- Cohen, J. (1998). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2a ed.). Erlbaum.
- Crawford, T.N., Cohen, P., First, M.B., Skodol, A.E., Johnson, J.G., & Kasen, S. (2008). Comorbid Axis I and Axis II disorders in early adolescence: outcomes 20 years later. *Arch Gen Psychiatry*, 65(6), 641–648. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.6.641>
- De Irala, J., Martínez, M.A., & Seguí, M. (2017). *Epidemiología aplicada*. Segunda edición. Ariel España.
- Doering, S., Blüml, V., Parth, K., Feichtinger, K., Gruber, M., Aigner, M., Rössler-Schüle, H., Freidl, M., & Wininger, A. (2018). Personality functioning in anxiety disorders. *BMC Psychiatry*, 14, 18(1):294. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1870-0>
- Doubková, N., Heissler, R., Preiss, M., & Sanders, E. (2022). Differences in personality functioning impairment in mood, anxiety, and personality disorders: a cluster analysis. *BMC psychiatry*, 22(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03958-4>
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2015). El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Esp Psiquiatr*, 43(5), 177–86.

- Escolar-Llamazares, M. C., & Serrano-Pintado, I. (2019). Intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad ante la lectura en público: mejora de la fluidez y comprensión. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 6(2), 54-61. <https://www.revistapcna.com/sites/default/files/10-1813-2.pdf>
- Espinosa-Fernández, L., Muela, J. A., & García-López, L. J. (2016). Avances en el campo de estudio del Trastorno de Ansiedad Social en adolescentes. El papel de la Emoción Expresada. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 3(2), 99-104. <https://www.revistapcna.com/sites/default/files/16-15.pdf>
- Gadow, K.D., & Sprafkin, J. (2008). *Adolescent Symptom Inventory-4. Screening and norms manual*. Checkmate Plus.
- Galán-Luque, T., Serrano-Ortiz, M., & Orgiles, M. (2023). Effectiveness of psychological interventions for child and adolescent specific anxiety disorders: A systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 10(1), 31-41. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2023.10.1.3>
- González-Blanch, C., Gómez-Carazo, N., & López-Sánchez, M.V. (2022). *Trastornos de la personalidad. Los problemas detrás de la máscara*. Biblioteca de Psicología. Bonallevra Alcompas.
- Grant, B.F., Hasin, D.S., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J., & Huang, B. (2005) Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Psychiatr Res*, 39, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2004.05.004>
- Gruber, M., Doering, S., & Blüml, V. (2020). Personality functioning in anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(1), 62-69. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000556>
- Hopwood, C. J., & Grilo, C. M. (2010). Internalizing and externalizing personality dimensions and clinical problems in adolescents. *Child Psychiatry & Human Development*, 41(4), 398-408. <https://doi.org/10.1007/s10578-010-0175-4>
- IBM Corp. Released 2021. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 28.0*. IBM Corp.
- Kongerslev, M. T., Chanen, A. M., & Simonsen, E. (2015). 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*, 3(1), 31-48. <https://doi.org/10.1002/ab.20393>
- 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, 454-477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Laptate, R., Kshirsagar, J., Gupta, V.K., & Chandra, G. (2021). *Advanced sampling methods*. Springer.
- López-Sánchez, M.V. (2021). *Prevalencia de perfiles de personalidad en adolescentes: análisis comparativo en población general y clínica*. [Tesis doctoral no publicada]. Universidad de Salamanca, Facultad de Psicología, España.
- López-Sánchez, M.V., López-Villalobos, J.A., Serrano-Pintado, I., & Andrés-De Llano, J.M. (2023). Prevalencia de Prototipos de Personalidad en Adolescentes. *Revista de Psiquiatría Infanto Juvenil*, 40 (2), 11-22. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n2a3>
- López-Villalobos, J.A., López-Sánchez, M.V., Andrés-De Llano, J.M., Sánchez-Azón, M.I., Miguel-De Diego, N., & Baleriola-Recio, R. (2015). Trastornos por ansiedad: análisis multidimensional. En G. Buela-Casal, J.C. Sierra y T. Ramiro-Sánchez (Eds.). *Proceedings of 7th International and 12th National Congress of Clinical Psychology* (págs. 7-13). Asociación Española de Psicología Conductual. https://aepc.es/PsClinicaX/PROCEDING_2014/PROCEDING_2014.pdf#page=10
- López-Villalobos, J.A., López-Sánchez, M.V., Serrano-Pintado, I., & Andrés-De Llano, J.M. (2023). Rasgos de personalidad en adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 43 (143), 55-71. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352023000100004>
- López-Villalobos, J.A., López-Sánchez, M.V., Serrano, I., Andrés-De Llano, J.M., Sánchez-Azón, M.I., & González, M.C. (2022). Personality in adolescents of general and clinical samples. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 30(3), 743-756. <https://doi.org/10.51668/bp.8322309n>
- Luan, Z., & Bleidorn, W. (2020). Self-other personality agreement and internalizing problems in adolescence. *Journal of personality*, 88(3), 568-583. <https://doi.org/10.1111/jopy.12511>
- Martínez, M. (2017). Programa Gestión@: programa psicoeducativo en línea para adolescentes con elevada ansiedad. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 4(3), 46-52. <https://www.revistapcna.com/sites/default/files/17-21.pdf>
- Martínez, J.A. & Pérez, P.S. (2023). La curva ROC. *Medicina de Familia*, 49 (1), 101821. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2022.101821>
- Millon, T. (2004). *MACI: Inventario clínico para adolescentes de Millon*. TEA ediciones.
- Mishra, P., Singh, U., Pandey, C.M., Mishra, P., & Pandey, G. (2019) Application of student's t-test, analysis of variance, and covariance. *Ann Card Anaesth*. 22(4):407-411. https://doi.org/10.4103/aca.ACA_94_19
- Molina, M., & Ochoa, C. (2013). Tipos de estudios epidemiológicos. *Evidencias en Pediatría*, 9 (53), 1-5.
- Organización Mundial de la Salud (2022). *CIE-11: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados*. Organización Mundial de la Salud.
- Oschry-Bernstein, N., Horesh-Reinman, N., Avnon, A., Mevorach, T., Apter, A., & Fennig, S. (2020). The relationship between life events and personality style to the development of depressive and anxiety disorders among adolescents. *Adolescent Psychiatry*, 10(4), 300-316. <https://doi.org/10.2174/2210676610999201208214837>
- Padilla, C. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 157-163. https://www.revistapcna.com/sites/default/files/7-rpcna_vol.2.pdf
- Polek, E., Jones, P. B., Fearon, P., Brodbeck, J., Moutoussis, M., Consortium, NSPN., Dolan, R., Fonagy, P., Bullmore, E.T., & Goodyer, I.M. (2018). Personality dimensions emerging during adolescence and young adulthood are underpinned by a single latent trait indexing impairment in social functioning. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1595-0>
- Sánchez, P. & Cohen, D.S. (2020). Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Adolescere*, 8(1), 16-27.
- Sharp, C., & Wall, K. (2021). DSM-5 Level of Personality Functioning: Refocusing Personality Disorder on What It Means to Be Human. *Annu Rev Clin Psychol*, 17, 313-337. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-105402>
- Shipe, M.E., Deppen, S.A., Farjah, F., & Grogan, E.L. (2019). Developing prediction models for clinical use using logistic regression: an overview. *J Thorac Dis*. 11 (Suppl 4): S574-S584. <https://doi.org/10.21037/jtd.2019.01.25>

- Tackett, J. L. (2006). Evaluating models of the personality–psychopathology relationship in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 26, 584–599. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.003>
- Villar, F., Esnaola, E. E., Blasco, T., Prieto, T., Vergé, M., Vila, M., Sánchez, B. & Castellano, C. (2018). Análisis dimensional de la personalidad del adolescente con conducta suicida. *Actas españolas de psiquiatría*, 46(3), 104-111.
- Vinet, E. & Forns, M. (2006). El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) y su capacidad para discriminar entre población general y clínica. *Psykhé (Santiago)*, 15(2), 69-80. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282006000200007>
- Vinet, E. y Alarcón, P. (2003). El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) en la evaluación de adolescentes chilenos. *Psykhé*, 12(1), 39-55. <http://www.revistadisena.uc.cl/index.php/psykhe/article/view/20341/16815>
- Vinet, E., y Forns, M. (2008). Normas chilenas para el MACI: Una integración de criterios categoriales y dimensionales. *Terapia psicológica*, 26, 151-163. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082008000200001>
- Watts, A. L., Poore, H. E., Lilienfeld, S. O., & Waldman, I. D. (2019). Clarifying the associations between big five personality domains and higher-order psychopathology dimensions in youth. *Journal of Research in Personality*, 82, 103844. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2019.07.002>
- Wright, A. J., & Jackson, J. J. (2022). Childhood temperament and adulthood personality differentially predict life outcomes. *Scientific reports*, 12(1), 1-9. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-14666-0>