



**UNIVERSIDAD DE CHILE
ESCUELA DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE MEDICINA**

**DESCRIPCIÓN DE PERFILES DE PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES
CONSULTANTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE
ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH).**

**Tesis para optar al grado de Magister en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto
Juvenil**

Macarena Pi Davanzo

**Profesora Guía:
Dra. Marcela Larraguibel Quiroz**

Santiago de Chile, año 2017

A Emilio, por ser el mejor compañero...

A todos los niños y adolescentes que sufren de TDAH u otras dificultades, especialmente a A., J.P. y J.I. Son la motivación diaria en este trabajo.

Agradecimientos

A mis papás, abuelos y familia, gracias por apoyarme en estos años de estudio y de volver a empezar en Chile.

A la Dra. Larraguibel, Consuelo y Rodrigo, porque sin ellos realmente no habría podido hacer esta investigación ni escribir esta tesis.

Dra., gracias infinitas por ser una verdadera maestra en este camino, por su paciencia, por su ejemplo de dedicación y entusiasmo, por incluirme en sus proyectos, por abrirme camino y por siempre animarme - y ayudarme - a ser mejor.

Consuelo, gracias por tu amistad, por encontrar soluciones a todo, por ser tan positiva y por estar siempre preocupada por nosotros.

Rodrigo, gracias por tu ayuda desinteresada y por el cariño con que participaste en este proyecto.

A mis amigas de siempre por todas las cosas buenas que vivimos juntas y a mis nuevas amigas de estudio; Belén, Marité y Daniela, por acompañarme en esta carrera.

A todos los que fueron mis profesores en el magister, gracias por compartir sus conocimientos, experiencias e inspirar a tantos en esta profesión. Gracias especiales a los que ahora son mis compañeros y hacen de la CPU un lugar de trabajo y desarrollo excepcional.

Gracias a todos los pacientes que participaron voluntariamente de esta investigación.

Índice

Resumen	5
I. Introducción	6
II. Marco Teórico	8
A. Trastorno por déficit atencional con hiperactividad (TDAH)	8
B. Desarrollo de la Personalidad	13
a) Modelo de personalidad de Millon	16
C. Trastorno por déficit atencional con hiperactividad y Personalidad	17
III. Objetivos e Hipótesis	21
IV. Marco Metodológico	22
A. Participantes	22
B. Instrumentos	23
a) MACI: Inventario Clínico de Personalidad para Adolescentes de Millon.	23
b) Ficha de registro de determinantes asociados a la salud mental, trastornos comórbidos y uso de fármacos.	25
C. Procedimiento	25
D. Diseño	26
E. Análisis	26
F. Aspectos Éticos	27
V. Resultados	28
A. Caracterización de la muestra	28
B. Diferencias en perfiles de personalidad de adolescentes con TDAH	31
a) Mujeres	31
b) Hombres	35

C. Subperfiles de personalidad de adolescentes consultantes con TDAH	38
D. Comparación de características clínicas, comorbilidad, tratamiento farmacológico y determinantes asociados a salud mental según subperfil de personalidad.	45
VI. Conclusiones y Discusión	48
Referencias	51
Anexos	60
A. Descripción escalas del MACI	61
B. MACI	68
C. Ficha de registro de determinantes asociados a la salud mental, trastornos comórbidos y uso de fármacos	77
D. Aprobación Comité de ÉTICA	79
E. Asentimientos y Consentimientos	80

DESCRIPCIÓN DE PERFILES DE PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES CONSULTANTES DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH).

Resumen

ANTECEDENTES: En poblaciones adultas, se ha observado que pacientes con TDAH tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos de personalidad. Hasta la fecha no se encontraron investigaciones en Chile que estudien características de personalidad en adolescentes con TDAH.

OBJETIVO: describir perfiles de personalidad en adolescentes chilenos consultantes diagnosticados con TDAH.

MÉTODO: diseño no experimental comparativo en una muestra intencionada de 61 adolescentes entre 13 y 19 años quienes respondieron al inventario de personalidad MACI. Psiquiatras tratantes completaron para cada participante una ficha de registro que evaluó comorbilidad, tratamiento farmacológico y determinantes asociados a salud mental. Se utilizaron estadísticos multivariados de aglomeración y análisis de diferencias de medias.

RESULTADOS: Se encontró que la muestra adolescentes consultantes con TDAH se diferencia significativamente en algunos rasgos de personalidad con los parámetros poblacionales de adolescentes no consultantes y consultantes. El perfil de las mujeres es más parecido al del grupo no consultante y el de los hombres, al de los consultantes. Se identificó dos sub-perfiles de personalidad (clústers). El 25 % de los sujetos pertenece al clúster 1 que presenta un perfil con puntajes más altos que la población consultante para diferentes rasgos de personalidad, preocupaciones expresadas y síndromes clínicos medidos a través del MACI. Sólo se encontró diferencias en la pertenencia al clúster en hombres según la presencia de comorbilidad, sin encontrarse diferencia en los grupos de hombres y mujeres según el tipo de TDAH, uso de fármacos, experiencias adversas tempranas (ACEs), tipo de colegio, repitencia escolar y en el caso de las mujeres; diagnósticos comórbidos. En la muestra estudiada existe un grupo que tendría mayor riesgo de desarrollar un trastorno de personalidad. El MACI podría ser útil en la detección de grupos de riesgo para desarrollar psicopatología futura.

Palabras Claves: Trastorno de Déficit atencional con hiperactividad, Personalidad, adolescentes, comorbilidad.

I. Introducción

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo altamente prevalente en la población infanto juvenil. Las dificultades en la regulación de la atención, hiperactividad e impulsividad que caracterizan al trastorno afectan distintas áreas de la vida de los niños y jóvenes que lo padecen, especialmente el aprendizaje, las relaciones con los pares y con la familia (Barkley 2006b).

En Chile, el TDAH supone una de las principales causas de consulta en salud mental. Los niños y adolescentes diagnosticados de TDAH son los que más hacen uso de los servicios (50,9%), comparados con los que presentan otros trastornos disruptivos sin TDAH (27,6%) y trastornos no disruptivos (36,8%) (De la Barra et al., 2013).

Debido a que en el TDAH confluyen factores biológicos y psicosociales, además de presentar altas comorbilidades y que en muchos casos las dificultades funcionales persisten hasta la vida adulta, es importante realizar un diagnóstico y tratamientos multimodales tanto del trastorno en sí, como de las comorbilidades que se presentan (Larraguibel, 2012).

Diferentes estudios muestran asociación entre trastornos de personalidad, problemas de conducta y la presencia de TDAH en la niñez. Por lo tanto, es importante estudiar sobre el desarrollo de estos trastornos en esta población, y tomar acciones para romper la cadena de eventos, en niños con TDAH, que luego podrían desarrollar estas patologías (Mannuzza, Klein, & Moulton, 2008). Los trastornos de personalidad, así como otras comorbilidades, complican y prolongan el tratamiento, a la vez que explican un pronóstico menos favorable.

Al caracterizar a esta población, se espera poder entregar información útil a los clínicos de cómo se comporta el perfil de personalidad en un grupo particular y poner de manifiesto la relevancia de considerar diversos elementos en el diagnóstico de los adolescentes consultantes con TDAH, para que puedan desarrollar y/o implementar tratamientos adecuados a las necesidades específicas de los pacientes, considerando no sólo los síntomas característicos del TDAH, sino que también el desarrollo de la personalidad.

El objetivo del presente estudio es describir el perfil de personalidad de una población consultante de adolescentes diagnosticados de TDAH y compararlos con muestras de referencia de población adolescente consultante y no consultante del país utilizando el cuestionario de personalidad de Millon (MACI), adaptado y validado para Chile.

En nuestro país no existen investigaciones previas sobre las características de personalidad en población infanto juvenil adolescente con TDAH y la información sobre el tema a nivel internacional es escasa. Es por esto que la presente investigación quiere responder a la pregunta ¿Qué perfiles de personalidad, medido según el MACI, presentan adolescentes chilenos consultantes diagnosticados con TDAH comparándolas con población de referencia consultante y no consultante? De modo de poder entregar información descriptiva útil a los profesionales de salud mental que trabajan con esta población.

II. Marco Teórico

En este apartado se presentan evidencias de estudios acerca del TDAH y del desarrollo de la personalidad.

A. Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH)

Desde las primeras descripciones de George Still, en 1902, de 43 niños que presentaban problemas serios de atención sostenida a los que describió como sufriendo “defectos en el control moral”, a las teorías del síndrome de daño cerebral en las décadas de 1920 a 1950, con el concepto de “niño con daño cerebral” de Strauss y Lehtinen en 1947 y la evolución al concepto de “disfunción cerebral mínima” en los años 1960 (Barkley, 2006b) los problemas para mantener la atención y regular la conducta, han recibido creciente atención.

El TDAH se diagnostica en, niños, adolescentes y adultos que presentan problemas significativos de atención y típicamente también impulsividad e hiperactividad (Barkley, 2006a). El TDAH puede comprometer el desarrollo de funciones neurocognitivas y de la estructuración psicoemocional, lo que a su vez impacta el desarrollo del aprendizaje y los procesos adaptativos del individuo a su medioambiente causando un deterioro en el funcionamiento general de la persona que lo padece (Larraguibel, 2012).

Las dificultades de atención y de regulación de la conducta son una de las causas más comunes de derivación a salud mental. En particular, el TDAH es uno de los trastornos más diagnosticados en la práctica clínica infanto juvenil en Chile (Vicente, Navas, Belmar, & Holgado, 2010). A pesar de que su diagnóstico es clínico, existen cuestionarios, escalas específicas, pruebas de inteligencia y baterías de evaluaciones neuropsicológicas que pueden orientar al clínico en el diagnóstico, pero este sigue siendo una decisión de un profesional capacitado. Hasta el momento no existe un examen específico que permita determinar con certeza la presencia del trastorno.

En el Manual Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría en su quinta edición (DSM-5), el TDAH se incluye dentro de los trastornos del neurodesarrollo y exige para el diagnóstico que los síntomas hayan aparecido antes de los 12 años (American Psychiatric Association, 2013)

Un meta-análisis de regresión, estimó la prevalencia mundial de TDAH en 5,29% sin encontrar diferencias significativas según el país en que se hizo el estudio (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007). En una muestra de 1558 niños y adolescentes, representativa de la población infanto juvenil chilena, la prevalencia total para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad fue de 10,3%. Dividido por sexo, el TDAH se observó en el 9,7% de los hombres y 10,9% de las mujeres (Vicente et al., 2012b).

En relación a su etiología, no se ha establecido una sola causa para el TDAH, los estudios actualmente están haciendo la transición de una clasificación puramente fenomenológica, a un marco de trabajo orientado hacia la etiología y el neurodesarrollo (Kieling, Goncalves, Tannock, & Castellanos, 2008).

Varios estudios muestran que la heredabilidad del TDAH es alta, estimándose en un 75%, lo que apoya la evidencia del rol de los factores genéticos en el trastorno (Larraguibel, 2012). Las vías causales del TDAH incluyen complejas interacciones entre factores genéticos y ambientales que se asocian con variaciones dependientes del desarrollo en la estructura y funcionamiento cerebral y en la expresión fenotípica. Un factor de riesgo ambiental conocido es la exposición prenatal al tabaco, cuyo efecto estaría moderado por ciertas características genéticas. Del mismo modo se ha reportado, que la adversidad psicosocial moderaría los efectos de un tipo de genoma sobre la expresión de los síntomas de TDAH en una muestra de población de alto riesgo (Kieling et al., 2008).

Diversas investigaciones han mostrado que el volumen del cerebro y cerebelo de los niños diagnosticados con TDAH son significativamente más pequeños, en promedio, que los cerebros del grupo de niños sanos y esta diferencia se mantiene durante la adolescencia. Las principales áreas relacionadas con diferencias estructurales y funcionales son la corteza frontal, particularmente la corteza pre frontal, los ganglios basales y el cerebelo (Kieling et al., 2008).

Los síntomas del TDAH suelen afectar diferentes áreas de la vida de las personas que los sufren, en los niños y adolescentes se observa que interfieren en sus relaciones sociales, familiares y en el aprendizaje.

Los casos clínicos de TDAH frecuentemente coexisten con otros trastornos (Taylor & Sonuga-Barke, 2008). La comorbilidad contribuye en gran medida a la morbilidad asociada al TDAH y afecta negativamente la calidad de vida del paciente (Taurines et al., 2010).

De la Barra y cols. (de la Barra et al., 2013) analizaron la epidemiología del TDAH en Chile. Los resultados mostraron que el subtipo más prevalente era el hiperactivo impulsivo (8,3%), seguido por el combinado (3,5%) y el inatento (3,3%). La prevalencia de comorbilidades fue alta, siendo los trastornos de ansiedad los más frecuentes (33,4%), seguidos por el trastorno oposicionista desafiante (27,9%), afectivos (14,8%), de conducta (9,6%) y abuso de sustancias (2,9%). No se encontraron diferencias según el sexo en la prevalencia del TDAH, aunque la presencia de ansiedad como trastorno comórbido en la adolescencia, fue más alta en las mujeres que en los hombres. Tampoco encontraron asociación significativa entre el TDAH y el nivel socioeconómico como han mostrado otros estudios. El 15,5% de los niños entre 4 y 11 años y un 4,5% de los adolescentes entre 12 y 18 años presentaban TDAH (Vicente et al., 2012a)

Los síntomas de TDAH suelen aparecer temprano en la infancia, entre los 3 y 5 años, aunque la edad de presentación de los síntomas y de la discapacidad funcional que producen puede variar. Diversos estudios de seguimiento han encontrado que niños diagnosticados con TDAH o hiperactividad suelen presentar un riesgo más elevado que niños del grupo control en áreas de funcionamiento social, legal, académico y familiar. (Barkley, 2006a). Un niño que ha sufrido de TDAH puede no cumplir con los criterios DSM al crecer, pero no necesariamente ha dejado atrás las características fundamentales del trastorno (Barkley, 2002), en especial los problemas para regular la atención y la impulsividad.

Los niños con TDAH presentan mayores tasas de trastorno oposicionista desafiante, trastorno de conducta, depresivo, ansioso, trastornos específicos del aprendizaje y el lenguaje, problemas motores, problemas en las relaciones con sus padres y dificultades en la autoregulación (Barkley, 2006b; Larraguibel, 2012), lo que afecta el desarrollo del niño y su relación con el entorno.

Se presentan algunas de las investigaciones que han estudiado los posibles efectos del TDAH a lo largo de la vida. Las diferencias encontradas en los estudios se pueden explicar por quién es el informante sobre los síntomas y qué criterios diagnósticos se utilizan.

Los estudios de seguimiento de niños diagnosticados con TDAH comparados con grupos control, han mostrado que los del grupo TDAH presentan mayor tasa de repetición de curso, de estar en programas de educación especial, más suspensiones escolares, mas tasas de expulsión escolar y menor rendimiento académico. Menos niños del grupo TDAH entraron a la universidad y, de los que entraron, un porcentaje menor continuó hasta graduarse comparado con el grupo

control. Además, se vio que las personas con TDAH sufrían más despidos laborales, se cambiaban más frecuentemente de trabajo y tenían menores puntajes en evaluaciones de desempeño. Ciertas actividades de la vida diaria, como manejar, también se ven afectadas, mostrando los del grupo con TDAH mayor cantidad de multas de tráfico por manejar a alta velocidad, hábitos de conducción poco saludables y más accidentes de tránsito (Barkley, 2002).

En áreas de funcionamiento, como la sexualidad encontraron diferencias significativas; los del grupo con TDAH comenzaron a tener relaciones sexuales antes que los del grupo control, tenían más compañeros sexuales, presentaban más tasas de tratamiento por enfermedades de transmisión sexual y tasas de paternidad a una edad más temprana que los del grupo control (Barkley, Fischer, Smallish, & Fletcher, 2006). La presencia de trastorno oposicionista desafiante y/o trastornos de conducta aumentan el riesgo de presentar algunos de estos resultados adversos (Barkley, 2006).

En un estudio de seguimiento de aproximadamente 17 años, 85 hombres caucásicos de inteligencia promedio, diagnosticados a una edad media de 7 años de “reacción hiperkinética de la infancia” según el DSM II, fueron comparados a una edad media de 24 años con un grupo control de 73 sujetos. Los resultados mostraron que el grupo diagnosticado presentaba una prevalencia significativamente más alta de trastorno de la personalidad antisocial (12% vs 3%) y abuso de sustancias no alcohólicas (12% vs 4%), mientras que no encontraron diferencias para los trastornos de ánimo (4% vs 4%) y de ansiedad (12% vs 7%) (Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy, & LaPadula, 1998)

Entre 1993 y 1997 se reclutaron a 219 adultos de una población consultante de ambos sexos diagnosticados de TDAH y se compararon con un grupo control de 215 adultos. Los resultados no mostraron evidencia de que el sexo de los participantes moderara la asociación del TDAH con otros trastornos psiquiátricos. El TDAH se asociaba con déficit cognitivos y una mayor tasa de depresión, ansiedad, abuso de sustancias y trastorno de personalidad antisocial (Biederman, Faraone, Monuteaux, Bober, & Cadogen, 2004).

En otro estudio se dividió a 435 padres, de ambos sexos, de niños con TDAH en tres grupos: padres que habían sido diagnosticados de TDAH anteriormente pero ahora no presentaban TDAH, padres con TDAH persistente y padres sin TDAH. Los análisis mostraron que en el grupo de padres con TDAH era significativamente más probable que existieran trabajadores con pocas habilidades y menos probable que tuvieran un título universitario.

Además, el grupo con TDAH presentaba mayor comorbilidad y mayor porcentaje de psicopatología a lo largo de la vida: 87% había presentado al menos otro trastorno y el 56% al menos otros dos trastornos (Vs 64% y 27% del grupo sin TDAH) (McGough et al., 2005).

Con el objetivo de estimar la prevalencia de psicopatología a lo largo de la vida, Biederman y colegas (Biederman et al., 2006) realizaron un estudio prospectivo de seguimiento de casos y evaluaron al año, cuatro años y a los 10 años. La muestra quedó constituida por 112 sujetos masculinos del grupo de TDAH y 105 del grupo sin TDAH con una edad media de 22 años. Los resultados a los 10 años mostraron que los jóvenes y adultos en el grupo TDAH presentaban una prevalencia a lo largo de la vida significativamente superior para todas las categorías de psicopatología estudiadas. La tasa de riesgo instantáneo (*Hazard Rate*) con un intervalo de confianza de 95% fue de 6,1 (3,5 – 10,7) para trastornos de ánimo y psicosis, 2,2 (1,5 – 3,2) para trastornos de ansiedad, 5,9 (3,9-8,8) para trastornos antisociales, 2,5 (1,7-3,6) para trastornos del desarrollo y 2,0 (1,3-3,0) para trastorno por dependencia a sustancias. Los autores concluyen que estos resultados son parte de la evidencia que existe sobre la mayor morbilidad asociada al TDAH y enfatizan la importancia de la prevención y uso temprano de estrategias adecuadas.

El equipo de Biederman también estudió la prevalencia de psicopatología en niñas con y sin diagnóstico de TDAH en un estudio longitudinal de seguimiento. En el seguimiento a los 11 años, con una edad media de 22 años, el grupo de mujeres con TDAH (N=96) mostraron mayor riesgo, medido en tasa de riesgo instantáneo (95% intervalo de confianza), de trastorno antisocial 7,2 (4,0-12,7), adicciones 2,7 (1,6-4,3), trastornos del ánimo 2,1 (1,6-2,9), ansiedad 3,2 (2,0-5,3) y trastornos alimenticios 3,5 (1,6-7,3). Estos resultados se mantienen significativos cuando se controló para otros trastornos psicopatológicos existentes (Biederman et al., 2010).

En un estudio prospectivo de seguimiento se comparó a 135 niños caucásicos diagnosticados con TDAH que no presentaban trastorno de conducta (edad media 8 años) con 136 sujetos en un grupo control. A los 33 años (edad media = 41 años), encontraron que los del grupo de TDAH tenían un riesgo relativamente mayor de haber presentado conducción riesgosa, enfermedades de transmisión sexual, lesiones craneales/cabeza y admisiones en emergencia. El desarrollo de trastornos de conducta o personalidad antisocial explicaba la diferencia entre el TDAH y las conductas de riesgo. Los del grupo de TDAH que, en la evaluación de seguimiento,

no presentaban trastorno de conducta o trastorno de personalidad antisocial, no mostraron diferencias con el grupo control en este aspecto (Ramos Olazagasti et al., 2013).

Finalmente se muestran los resultados de un estudio en que investigaban el impacto a lo largo de la vida del TDAH. La muestra, representativa de la población de EEUU, estaba constituida por 34.653 adultos de la comunidad. Utilizando los datos recogidos en entrevistas diagnósticas estructuradas durante 2004 y 2005, encontraron que un 2,51% de los encuestados presentaba TDAH (N=807). Los adultos con TDAH tenían mayor riesgo a lo largo de su vida de padecer cualquier trastorno psiquiátrico (94,98%) que la población general (64,54%). En especial tenían más riesgo de: trastorno bipolar (33,56% TDAH - 6,23% Población General), trastorno de ansiedad generalizada (25,99% - 7,19%), trastorno por estrés post traumático (21,99% - 6,02%), fobia específica (35,75% - 14,61%) y cualquier trastorno de la personalidad (62,79% - 20,46%): narcisista (25,16% - 5,69%), histriónico (10,74% - 1,57%), borderline (33,69% - 5,17%), antisocial (18,86% - 3,46%), esquizotípico (22,42% - 3,46%). El TDAH a lo largo de la vida se asociaba a conductas que implican falta de planeación y pobre control inhibitorio. Se observó mayor número de eventos adversos, menor salud percibida y apoyo social y mayor estrés percibido. Menos de la mitad de los individuos con TDAH habían buscado tratamiento (promedio de edad en que buscaron tratamiento: 18,4 años) y un cuarto había recibido medicación (Bernardi et al., 2012).

B. Desarrollo de la Personalidad

La investigación actual muestra que la mayoría de los trastornos mentales tienen signos prodrómicos o incluso se inician antes de lo que se supone en los sistemas diagnósticos orientados a la psicopatología adulta (Cohen, 2008).

Aunque muchos clínicos se resisten a diagnosticar trastornos de personalidad en adolescentes, tomando las desviaciones en el desarrollo de la personalidad como un reflejo de distintas etapas evolutivas, la evidencia muestra que ciertos jóvenes tienen más riesgo de desarrollar eventualmente un trastorno de personalidad en la adultez, por lo que una identificación oportuna permitiría un tratamiento adecuado y potencialmente disminuir la morbilidad de estos trastornos (Guile & Greenfield, 2004).

Robert y Del Vecchio (2000) y Fraley y Roberts (2004) realizaron un meta análisis de la estabilidad diferenciada - grado en que las diferencias individuales en personalidad se mantienen en el tiempo - de la personalidad organizada según el modelo de los 5 factores. Este modelo propone que la personalidad se podría explicar a través de 5 rasgos que se encuentran en un continuo: apertura a nuevas experiencias, responsabilidad, extraversión, amabilidad y neuroticismo (estabilidad emocional). Encontraron correlaciones moderadas test – re test entre la infancia y la adultez. Además, los resultados mostraron que el nivel de continuidad entre la infancia y adolescencia es mayor al esperado, especialmente después de los 3 años de edad y el nivel de estabilidad aumenta de manera relativamente lineal desde la adolescencia a la adultez temprana (Caspi, Roberts, & Shiner, 2005).

Una investigación longitudinal de seguimiento, evaluó a 432 adolescentes cuando tenían una edad media de 17,6 años (en 1994) y los re-evaluó diez años después cuando tenían una edad media de 27,4 (en 2003). Utilizaron el cuestionario multidimensional de personalidad (MPQ) en sus versiones autorreporte para los sujetos en estudio y versión informante para los padres de los sujetos en la primera evaluación. Una de las hipótesis que manejaban era que los adolescentes que tenían mayor madurez funcional, presentarían menos cambios en la personalidad (Donnellan, Conger, & Burzette, 2007). Operacionalizaron la madurez funcional como había sido descrita por Roberts en el 2003: “las cualidades que facilitan el cumplimiento de roles socialmente importantes” quién encontró que la madurez funcional se asociaba a un mayor autocontrol, sensibilidad interpersonal y estabilidad emocional (Donnellan et al., 2007 p.240).

Los resultados mostraron que la estabilidad diferenciada - grado en que las diferencias individuales en personalidad se mantienen en el tiempo - era evidente en la transición a la adultez, que los cambios normativos en la personalidad durante la vida adulta fueron en dirección de aumento de la madurez funcional y que los adolescentes que presentaban una personalidad más madura en la primera evaluación, tendían a mostrar menos cambios de personalidad en la segunda evaluación. Las personas que presentaban rasgos de personalidad asociados a la restricción (autocontrol) y baja emocionalidad negativa y, en mayor medida, los asociados a emocionalidad positiva – felicidad, bienestar psicológico y sensibilidad emocional – presentaban menos cambios en la personalidad y mayores similitudes en sus perfiles (Donnellan et al., 2007)

Existe evidencia tanto para la estabilidad como para el cambio de ciertos rasgos de personalidad. Los rasgos de personalidad que están más ligados al temperamento, por ejemplo, el

afecto negativo, muestran mayor estabilidad y continúan siendo un factor que lleva a sentir estrés y discapacidad funcional. Por otro lado, síntomas específicos, como las autolesiones en el trastorno borderline, serían mucho menos estables. En base a estos antecedentes se ha propuesto un modelo complejo de los trastornos de personalidad en que existirían características más estables, llamadas temperamentales o rasgos, y características más cambiantes llamadas síntomas agudos o síntomas conductuales expresados intermitentemente. Es decir, los trastornos de la personalidad se configurarían por rasgos maladaptativos que son más estables, pero cuya expresión puede cambiar en el tiempo (Costa, Patriciu, & McCrae, 2005; Skodol et al., 2005; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2005).

Teniendo esto en cuenta, se propone el uso de un modelo de diagnóstico compuesto por 4 pasos, descrito por Widiger, Costa y McCrae en el 2002 (en Costa et al., 2005) que permitiría incluir las variables más estables y menos estables de la personalidad en el diagnóstico, entregando una mejor comprensión sobre la persona y su problemática (Costa et al., 2005):

1. Evaluar la personalidad (o el temperamento)
2. Determinar los problemas agudos (funcionales) en el día a día (o síntomas)
3. Juicio clínico sobre la severidad de los problemas
4. Identificar un patrón de personalidad observando las configuraciones de los rasgos (ej. Patrón paranoide)

La personalidad se desarrolla con una base genética, el temperamento, que se ve influenciada por variables ambientales, las cuales se asocian fuertemente con algunos trastornos de personalidad específicos. Estudios longitudinales muestran que la personalidad se ve afectada por conductas parentales, así como por otros factores ambientales como son el nivel socio económico y los problemas de salud. Además, aparecen como predictores de los trastornos de personalidad haber sido expulsado del colegio, haber repetido un curso y no estar orientado hacia metas (Cohen, Crawford, Johnson, & Kasen, 2005).

Los síntomas principales de los trastornos de personalidad son más evidentes durante la adolescencia y los adolescentes que presentan trastornos de personalidad tienen significativamente más probabilidades de sufrir trastornos del eje I en la adultez temprana, especialmente trastornos de ansiedad, de ánimo y disruptivos (Cohen et al., 2005).

a) Modelo de personalidad de Millon

El presente estudio se basó en la evaluación de personalidad según el modelo de Theodore Millon.

El modelo de personalidad de Millon, es un modelo comprensivo que utiliza una perspectiva teórica integradora, insiste en el continuo normalidad – patología e incorpora los principios de la teoría de la evolución (Cardenal, Sánchez, & Ortiz-Tallo, 2007).

Millon afirma que “los trastornos de la personalidad son constructos teóricos que se utilizan para representar varios estilos o patrones en los que el sistema de personalidad funciona de forma desadaptativa en relación a su entorno” (Millon, Grossman, Millon, Meagher, & Ramnath, 2006). Según su modelo, la personalidad se desarrolla en una constante interacción biología – entorno. Afirma que “no sólo existe una interacción entre la persona y el entorno, sino que también hay interacciones y complejos circuitos cerrados de retroalimentación que funcionan dentro de la persona a niveles de organización tanto biológica como psicológica” (Millon, 2006, pg. 81).

Para Millon “la personalidad consiste en múltiples unidades, en múltiples niveles de datos” (Millon, 1998, pg. 7). Los trastornos de la personalidad no deberían considerarse como enfermedades sino como sistemas estructurales y funcionales dinámicos. Estos sistemas no son heterogéneos, porque están internamente diferenciados (Millon, 1998). Según este autor, se podría hacer una evaluación de los rasgos y características de los trastornos de personalidad, pero no se podría establecer un diagnóstico definitivo (Millon, 1998). Millon afirma que las divisiones clínicas que se hacen de los trastornos de la personalidad sirven para la investigación, pero no existen en la realidad (Millon, 2006).

Los trastornos de personalidad, como patrones desadaptativos tendrían 3 características principales (Millon, 2006):

- *Inflexibilidad adaptativa*: se produce cuando las personas utilizan de manera rígida pocas estrategias para lograr sus objetivos, relacionarse con los demás y afrontar el estrés.
- *Círculos viciosos*: aparecen cuando las percepciones, creencias, necesidades y comportamientos perpetúan e intensifican las dificultades.
- *Estabilidad tenue, poco sólida*: se refiere a la poca capacidad de resistencia en condiciones de estrés.

Millon elaboró cuestionarios para la evaluación de la personalidad que han sido ampliamente utilizados. Existen versiones para adultos y también una versión para adolescentes que ha sido validada y adaptada en Chile cuyas características se expondrán más adelante.

C. Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad y Personalidad

En los últimos años se han realizado investigaciones que buscan encontrar rasgos de personalidad o temperamento específicos en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH, suponiendo que tal asociación podría ayudar a comprender mejor los trastornos, comorbilidades y pronóstico.

En un meta análisis de 2014 encontraron que algunas variables de personalidad del modelo integrado de lo 5 factores están estrechamente relacionadas con el TDAH. Específicamente vieron que el TDAH se asociaba positivamente con rasgos de neuroticismo (emocionalidad negativa) y negativamente con rasgos de amabilidad y meticulosidad o responsabilidad (Gómez & Corr, 2014).

Niños y adolescentes diagnosticados con TDAH presentan un perfil de temperamento diferente a sus pares que no sufren de este trastorno, caracterizado por mayor búsqueda de novedad y menor dependencia a la recompensa, persistencia, autodeterminación y cooperación (Purper-Ouakil et al., 2010). En un estudio francés (N=33), encontraron que contrario a lo que pasaba en las muestras de adultos, los niños con TDAH obtuvieron puntuaciones elevadas en las escalas de meticulosidad y amabilidad (Bouvard, Sigel & Laurent, 2012).

Diversos estudios han encontrado asociación significativa entre ciertos rasgos de temperamento, trastornos de personalidad y TDAH determinando que el TDAH en la infancia supone un mayor riesgo para el desarrollo de trastornos de la personalidad en la adolescencia y que los adolescentes con TDAH persistente presentan mayor riesgo de desarrollar trastornos de la personalidad que aquellos en que el TDAH remite. La severidad del TDAH en la infancia se relaciona con una mayor vulnerabilidad para desarrollar trastornos de personalidad en la vida adulta y en adolescentes la hiperactividad e impulsividad son mejores predictores de los rasgos de personalidad que la inatención (McKinney, Canu, & Schneider, 2013).

Estudios internacionales han investigado la asociación directa entre TDAH y el desarrollo de trastornos de la personalidad en la **vida adulta**. Utilizando diferentes instrumentos han encontrado que los pacientes adultos con TDAH tendrían rasgos temperamentales y de personalidad distintivos de sus pares sin TDAH observándose una mayor frecuencia de trastornos de personalidad.

En un estudio longitudinal de seguimiento durante 10 años de niños diagnosticados con TDAH de tipo combinado encontraron que el TDAH en la niñez supone riesgos para desarrollar trastornos de personalidad en la adultez, pero el riesgo no es uniforme entre los trastornos apareciendo diferencias entre ellos: TP Borderline (odd ratio (OR)= 13,16), TP Antisocial (OR= 3,03), TP Evitativo (OR=9,77) y TP Narcisista (OR=8,69). Además, se observaron diferencias en cuanto a la persistencia del TDAH; aquellos sujetos que presentaban TDAH persistente presentaban mayor riesgo de padecer TP antisocial (OR=5,26) y Paranoide (OR=8,74) que los sujetos en que el TDAH había remitido (Miller et al., 2008).

Los adultos con TDAH presentan mayores puntuaciones para los rasgos de búsqueda de novedad, dependencia de la recompensa, evitación del daño y neuroticismo, especialmente en escalas de ansiedad y depresión, y menos puntajes en la escala de escrupulosidad, apertura a la experiencia y extraversión (Jacob et al., 2014; Ranssen, Campbell, & Baer, 1998).

Los trastornos de personalidad comórbidos al TDAH explicarían un peor funcionamiento psicosocial (Jacob et al., 2014) y estas dificultades persisten hasta la tercera edad. Adultos mayores con TDAH presentan menor sentido del logro, autoestima y autoeficacia y mayores rasgos de neuroticismo e inadecuación social (Michielsen et al., 2014). Además, la presencia del TDAH podría determinar ciertos perfiles de trastornos de personalidad, por ejemplo, en un estudio se vio que los pacientes con trastorno de personalidad borderline y TDAH tenían un perfil más impulsivo, mientras que los que no sufrían TDAH presentaban más trastornos de ánimo y ansiedad (Ferrer et al., 2010).

En una muestra de mujeres con TDAH y TP borderline, comórbidos o independientes, evaluaron los rasgos de temperamento según el modelo de Cloninger, encontrando que puntajes altos en el rasgo de búsqueda de novedad podrían predisponer en la aparición de un TP borderline (Van Dijk, Lappernschaar, Kan, Verkes, Buitelaar, 2012).

Del mismo modo la presencia y el nivel de desregulación emocional y síntomas oposicionistas desafiantes en pacientes con TDAH, se asocian al desarrollo de trastornos de

personalidad. En un estudio se encontró que los pacientes que tenían TDAH sin estos otros síntomas no presentaron diagnósticos de Trastorno de Personalidad, mientras que los síntomas de TDAH con desregulación emocional y síntomas oposicionistas desafiantes se asociaron con un incremento en los trastornos de personalidad (Reimherr et al., 2010). De este modo, los trastornos de personalidad se relacionan con TDAH con síntomas más complejos y el TDAH combinado con desregulación emocional y síntomas oposicionistas predicen un patrón más complejo de trastornos de personalidad (Olsen, Reimherr, Marchant, Wender, & Robison, 2012)

El TDAH no sería una entidad homogénea, sino que existirían diferencias significativas en las características de personalidad entre los distintos subtipos: combinado, predominantemente inatento y predominantemente hiperactivo/ impulsivo (Martínez Ortega et al., 2010), aunque las mayores diferencias se han observado para el subtipo inatento versus los otros subtipos.

El TDAH de tipo combinado se asociaría a una mayor prevalencia de trastornos de la personalidad en general, especialmente trastornos de la personalidad borderline, histriónico y pasivo agresivo, el TDAH de tipo hiperactivo/ impulsivo presentaría mayor prevalencia de trastornos de la personalidad narcisista y antisocial mientras que el TDAH inatento se asociaría a una mayor prevalencia de trastornos de la personalidad evitativos y menor frecuencia de trastornos de la personalidad del cluster B (Jacob et al., 2014). De este modo las personas que presentan TDAH de tipo combinado e hiperactivo/ impulsivo, tendrían una vida más activa y ocupada, menor capacidad para relajarse y mayor facilidad para expresar agresión verbal y conductas antisociales, en comparación con el grupo TDAH inatento (Martínez Ortega et al., 2010).

Storebø y Simonsen (2013) hicieron una revisión sistemática encontrando que existe un mayor riesgo de presentar un trastorno de la personalidad antisocial al presentar TDAH en la niñez y que esto es independiente de si el TDAH es comórbido a un trastorno de conducta.

Como se expuso anteriormente existen además diversos factores ambientales que se asocian en al desarrollo de la personalidad. Algunos de estos factores como la repitencia, suspensiones y expulsión escolar se darían con mayor frecuencia en niños y adolescentes con TDAH (Loe, Feldman, 2007). Por ejemplo, Robb, et al. en 2011 publicaron un estudio de seguimiento de un grupo de niños diagnosticados con TDAH comprándolos con un grupo control, encontrando que los niños diagnosticados con TDAH a lo largo de su vida escolar requirieron ayuda de servicios educativos especiales por más años que el grupo de comparación, repitieron de curso con mayor

frecuencia y tuvieron más actos reportados como mala conducta por los que recibieron medidas disciplinarias como suspensiones y expulsiones del colegio.

Algunos autores han hipotetizado que el control cognitivo, los síntomas de TDAH y algunos rasgos de la personalidad comparten circuitos neuronales demostrando en sus estudios que el *control cognitivo esforzado* se asocia a rasgos de escrupulosidad y síntomas inatentos del TDAH, los que están mediados por circuitos pre-frontales, mientras que el *control cognitivo reactivo* se asocia a rasgos de extraversión y síntomas hiperactivos e impulsivos del TDAH, estando mediados por el sistema límbico (Martel, Nigg, & Lucas, 2008; Martel & Nigg, 2006).

Otros autores han llegado a plantear que el TDAH y el trastorno de la personalidad borderline, en algunos pacientes, serían parte de un continuo más que ser dos trastornos independientes ya que compartirían algunos síntomas y existiría una sobre posición de características cerebrales estructurales y funcionales en hallazgos en diversos estudios de neuroimagen. Todo esto los lleva a plantear - en línea con lo que propone esta investigación de considerar las variables de TDAH y personalidad - que los estudios de adultos con TP borderline debieran investigar la presencia de TDAH en la infancia de los sujetos estudiados (Philipsen, 2006; Matthies & Philipsen, 2016).

Storebøy Simonsen (2014), hicieron una revisión sistemática de estudios que investigaban la relación del TDAH con el trastorno de la personalidad borderline, encontrando que en 13 de los 15 estudios que cumplían con los criterios de inclusión aparecía una asociación estadísticamente significativa entre el TDAH y el TP borderline, donde parecía que esta asociación se explicaba en parte por una etiología común y por un modelo de vulnerabilidad. Los autores postularon que el TDAH sería un factor de riesgo para presentar un trastorno de la personalidad en la adultez.

Dentro de los factores de etiología común, se ha planteado que factores genéticos podrían explicar la comorbilidad entre el TDAH y ciertos rasgos del TP borderline. En un estudio de 7.233 mellizos y hermanos (entre 18 y 90 años), encontrando alta correlación entre el TP borderline y el TDAH, los análisis genéticos mostraron que la correlación se puede explicar en un 49% por factores genéticos. No aparecieron diferencias según el sexo (Distel et al., 2011).

III. Objetivos e Hipótesis

Objetivo General

Describir perfiles de personalidad de adolescentes chilenos consultantes diagnosticados con TDAH.

Hipótesis

- 1.a. Existen perfiles de personalidad en adolescentes chilenos consultantes con TDAH.
- 1.b. Existen subperfiles¹ de personalidad en adolescentes chilenos consultantes con TDAH.

Objetivos Específicos

1. Comparar los perfiles de personalidad de adolescentes con TDAH con los perfiles de adolescentes consultantes y no consultantes de una muestra de referencia chilena.
2. Describir subperfiles de personalidad de adolescentes consultantes con TDAH.
3. Comparar las características clínicas (tipo de presentación clínica del TDAH, presencia de comorbilidad y uso de tratamiento farmacológico) según sub-perfil de personalidad de los adolescentes con consultantes con TDAH.
4. Comparar determinantes asociados a salud mental según sub-perfil de personalidad de los adolescentes consultantes con TDAH.

¹ Para efectos de este trabajo, se entiende por subperfiles a las agrupaciones obtenidas en el análisis de clústers.

IV. Marco Metodológico

A. Participantes

Se consideró como unidad de análisis los adolescentes diagnosticados con TDAH mediante entrevistas clínicas realizadas por dos psiquiatras infantiles y de la adolescencia quienes usaron para el diagnóstico criterios DSM-5. Para esto, se realizó un muestreo por conveniencia en dos centros de atención psiquiátrica de la Región Metropolitana. Se excluyó de la selección adolescentes diagnosticados con trastornos del espectro autista, psicosis, discapacidad cognitiva y que no supieran leer y escribir.

El primer centro, fue la Clínica Psiquiátrica Universitaria (CPU) perteneciente al Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Este centro recibe pacientes provenientes principalmente de la zona norte de la Región Metropolitana, aunque al ser un centro de alta complejidad, atiende pacientes de otras zonas o regiones. El segundo, una consulta psiquiátrica privada ubicada en la comuna de Las Condes cuyos consultantes provienen principalmente de la zona oriente de la capital. En ambos centros, se atienden pacientes con previsión de salud FONASA o ISAPRE.

En total se encuestó a 61 adolescentes (50,8% mujeres), entre 13 y 19 años (edad media 15,95 años DS = 2,061), de los cuales el 68,9% (n=42) asistió durante el último año a colegio privado. El 67,2% (n=41) provenía de la consulta privada.

En la Tabla 1 se describen las distribuciones en las variables de caracterización demográfica de la muestra las que son similares en ambos sexos.

Tabla 1. Características demográficas de la muestra total y por sexo.

Variables	TOTAL		Mujeres (n=31)		Hombres (n=30)		
		%	n	%	n	%	
Procedencia							
	CPU	20	33%	10	32%	10	33%
	Consulta Privada	41	67%	21	68%	20	67%
Edad							
	13-14	19	31%	11	35%	8	27%
	15-16	17	28%	8	26%	9	30%
	17 y más	25	41%	12	39%	13	43%
Tipo de Colegio							
	Público	9	15%	4	13%	5	17%
	Subvenc.	10	16%	6	19%	4	13%
	Particular	42	69%	21	68%	21	70%

B. Instrumentos

a) MACI-A: Inventario Clínico de personalidad para Adolescentes de Millon.

El MACI es un inventario que mide perfiles de personalidad en adolescentes entre 13 y 19 años de edad. Fue creado por Theodore Millon en el año 1993. Se ha validado en diversas poblaciones mostrando adecuados índices de validez y confiabilidad (Millon, 1987; Millon 1993, Blumentritt & VanVoorhis 2004; Pinto & Grillo, 2004; TEA 2004). En Chile, este instrumento fue adaptado por Vinet et al. (2003) y ha sido utilizado en diversas investigaciones en el país (Vinet, Forns 2005; Alarcón, Vinet, Salvo, 2005; Vinet, Forns, 2006; Vinet, Alarcón, 2009; Vinet, Faúndez, Larraguibel, 2009; Vinet, Alarcón, Perez-Luco, 2010). Es un cuestionario autoadministrado en papel cuya aplicación dura aproximadamente 30 minutos.

El MACI consta de 160 ítems de respuesta verdadero o falso (p.e., Frecuentemente yo soy mi peor enemigo) que evalúan 31 escalas que se clasifican en 12 prototipos de personalidad, 8 tipos de preocupaciones expresadas, 7 síndromes clínicos y 3 escalas de control. Para esta investigación no se consideraron estas últimas en los análisis de datos debido a que no suponen características de personalidad. (Tabla 2)

Tabla 2. Estructura del MACI.

<i>Prototipos de Personalidad</i>	<i>Preocupaciones Expresadas</i>	<i>Síndromes Clínicos</i>
1: Introverso	A: Difusión de la Identidad	AA: Disfunciones alimentarias
2a: Inhibido	B: Autoevaluación	BB: Tendencia al abuso de sustancias
2b: Afligido	C: Desaprobación corporal	CC: Predisposición delictual
3: Sumiso	D: Incomodidad sexual	DD: Tendencia a la impulsividad
4: Dramatizador	E: Inseguridad grupal	EE: Sentimientos ansiosos
5: Egoísta	F: Insensibilidad social	FF: Afecto depresivo
6a: Transgresor	G: Discordia familiar	GG: Tendencia suicida
6b: Poderoso	H: Abuso infantil	
7: Conformista		
8a: Oposicionista		
8b: Auto-degradante		
9: Tendencia Límite		

Las escalas de prototipos de personalidad miden estilos de funcionamiento psicológico que surgen a través del desarrollo y se estabilizan en la adolescencia. Las escalas de preocupaciones expresadas miden sentimientos y actitudes sobre temas específicos que preocupan a los adolescentes y las escalas de síndromes clínicos miden trastornos específicos que pueden ocurrir en la adolescencia (Vinet, 2014).

En el estudio de validación chileno aparecen escalas contrateóricas. Las escalas 3 (Sumiso), 4 (Dramatizador), 5 (Egoísta), 7 (Conformista), D (Incomodidad sexual) y en el caso de los hombres, también la escala EE (Sentimientos Ansiosos) se comportaron de manera diferente a lo esperado según la teoría de Millon. En estas escalas, puntuaciones altas se asocian con mayor frecuencia a población no consultante que consultante (Vinet, 2008), similar a lo encontrado en una muestra latina en EEUU (Blumentritt & VanVoorhis, 2004).

La presente investigación consideró la exploración de las escalas a través de la identificación de perfiles de personalidad entendidos como perfiles específicos que evalúan el funcionamiento psicológico de cada adolescente y que incluyen los prototipos de personalidad, las

preocupaciones expresadas y los síndromes clínicos, del mismo modo en que se ha utilizado en otras investigaciones realizadas en el país (Vinet, Forns 2005; Alarcón, Vinet, Salvo, 2005; Vinet, Forns, 2006; Vinet, Alarcón, 2009; Vinet, Faúndez, Larraguibel, 2009; Vinet, Alarcón, Perez-Luco, 2010).

En el anexo A se encuentra la definición de cada una de las escalas del MACI y en el anexo B el instrumento MACI utilizado.

b) Ficha de registro de determinantes asociados a la salud mental, trastornos comórbidos y uso de fármacos.

En este estudio se incluyó una ficha de registro construida especialmente para esta investigación (Anexo C) la cual incluye los datos de identificación del paciente, tipo de establecimiento escolar, tipo de presentación de TDAH, comorbilidades, experiencias adversas tempranas (ACEs) y uso de fármacos.

De esta ficha de registro se obtuvieron los determinantes asociados a la salud mental identificados como críticos según la literatura internacional, entre los cuales se cuentan las **experiencias adversas tempranas** (Felitti et al., 1998; Ramiro, Madrid & Browne, 2010; Finkelhor, 2013; Pi Davanzo, 2014), **nivel socioeconómico** (medido indirectamente a través del tipo de establecimiento educacional), **sexo** (Costa, Terracciano & McCrae, 2001; Klonsky et al., 2002; Biederman et al. 2004; Rucklidge, 2010; Weisberg, DeYoung & Hirsh, 2011; De Bolle et al., 2015) y **repitencia de curso escolar** (Cohen et al., 2005; Kent et al. 2014).

C. Procedimiento

El equipo de investigación consensuó los criterios diagnósticos para el TDAH y trastornos comórbidos, según criterios DSM5, y criterios para experiencias adversas tempranas (ACEs).

Se invitó a participar en el reclutamiento de los pacientes a los residentes de psiquiatría infantil y del adolescente de la Clínica Psiquiátrica Universitaria. Posteriormente, con el fin de aumentar el tamaño muestral, se incluyeron pacientes provenientes de la consulta psiquiátrica privada de un miembro del equipo de investigación.

Los médicos tratantes aplicaron el cuestionario MACI a adolescentes que cumplieron criterios diagnósticos para el estudio y completaron la ficha de registro desarrollada para esta investigación. Esto último se realizó en conjunto con la investigadora principal para verificar que se cumplieran los criterios consensuados anteriormente.

D. Diseño

Esta investigación se enmarca dentro del enfoque cuantitativo, siendo una investigación empírica, no experimental, de estrategia asociativa, utilizando un método comparativo transversal y un diseño de grupos naturales según la clasificación de Ato, López y Benavente (2013). Se buscó explorar la relación funcional entre las variables estudiadas, en que el objeto de la exploración es la comparación en un momento determinado de los grupos muestrales, con los grupos de población consultante y no consultante de estudios anteriores. Se consideraron variables independientes atributivas sin asignación aleatoria de los participantes quienes pertenecen a niveles de variables dependientes que son fuente de diferencias individuales y pertenecen a una misma cultura (Ato, López y Benavente, 2013).

E. Análisis

Para identificar los perfiles de personalidad de adolescentes consultantes con TDAH se utilizó una prueba T de una muestra utilizando como parámetros los resultados del estudio de validación de normas chilenas para el MACI (Vinet, Fort i Santacana 2008) comparándolos con una población consultante y no consultante representativa de la población adolescente chilena.

Para identificar subperfiles de personalidad, se utilizó primero un análisis de conglomerados jerárquicos para determinar el número óptimo de clústers a encontrar. Se realizó luego un análisis de clúster de Kmedias para agrupar los casos, una prueba U de Mann-Whitney para comparar la diferencia de distribuciones y una prueba T de dos muestras independientes para comparar las medias de los dos grupos. Finalmente se realizó un análisis Biplot JH que permite un análisis visual de la estructura de matrices de los datos, facilitando su interpretación (Gabriel, 1971).

Para comparar la pertenencia a los clústers según el tipo de presentación clínica del TDAH, la comorbilidad, tratamiento farmacológico y determinantes asociados a la salud mental

(experiencias adversas tempranas (ACEs), tipo de colegio y repitencia escolar) se utilizó un análisis chi-cuadrado. Se agregó a este análisis los datos de la procedencia (según el centro de atención psiquiátrica). Las variables de repitencia, diagnóstico comórbido, ACEs y uso de fármacos se consideraron como variables dicotómicas (presencia/ausencia).

Para realizar estos análisis se utilizaron los programas SPSS 23 y STATA 12.

F. Aspectos Éticos

Este estudio cuenta con la aprobación del comité de ética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Todos los pacientes participantes de estudio firmaron un asentimiento (consentimiento en el caso de los mayores de edad) y sus padres un consentimiento informado.

V. Resultados

A. Caracterización de la Muestra

Como se observa en la tabla 3, de la muestra general y según la clasificación del DSM5, un 52% presenta TDAH de **presentación clínica** inatenta y un 43% de presentación combinada. Al dividir la muestra por sexo, en el grupo de mujeres, un 58% presenta TDAH de presentación inatenta y un 39% de presentación combinada. En el grupo de hombres, un 47% presenta TDAH de presentación Inatento, un 47% de presentación combinada y un 7% de presentación hiperactiva-impulsiva. Además, se encontró que la mayoría de los adolescentes no habían **repetido** el año escolar en su historia académica.

Tabla 3: Frecuencias variables tipo de presentación clínica del TDAH, repitencia del curso escolar, presencia de comorbilidad, presencia de ACEs y uso de fármacos para la muestra total y las submuestras de mujeres y hombres.

Variable	Total		Mujeres		Hombres	
	n	%	n	%	n	%
Presentación TDAH						
Inatento	32	52%	18	58%	14	47%
Hiperactivo	3	5%	1	3%	2	7%
Combinado	26	43%	12	39%	14	47%
Repitencia						
No	47	77%	25	81%	22	73%
Sí	14	23%	6	19%	8	27%
Presencia de Comorb.						
No	26	43%	9	29%	17	57%
Sí	35	57%	22	71%	13	43%
Presencia de ACE						
No	21	34%	10	32%	11	37%
Sí	40	66%	21	68%	19	63%
Uso de Fármacos						
No	28	46%	14	45%	14	47%
Sí	33	54%	17	55%	16	53%

En cuanto a las **comorbilidades**, 35 (57%) adolescentes presentan al menos un diagnóstico comórbido siendo lo más frecuente presentar una comorbilidad. En las mujeres los trastornos comórbidos más frecuentes son Trastorno de Ansiedad (29%), Trastorno Depresivo y Trastorno de Aprendizaje (13%). En los hombres, el trastorno comórbido más frecuentes es Trastorno de Ansiedad (13%).

Tabla 4. *Frecuencia Comorbilidades*

	Total		Mujeres		Hombres	
	N	%	N	%	N	%
Ansiedad Generalizado	13	21%	9	29%	4	13,3%
Tr. Aprendizaje	5	8%	4	12,9%	1	3,3%
Depresión	5	8%	4	12,9%	1	3,3%
Distimia	3	5%	2	6,5%	1	3,3%
Tr. Oposicionista Desafiante	3	5%	2	6,5%	1	3,3%
Tr. Sueño	2	3%	1	3,2%	1	3,3%
Fobia Social	2	3%	-	-	2	6,7%
Uso de Drogas	2	3%	-	-	2	6,7%
Tr. Psicomotor	1	2%	1	3,2%	-	-
Ataque de Pánico	1	2%	1	3,2%	-	-
Agorafobia	1	2%	1	3,2%	-	-
Tr. Alimenticios	1	2%	1	3,2%	-	-
Tr. Conducta	1	2%	1	3,2%	-	-
Duelo Patológico	1	2%	1	3,2%	-	-
Tr. Comunicación	1	2%	-	-	1	3,3%
Tr. Bipolar	1	2%	-	-	1	3,3%
Uso de Alcohol	1	2%	-	-	1	3,3%
Rasgos TEA	1	2%	-	-	1	3,3%
Tics	1	2%	-	-	1	3,3%

De la muestra total, 40 adolescentes habían sufrido al menos una **experiencia adversa temprana** (ACE), siendo lo más frecuente presentar sólo una de ellas. En el grupo de mujeres, las ACEs más frecuentes son vivir con un familiar que padezca un trastorno mental (39%), divorcio o separación de los padres (32%), abandono del padre (16%), violencia intrafamiliar (13%) y abuso de alcohol por parte de un familiar (10%). En el grupo de los hombres, lo más frecuente es vivir

con un familiar que padezca trastorno mental (20%), abandono del padre (17%), divorcio o separación de los padres (13%), violencia intrafamiliar y maltrato físico (10%).

Tabla 5. *Frecuencia ACEs Mujeres*

	Total		Mujeres		Hombres	
	N	%	N	%	N	%
Tr. Mental en Familiar ²	18	30%	12	38,7%	6	20%
Divorcio Padres	14	23%	10	32,3%	4	13,3%
Abandono Padre	10	16%	5	16,1%	5	16,7%
Violencia Intra Familiar	7	11%	4	12,9%	3	10%
Enfermedad Física Crónica	5	8%	3	9,7%	2	6,7%
Maltrato Físico	5	8%	2	6,5%	3	10%
Abuso de OH o Drogas en Familiar	4	7%	3	9,7%	1	3,3%
Maltrato Psicológico	3	5%	2	6,5%	1	3,3%
Muerte del Padre	2	3%	1	3,2%	1	3,3%
Negligencia	2	3%	2	6,5%	-	-
Madre Adolescente	1	2%	1	3,2%	-	-
Deserción Escolar	1	2%	1	3,2%	-	-
Bullying	1	2%	-	-	1	3,3%
Pobreza Extrema	1	2%	-	-	1	3,3%
Adopción	1	2%	-	-	1	3,3%
Accidente Físico Grave	1	2%	-	-	1	3,3%

El 54% de la muestra total consume **fármacos**, de las mujeres que consumen fármacos (54%), el 76% consume Metilfenidato y de los hombres (53%), el 75% consume Metilfenidato.

Tabla 6. *Frecuencias uso y tipo de fármacos*

	Total		Mujeres		Hombres	
	N	%	N	%	N	%
Usa Fármacos (si)	33	54%	17	54,8	16	53,3
Metilfenidato	25	41%	13	41,9	12	40
Atomoxetina	2	3%	1	3,2	1	3,3
IRSS	10	16%	9	29	1	3,5
Bupropión	1	1,6%	1	3,2	-	-
Antipsicóticos	4	7%	1	3,2	3	10
Estabilizador Ánimo	2	3,2%	-	-	2	6,7

² El familiar tiene que vivir en la misma casa que el paciente.

B. Diferencias en perfiles de personalidad de adolescentes con TDAH

Debido a que las normas del MACI chilenas están diferenciadas según sexo, para los análisis estadísticos realizados en esta investigación se consideraron separadamente los grupos de hombres y mujeres.

a) Mujeres

En el grupo de mujeres adolescentes se encontró que al compararla con la población **no consultante** de referencia, de las 27 escalas en 6 (22%) mostraron diferencia significativa. Las mayores diferencias se encontraron en las escalas 5 – **egoísta** - ($t_{(30)} = -4,02$ $p = \leq .05$) y 7 – **conformista** – ($t_{(30)} = -3,00$ $p = \leq .05$) donde el grupo estudiado mostró **puntajes menores** y BB – **tendencia al abuso de sustancias** - ($t_{(30)} = 2,27$ $p = \leq .05$) donde mostraron **puntajes mayores**. Cabe destacar que las escalas egoísta y conformista son escalas contrateóricas en el estudio de validación del instrumento en población chilena, por lo que puntajes más bajos en estas escalas se asocian a problemas de salud mental. Las otras escalas en que se observó diferencia significativa fueron en las escalas 1 – **introvertido** - ($t_{(30)} = 2,22$ $p = \leq .05$), G – **discordia familiar** - ($t_{(30)} = 2,25$ $p = \leq .05$) y AA – **disfunciones alimentarias** - ($t_{(30)} = 2,23$ $p = \leq .05$). Donde mostraron puntajes **mayores** a la población consultante.

Al comparar a este grupo de mujeres diagnosticadas con TDAH con el grupo de referencia de población **consultante**, aparecen diferencias en 23 (85%) de las 27 escalas. Las mayores diferencias se encuentran en las escalas 2b – **afligido** - ($t_{(30)} = -9,74$ $p = \leq .05$), H – **abuso infantil** - ($t_{(30)} = -10,14$ $p = \leq .05$) y GG – **tendencia suicida** - ($t_{(30)} = -9,36$ $p = \leq .05$) donde mostraron **puntajes menores**. En relación a la población consultante de referencia, Las otras escalas en que se observó diferencia significativa fueron en 3- **sumiso** - ($t_{(30)} = 0,92$ $p = \leq .05$), 4- **dramatizador** - ($t_{(30)} = 3,38$ $p = \leq .05$), 5- **egoísta** - ($t_{(30)} = 1,06$ $p = \leq .05$), 7- **conformista** - ($t_{(30)} = 4,58$ $p = \leq .05$), D- **incomodidad sexual** - ($t_{(30)} = 4,57$ $p = \leq .05$), CC- **predisposición delictual** - ($t_{(30)} = 0,50$ $p = \leq .05$) y EE- **sentimientos ansiosos** - ($t_{(30)} = 0,58$ $p = \leq .05$) donde obtuvieron **mayores** puntajes. En las escalas 1- **introvertido** - ($t_{(30)} = -4,97$ $p = \leq .05$), 2A- **inhibido** - ($t_{(30)} = -4,93$ $p = \leq .05$), 9- **tendencia límite** - ($t_{(30)} = -7,37$ $p = \leq .05$), A- **difusión de la identidad** - ($t_{(30)} = -$

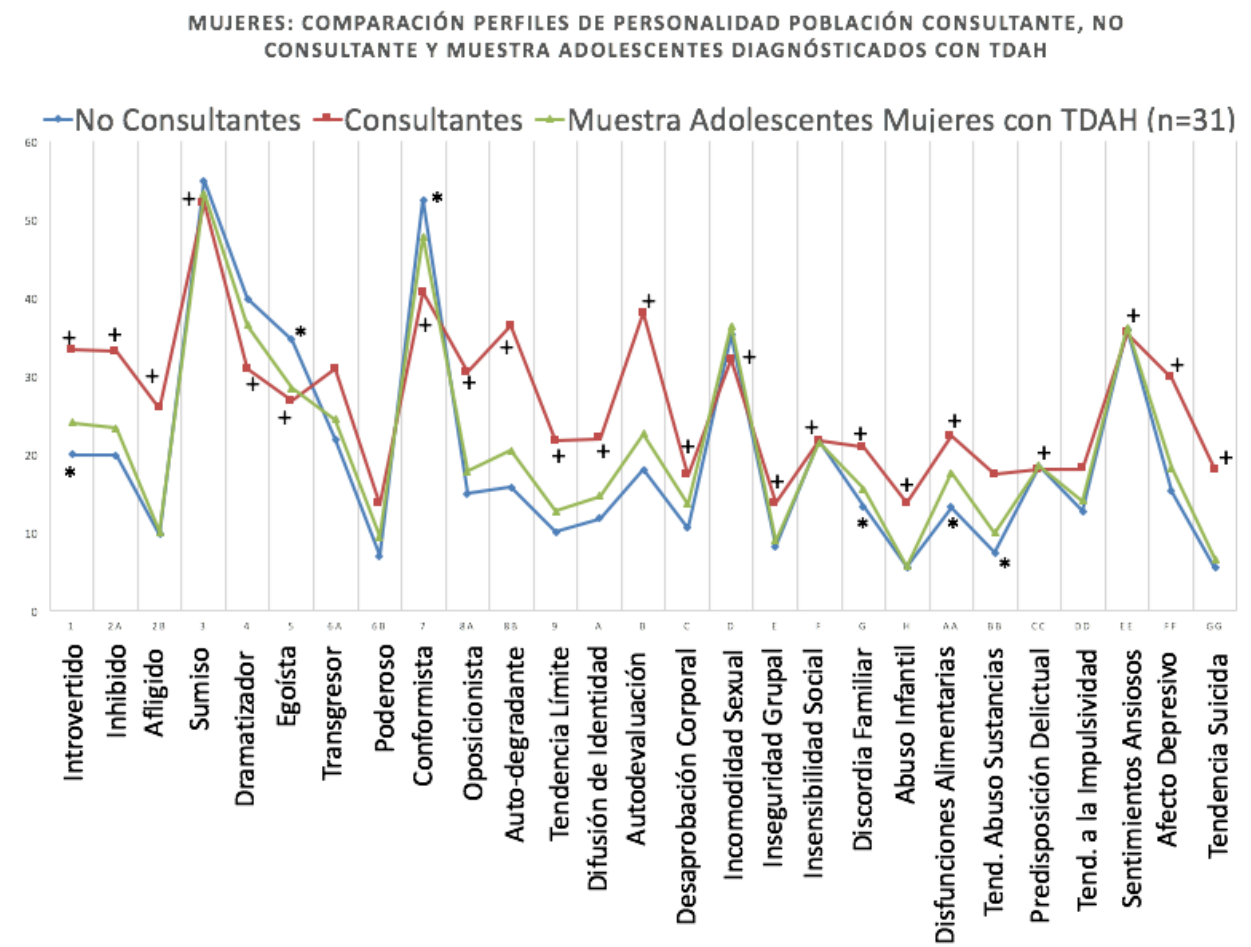
5,30 $p \leq .05$), B- **autodevaluación** - ($t_{(30)} = -6,20$ $p \leq .05$), C- **desaprobación corporal** - ($t_{(30)} = -2,07$ $p \leq .05$), E- **inseguridad grupal** - ($t_{(30)} = -4,33$ $p \leq .05$), F- **insensibilidad social**- ($t_{(30)} = -0,13$ $p \leq .05$), G- **discordia familiar** - ($t_{(30)} = -5,29$ $p \leq .05$), AA- **disfunciones alimentarias** - ($t_{(30)} = -2,36$ $p \leq .05$) y FF- **afecto depresivo** - ($t_{(30)} = -6,47$ $p \leq .05$) obtuvieron puntajes **menores**.

Tabla 7. *Comparación de Medias con población consultante y no consultante de referencia en la submuestra de mujeres.*

	No Consultantes	Consultantes	Muestra Adolescentes Mujeres con TDA (n=31)		Diferencia con Población no consultante			Diferencia con Población Consultante		
	Media	Media	Media	D.S	Dif	t	p-valor	Dif	t	p-valor
1	19.9	33.28	24.03	10.362	4.13	2.22	0.03	-9.25	-4.97	0.00
2A	19.8	33.07	23.32	11.007	3.52	1.78	0.08	-9.75	-4.93	0.00
2B	9.71	25.88	10.10	9.024	0.39	0.24	0.81	-15.78	-9.74	0.00
3	54.97	52.05	53.32	7.730	-1.65	-1.19	0.24	1.27	0.92	0.00
4	39.82	30.89	36.45	9.157	-3.37	-2.05	0.05	5.56	3.38	0.00
5	34.61	26.82	28.45	8.536	-6.16	-4.02	0.00	1.63	1.06	0.00
6A	21.87	30.82	24.45	7.375	2.58	1.95	0.06	-6.37	-4.81	0.31
6B	7	13.63	9.42	6.707	2.42	2.01	0.05	-4.21	-3.50	0.42
7	52.47	40.69	47.81	8.646	-4.66	-3.00	0.01	7.12	4.58	0.02
8A	14.92	30.45	17.77	8.147	2.85	1.95	0.06	-12.68	-8.66	0.00
8B	15.8	36.33	20.45	12.735	4.65	2.03	0.05	-15.88	-6.94	0.00
9	10.05	21.7	12.68	6.819	2.63	2.15	0.04	-9.02	-7.37	0.00
A	11.82	21.96	14.61	7.723	2.79	2.01	0.05	-7.35	-5.30	0.00
B	18	38.01	22.61	13.824	4.61	1.86	0.07	-15.40	-6.20	0.00
C	10.53	17.32	13.65	9.861	3.12	1.76	0.09	-3.67	-2.07	0.00
D	35.21	32.12	36.35	5.161	1.14	1.24	0.23	4.23	4.57	0.03
E	8.16	13.71	8.94	6.137	0.78	0.70	0.49	-4.77	-4.33	0.00
F	21.7	21.67	21.48	7.818	-0.22	-0.15	0.88	-0.19	-0.13	0.00
G	13.33	20.88	15.58	5.578	2.25	2.25	0.03	-5.30	-5.29	0.03
H	5.52	13.74	5.65	4.446	0.13	0.16	0.88	-8.09	-10.14	0.00
AA	13.16	22.25	17.58	11.014	4.42	2.23	0.03	-4.67	-2.36	0.00
BB	7.44	17.4	9.90	6.046	2.46	2.27	0.03	-7.50	-6.90	0.33
CC	18.42	17.99	18.52	5.870	0.10	0.09	0.93	0.53	0.50	0.00
DD	12.65	18.07	14.06	5.703	1.41	1.38	0.18	-4.01	-3.91	0.49
EE	35.93	35.45	36.13	6.531	0.20	0.17	0.87	0.68	0.58	0.00
FF	15.26	29.69	18.16	9.917	2.90	1.63	0.11	-11.53	-6.47	0.00
GG	5.46	17.97	6.58	6.776	1.12	0.92	0.36	-11.39	-9.36	0.00

La submuestra de mujeres al responder al cuestionario MACI se comportó de forma más parecida al grupo de las mujeres no consultantes como se puede observar en el siguiente gráfico.

Gráfico 1.



* Diferencia significativa ($p \leq .05$) con población no consultante de referencia.

+ Diferencia significativa ($p \leq .05$) con población consultante de referencia.

b) Hombres

En el grupo de hombres adolescentes diagnosticados con TDAH, se encontró que al compararlo con la población **no consultante** de referencia mostraron diferencia significativa en 15 escalas (56%). Las mayores diferencias se encontraron en las escalas A - **difusión de la identidad** - ($t_{(30)} = 3,35$ $p = \leq .05$), G - **discordia familiar** - ($t_{(30)} = 3,69$ $p = \leq .05$) y FF - **afecto depresivo** - ($t_{(30)} = 3,33$ $p = \leq .05$), donde los hombres con TDAH tienen **puntajes mayores** a los hombres no consultantes. Las otras escalas en que se observó diferencia significativa con la población no consultante fueron en las escalas 1- **introvertido** - ($t_{(30)} = 2,23$ $p = \leq .05$), 2B- **afligido** - ($t_{(30)} = 2,79$ $p = \leq .05$), 8A- **oposicionista** - ($t_{(30)} = 2,87$ $p = \leq .05$), 8B- **autodegradante** - ($t_{(30)} = 3,02$ $p = \leq .05$), 9- **tendencia límite** - ($t_{(30)} = 3,13$ $p = \leq .05$), B- **autodevaluación** - ($t_{(30)} = 3,13$ $p = \leq .05$), C- **desaprobación corporal** - ($t_{(30)} = 2,58$ $p = \leq .05$), AA- **disfunciones alimentarias** - ($t_{(30)} = 2,86$ $p = \leq .05$), BB- **tendencia al abuso de sustancias** - ($t_{(30)} = 2,52$ $p = \leq .05$) y GG- **tendencia suicida** - ($t_{(30)} = 2,51$ $p = \leq .05$) donde obtuvieron puntajes **mayores**. En las escalas 5- **egoísta** - ($t_{(30)} = -2,71$ $p = \leq .05$) y 7 - **conformista** - ($t_{(30)} = -2,87$ $p = \leq .05$) obtuvieron puntajes **menores**.

Este grupo, al compararlo con la población **consultante**, mostró diferencia significativa en 8 escalas (30%). Las mayores diferencias se encontraron en las escalas 6a - **transgresor** - ($t_{(30)} = -4,07$ $p = \leq .05$), H - **abuso infantil** - ($t_{(30)} = -3,85$ $p = \leq .05$), y CC - **predisposición delictual** - ($t_{(30)} = -4,78$ $p = \leq .05$) donde obtuvieron **puntajes significativamente menores**.

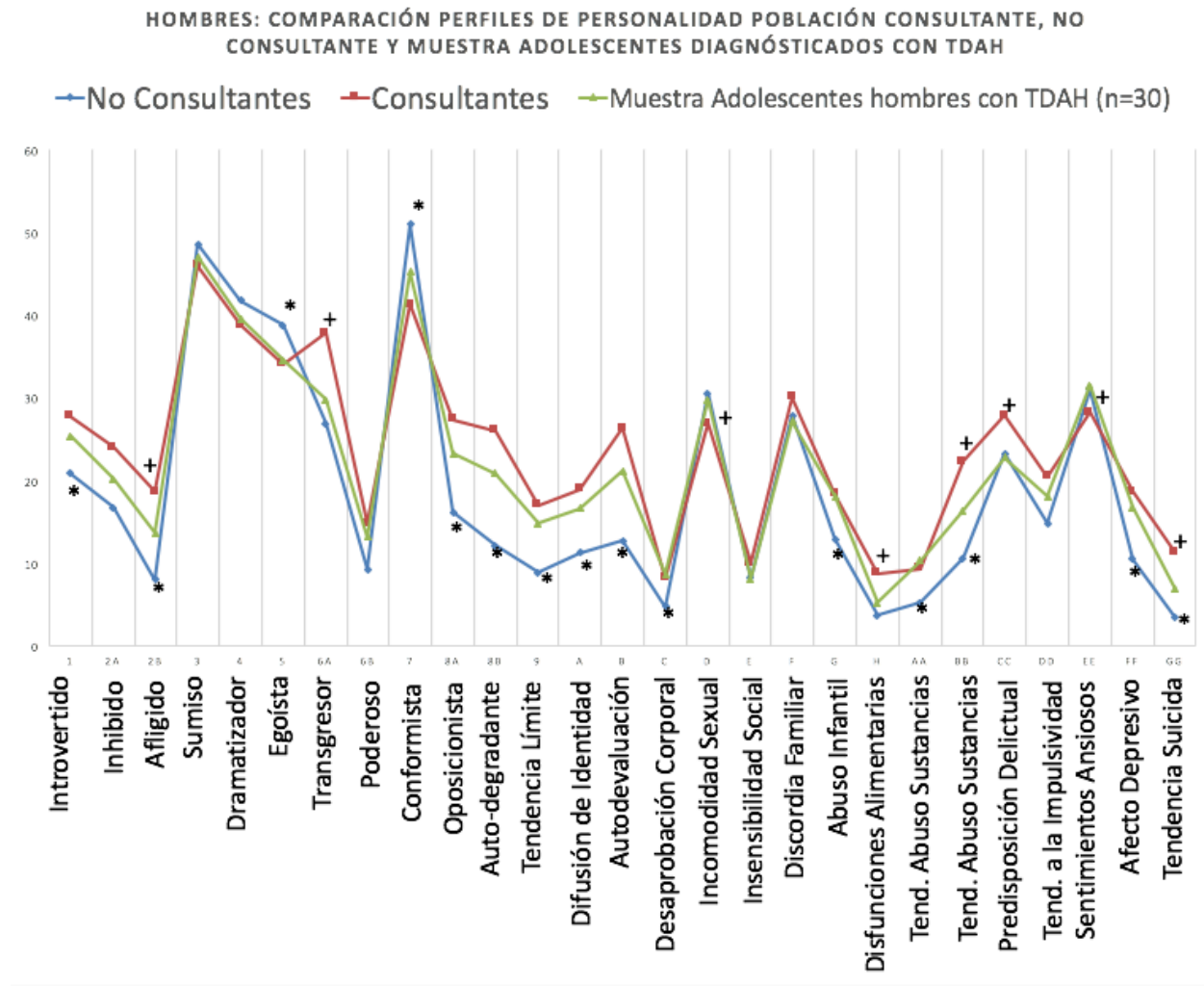
Las otras escalas en que se observó diferencia significativa fueron las escalas D- **incomodidad sexual** - ($t_{(30)} = 2,43$ $p = \leq .05$) y EE- **sentimientos ansiosos** - ($t_{(30)} = 3,63$ $p = \leq .05$) donde obtuvieron puntajes **mayores**. En las escalas 2B- **afligido** - ($t_{(30)} = -2,54$ $p = \leq .05$), BB- **tendencia al abuso de sustancias** - ($t_{(30)} = -2,68$ $p = \leq .05$) y GG- **tendencia suicida** - ($t_{(30)} = -3,26$ $p = \leq .05$) tuvieron puntajes **menores**.

Tabla 8. Comparación de Medias con población consultante y no consultante de referencia en la submuestra de hombres.

	No Consultantes	Consultantes	Muestra Adolescentes Hombres con TDAH (n=30)		Diferencia con Población no consultante			Diferencia con Población Consultante		
	<i>Media</i>	<i>Media</i>	<i>Media</i>	<i>D.S</i>	<i>Dif</i>	<i>t</i>	<i>p-valor</i>	<i>Dif</i>	<i>t</i>	<i>p-valor</i>
1	20.93	27.82	25.4	10.988	4.47	2.23	0.03	-2.42	-1.21	0.24
2A	16.73	24.07	20.2	10.889	3.47	1.75	0.09	-3.87	-1.98	0.06
2B	8.09	18.67	13.67	10.94	5.58	2.79	0.01	-5.00	-2.54	0.02
3	48.56	46.03	47.07	8.874	-1.49	-0.92	0.37	1.04	0.65	0.52
4	41.79	38.86	39.6	9.665	-2.19	-1.24	0.22	0.74	0.43	0.67
5	38.86	34.13	34.63	8.544	-4.23	-2.71	0.01	0.50	0.33	0.75
6A	26.94	37.83	29.8	10.981	2.86	1.43	0.16	-8.03	-4.07	0.00
6B	9.27	14.85	13.23	11.041	3.96	1.96	0.06	-1.62	-0.82	0.42
7	51.02	41.33	45.23	11.038	-5.79	-2.87	0.01	3.90	1.97	0.06
8A	16.19	27.39	23.3	13.568	7.11	2.87	0.01	-4.09	-1.68	0.10
8B	12.14	26.1	20.93	15.916	8.79	3.02	0.01	-5.17	-1.81	0.08
9	8.9	17.04	14.9	10.489	6.00	3.13	0.00	-2.14	-1.14	0.27
A	11.35	19	16.67	8.707	5.32	3.35	0.00	-2.33	-1.49	0.15
B	12.74	26.37	21.17	14.772	8.43	3.13	0.00	-5.20	-1.96	0.06
C	4.78	8.21	8.73	8.395	3.95	2.58	0.02	0.52	0.34	0.73
D	30.59	26.92	29.77	6.521	-0.82	-0.69	0.50	2.85	2.43	0.02
E	8.25	10.04	8.13	5.77	-0.12	-0.11	0.91	-1.91	-1.84	0.08
F	27.92	30.14	27.2	9.393	-0.72	-0.42	0.68	-2.94	-1.74	0.09
G	12.89	18.38	18.13	7.776	5.24	3.69	0.00	-0.25	-0.18	0.86
H	3.79	8.82	5.3	5.086	1.51	1.63	0.11	-3.52	-3.85	0.00
AA	5.26	9.38	10.33	9.718	5.07	2.86	0.01	0.95	0.54	0.59
BB	10.61	22.39	16.37	12.513	5.76	2.52	0.02	-6.02	-2.68	0.01
CC	23.27	27.87	22.8	5.91	-0.47	-0.44	0.67	-5.07	-4.78	0.00
DD	14.9	20.49	18.1	9.661	3.20	1.81	0.08	-2.39	-1.38	0.18
EE	31.05	28.31	31.5	4.897	0.45	0.50	0.62	3.19	3.63	0.00
FF	10.55	18.74	16.73	10.171	6.18	3.33	0.00	-2.01	-1.10	0.28
GG	3.48	11.34	6.93	7.529	3.45	2.51	0.02	-4.41	-3.26	0.00

La submuestra de hombres al responder al cuestionario MACI se comportó de forma más parecida al grupo de los consultantes como se puede ver en el siguiente gráfico.

Gráfico 2.



* Diferencia significativa ($p \leq .05$) con población no consultante de referencia.

+ Diferencia significativa ($p \leq .05$) con población consultante de referencia.

C. Subperfiles de personalidad de adolescentes consultantes con TDAH

A través de una prueba de análisis de clústers jerárquicos, se determinó que el número óptimo de clústers para esta muestra era de dos.

Tanto en mujeres como en hombres se configuró un clúster de 8 sujetos (clúster 1). Los adolescentes pertenecientes a este clúster obtuvieron puntajes más altos en la mayoría de las escalas del MACI comparados con los sujetos del clúster 2. (Tablas 9 y 10 – Gráficos 3 y 4)

Tabla 9. Configuración de los Clústers en la submuestra de mujeres.

	Cluster 1 (n=8)		Cluster 2 (n=23)		U de Mann-Whitney	Z	Sig. asintótica (bilateral)
	Media	D.S	Media	D.S			
1	33.38	10.914	20.78	8.107	29.5	-2.825	0.005
2A	37.88	7.453	18.26	6.614	5	-3.933	0.000
2B	23.25	5.365	5.52	4.133	0	-4.161	0.000
3	55	8.848	52.74	7.43	77	-0.678	0.498
4	25.88	7.68	40.13	6.384	16	-3.439	0.001
5	19.75	7.146	31.48	6.781	22.5	-3.142	0.002
6A	23.13	6.686	24.91	7.687	82.5	-0.43	0.667
6B	11.13	9.342	8.83	5.67	81	-0.498	0.619
7	43.88	8.167	49.17	8.553	60.5	-1.425	0.154
8A	25.38	8.262	15.13	6.363	28	-2.896	0.004
8B	35.75	9.677	15.13	8.756	11	-3.66	0.000
9	19.38	5.423	10.35	5.662	21.5	-3.2	0.001
A	21.63	6.391	12.17	6.651	28	-2.895	0.004
B	39.5	7.309	16.74	10.19	3	-4.024	0.000
C	21.75	5.825	10.83	9.466	34	-2.626	0.009
D	35.5	3.423	36.65	5.678	71.5	-0.931	0.352
E	15.63	7.386	6.61	3.474	19.5	-3.287	0.001
F	16.5	8.229	23.22	7.045	40.5	-2.337	0.019
G	17.25	6.042	15	5.427	73.5	-0.837	0.403
H	10.88	3.482	3.83	3.114	12.5	-3.613	0.000
AA	25.75	5.497	14.74	11.096	45.5	-2.102	0.036
BB	10.25	5.726	9.78	6.274	85.5	-0.295	0.768
CC	13.13	5.463	20.39	4.822	30	-2.807	0.005
DD	13.25	5.23	14.35	5.944	84.5	-0.34	0.733
EE	37.63	6.823	35.61	6.5	76.5	-0.701	0.483
FF	31.5	5.372	13.52	6.141	5	-3.93	0.000
GG	15.87	6.081	3.35	2.917	2.5	-4.064	0.000

Gráfico 3. Medidas por clúster, submuestra mujeres

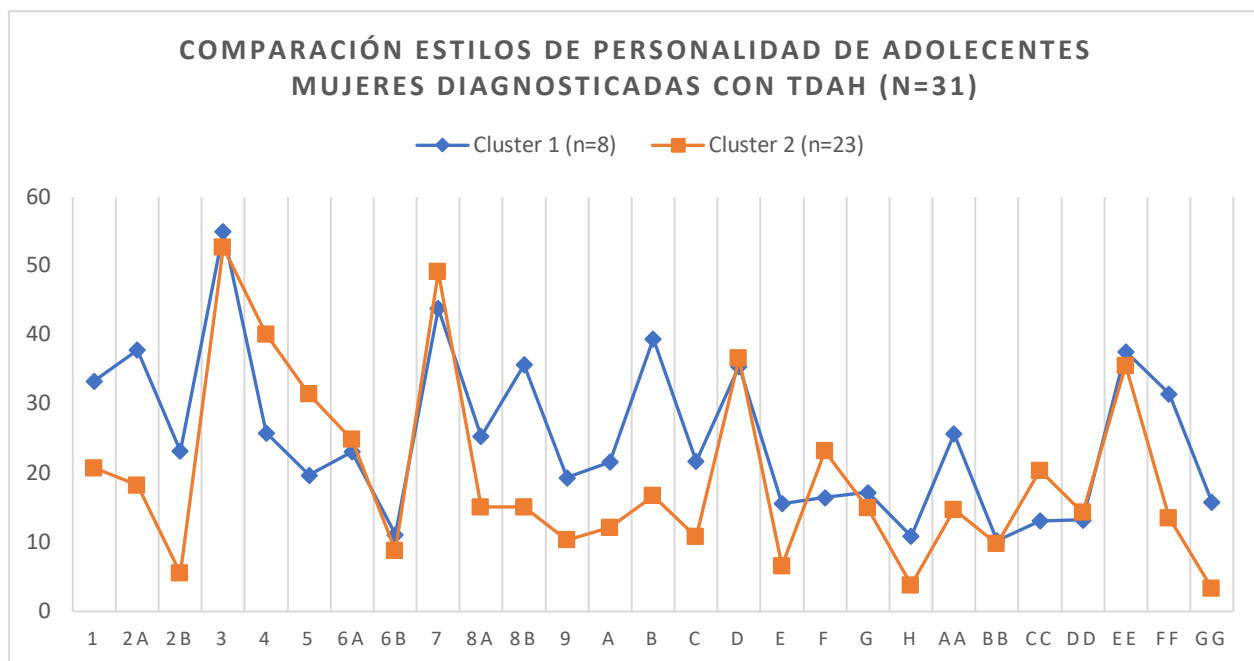
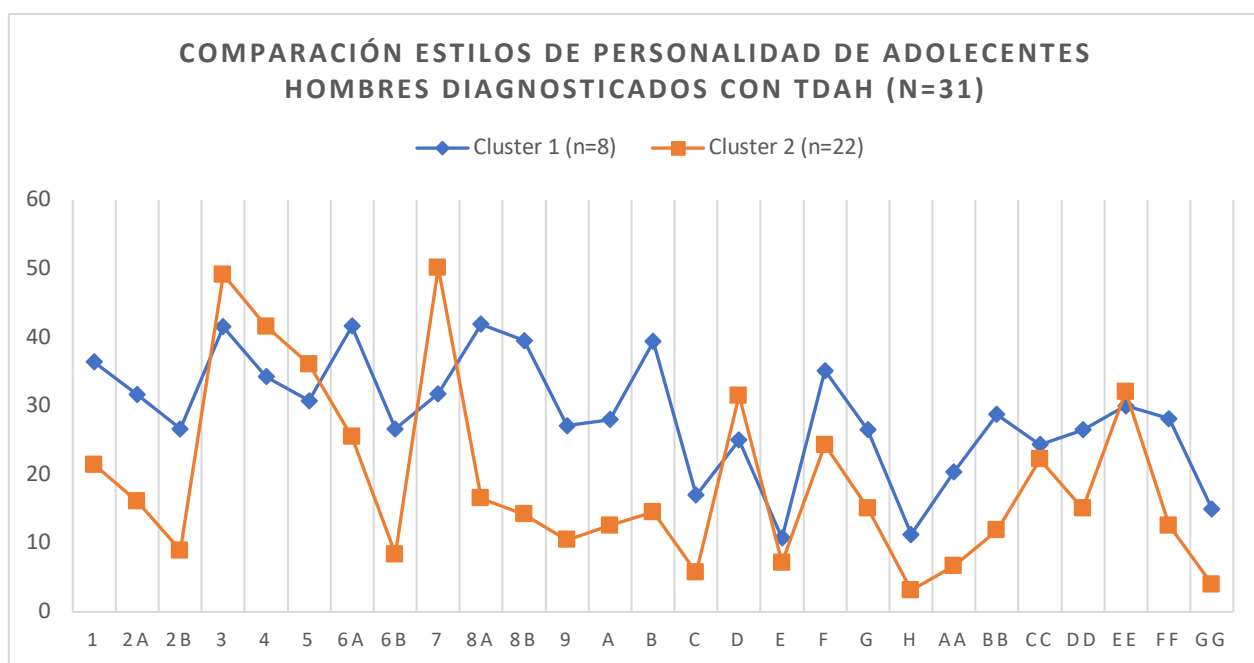


Tabla 10. Configuración de los Clústers en la submuestra de hombres

	Cluster 1 (n=8)		Cluster 2 (n=22)		U de Mann-Whitney	Z	Sig. asintótica (bilateral)
	Media	D.S	Media	D.S			
1	36.38	10.211	21.41	8.33	18.5	-3.263	.001
2A	31.63	11.55	16.05	7.175	5	-3.289	.001
2B	26.63	10.155	8.95	6.608	0	-3.458	.001
3	41.5	12.364	49.09	6.458	77	-1.647	.100
4	34.25	13.885	41.55	7.062	16	-1.456	.145
5	30.75	12.859	36.05	6.153	22.5	-.966	.334
6A	41.63	12.637	25.5	6.375	82.5	-2.934	.003
6B	26.63	12.705	8.36	4.624	81	-3.579	.000
7	31.75	8.812	50.14	6.923	60.5	-3.873	.000
8A	41.88	10.077	16.55	6.412	28	-4.015	.000
8B	39.5	12.604	14.18	10.852	11	-3.474	.001
9	27.13	11.606	10.45	5.422	21.5	-3.859	.000
A	28	3.338	12.55	5.853	28	-3.991	.000
B	39.38	12.059	14.55	8.98	3	-3.849	.000
C	17	6.845	5.73	6.798	34	-3.174	.002
D	25	4.66	31.5	6.3	71.5	-2.679	.007

E	10.75	7.592	7.18	4.817	19.5	-1.133	.257
F	35.13	14.126	24.32	4.765	40.5	-1.888	.059
G	26.5	7.54	15.09	5.309	73.5	-3.432	.001
H	11.25	5.701	3.14	2.55	12.5	-3.638	.000
AA	20.38	8.815	6.68	7.22	45.5	-3.455	.001
BB	28.75	16.508	11.86	6.763	85.5	-2.892	.004
CC	24.38	10.197	22.23	3.504	30	-.636	.525
DD	26.5	13.32	15.05	5.753	84.5	-2.632	.008
EE	30	5.707	32.05	4.593	76.5	-1.013	.311
FF	28.13	10.412	12.59	6.269	5	-3.267	.001
GG	15	8.751	4	4.353	2.5	-3.229	.001

Gráfico 4. Medidas por clúster en la submuestra de hombres.



En las tablas 11 y 12 se presentan la configuración de los clústers 1 y 2 por sexo según los puntajes obtenidos en las escalas del MACI.

Tabla 11. Resumen configuración de los subperfiles de personalidad (clústers) submuestra mujeres.

Mujeres

Clúster 1 N=8	Clúster 2 N=23
<p>PATRONES DE PERSONALIDAD: Introvertido Inhibido Afligido Oposicionista Auto-degradante Tendencia límite</p> <p>PREOCUPACIONES EXPRESADAS: Difusión de identidad Auto devaluación Desaprobación Corporal Inseguridad Grupal Abuso Infantil</p> <p>SÍNDROMES CLÍNICOS: Disfunciones alimentarias Afecto depresivo Tendencia Suicida</p>	<p>PATRONES DE PERSONALIDAD: Egoísta * Dramatizador *</p> <p>PREOCUPACIONES EXPRESADAS: Insensibilidad Social</p> <p>SÍNDROMES CLÍNICOS: Predisposición Delictual</p>

* Escalas Contrateóricas

Tabla 11. Resumen configuración de los subperfiles de personalidad (clústers) submuestra hombres.

Clúster 1 N=8	Clúster 2 N=22
<p>PATRONES DE PERSONALIDAD: Introvertido Inhibido Afligido Transgresor Poderoso Oposicionista Auto-degradante Tendencia límite</p> <p>PREOCUPACIONES EXPRESADAS: Difusión de identidad Auto devaluación</p>	<p>PATRONES DE PERSONALIDAD: Conformista</p> <p>PREOCUPACIONES EXPRESADAS: Incomodidad sexual *</p>

Desaprobación Corporal Discordia familiar Abuso infantil SÍNDROMES CLÍNICOS: Disfunciones alimentarias Tendencia al abuso de sustancias Tendencia a la impulsividad Afecto depresivo Tendencia Suicida	
---	--

* Escala Contrateórica

A través del análisis Biplot se obtuvo un análisis visual de la estructura de los clústers por sexo que se muestra a continuación en los gráficos 5 y 6.

Gráfico 5. Análisis Biplot para la submuestra de mujeres.

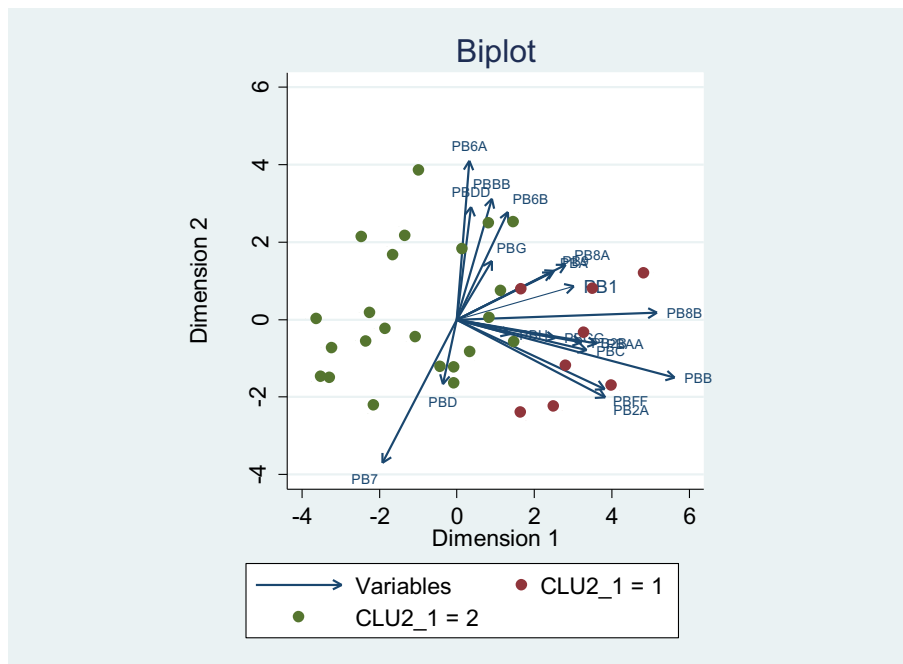
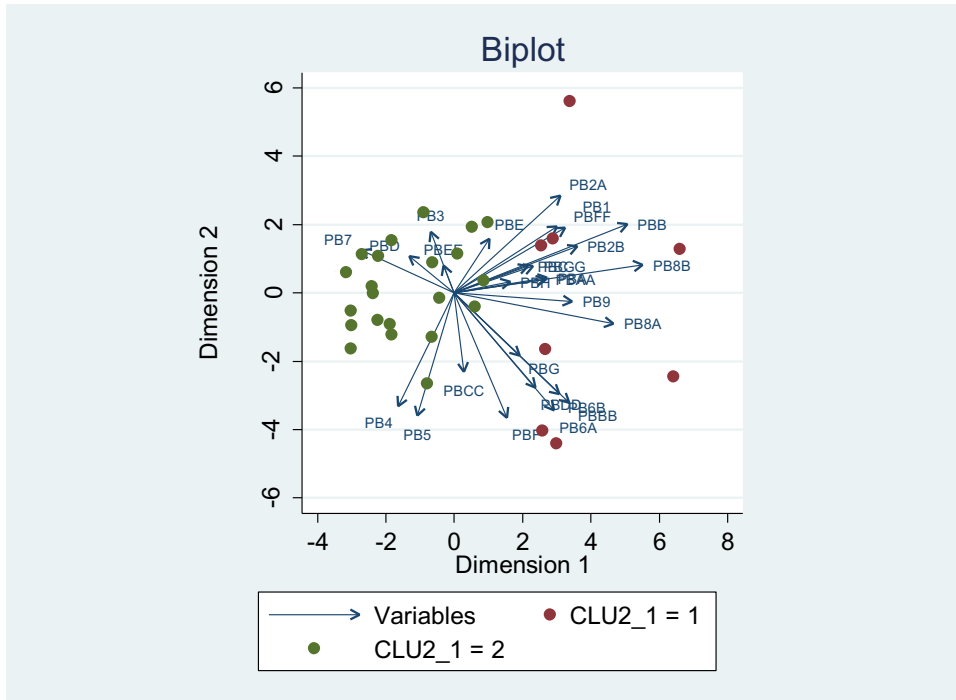


Gráfico 6. Análisis Biplot para la submuestra de hombres



Como se puede observar en los gráficos 7 y 8, tanto en hombres como en mujeres, los resultados del MACI en los adolescentes pertenecientes al **clúster 1** se encuentran más cercanos al comportamiento de los puntajes de **la población consultante** de la muestra de referencia. En cambio, los resultados del MACI de los adolescentes pertenecientes al **clúster 2** se encuentran más cercanos al comportamiento de los puntajes de **la población no consultante** de la muestra de referencia.

Gráfico 7. Mujeres

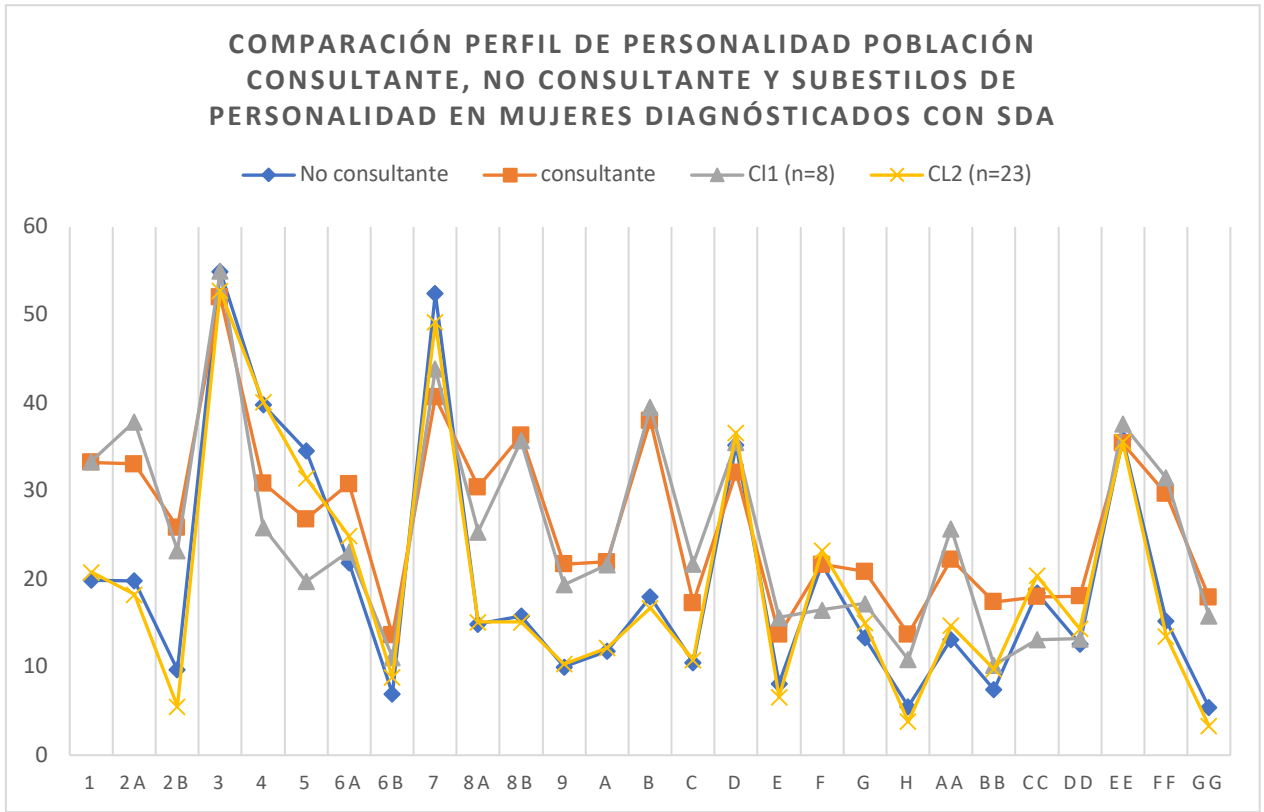
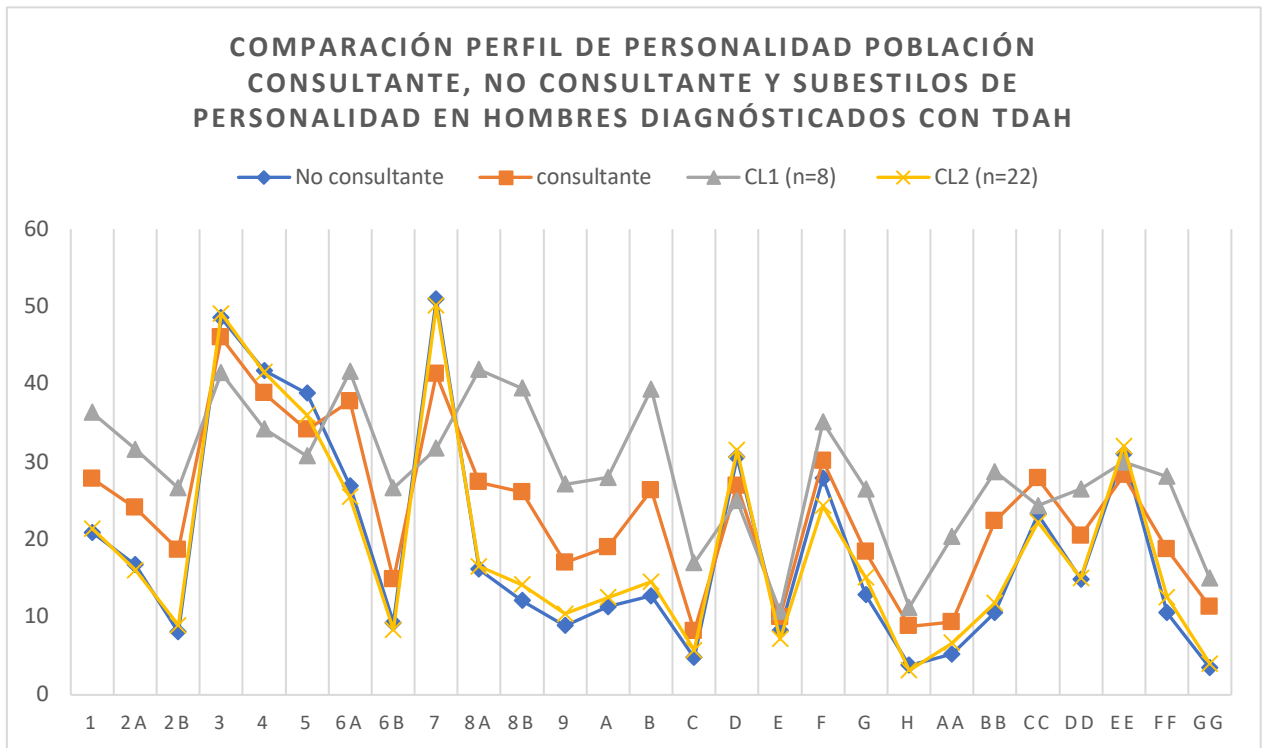


Gráfico 8. Hombres



D. Comparación de características clínicas, comorbilidad, tratamiento farmacológico y determinantes asociadas a salud mental según sub-perfil de personalidad.

Se realizaron pruebas chi-cuadrado para analizar la independencia de las variables estudiadas en relación a la pertenencia a alguno de los clústers. (Tablas 13 y 14).

Sólo se encontró diferencia en el grupo de los hombres según presencia de comorbilidad $\chi^2(1, N = 30) = 4,455 p \leq 0,05$.

Tabla 13. *Análisis Chi-Cuadrado para subperfiles de personalidad en submuestra de mujeres.*

					Valor	gl	Significación Asintónica Bilateral
Present. TDAH	Clúster 1	Inatento	Hiperact	Combinado	0,388	2	0,823
		15	0	3			
	Clúster 2	13	1	9			
Tipo de Colegio	Clúster 1	Público	Subvenc	Particular	1,528	1	0,466
		2	1	5			
	Clúster 2	2	5	16			
Repitencia	Clúster 1	No	Si		0,220	1	0,639
		6	2				
	Clúster 2	19	4				
Comorbilidad	Clúster 1	No	Si		0,260	1	0,610
		2	6				
	Clúster 2	8	15				
ACEs	Clúster 1	No	Si		0,260	1	0,610
		2	6				
	Clúster 2	8	15				
Uso Fármacos	Clúster 1	No	Si		0,102	1	0,750
		4	4				
	Clúster 2	10	13				

Tabla 14. *Análisis Chi-Cuadrado para subperfiles de personalidad en submuestra de hombres.*

					Valor	gl	Significación Asintónica Bilateral
Present. TDAH	Clúster 1	Inatento	Hiperact	Combinado	0,779	2	0,677
		3	1	4			
	Clúster 2	11	1	10			
Tipo de Colegio	Clúster 1	Público	Subvenc	Particular	5,601	2	0,061
		3	2	3			
	Clúster 2	2	2	18			
Repitencia	Clúster 1	No	Si		3,037	1	0,081
		4	4				
	Clúster 2	18	4				
Comorbilidad	Clúster 1	No	Si		4,455*	1	0,035
		2	6				
	Clúster 2	15	17				
ACEs	Clúster 1	No	Si		0.639	1	0,424
		2	6				
	Clúster 2	9	13				
Uso Fármacos	Clúster 1	No	Si		2.058	1	0,151
		2	6				
	Clúster 2	12	10				

* p<.05

VI. Conclusiones y Discusión

Esta investigación entrega una aproximación a la descripción de la personalidad de los adolescentes consultantes con TDAH, a través del cuestionario MACI. Este cuestionario que resultó de fácil y rápida aplicación, entrega información valiosa no sólo sobre características de personalidad, sino también sobre situaciones que requieren mayor atención (preocupaciones expresadas) e indicadores de posibles síndromes clínicos comórbidos.

A pesar de ser una muestra pequeña, por conveniencia, se encontró que existen diferencias significativas entre el grupo estudiado y las poblaciones de referencia en relación a los perfiles de personalidad medidos a través del MACI. El perfil de personalidad del grupo de mujeres es más parecido al grupo de referencia no consultante, en cambio, el perfil de personalidad de los hombres se comporta de manera similar al grupo de referencia consultante. En base a estos resultados, se puede plantear que el grupo de mujeres incluido en este estudio presenta un perfil de personalidad más adaptativo que el grupo de los hombres.

Los análisis de conglomerado y análisis Biplot resultaron en la detección de dos agrupaciones de subperfiles de personalidad. Aproximadamente el 25% de la muestra pertenece al clúster 1, observado en ambos sexos (mujeres $n=8$, 25,8% - hombres $n=8$, 26,7%), el cual se caracterizó por presentar puntajes más altos en la mayoría de las escalas del MACI, describiendo un subperfil de patrón de personalidad más desadaptativo que el clúster 2.

Se podría postular que los adolescentes pertenecientes al cluster 1, presentan mayor riesgo de desarrollar un trastorno de personalidad o que estos rasgos de personalidad desadaptativos puedan suponer factores de riesgo para psicopatología futura.

El pertenecer a un determinado clúster no se explica por el tipo de presentación clínica del TDAH, el uso de fármacos, las experiencias adversas tempranas (ACEs), la repitencia escolar y el tipo de colegio. Sólo la variable de comorbilidad en los hombres no presentó independencia en cuanto a la pertenencia a los clústers, lo que sí ocurrió en el caso de las mujeres. Es posible que variables no incluidas en este estudio medien esta pertenencia entre las que se podría encontrar la severidad y edad de comienzo de los síntomas del TDAH, características de crianza y funcionamiento familiar, funcionamiento neurocognitivo, autoestima, competencia social y marcadores genéticos, entre otros (Distel, 2011; Gómez 2014; Mathies & Philipsen 2016)

Los estudios de seguimiento de TDAH muestran que estos pacientes tienen mayor riesgo de presentar un peor funcionamiento y sufrir psicopatología futura (Barkley 2002; Barkley et al. 2006; Biederman et al. 2006), incluidos trastornos de personalidad (Miller, 2008; Mathies & Philipsen 2016) comparados con la población general. Sin embargo, no se encontraron estudios que identifiquen cuáles de los niños que presentan TDAH tienen mayor probabilidad de presentar un funcionamiento desadaptativo lo que dificulta la comparación con otras investigaciones de los resultados presentados.

Dados estos resultados y la importancia que tiene detectar poblaciones en riesgo durante la adolescencia, esta investigación apoya la sugerencia a los clínicos que consideren en la evaluación de pacientes con TDAH las características clínicas desadaptativas de personalidad, ya que existiría un subgrupo de mayor riesgo que probablemente requeriría intervenciones específicas.

En conclusión, dado que el TDAH es un trastorno altamente prevalente en la población infanto juvenil y que se han estudiado los efectos futuros que tiene en los pacientes que lo padecen, es importante considerar la presencia de comorbilidades, determinantes asociados a la salud mental y el desarrollo de características de personalidad en estos pacientes ya que podrían explicar complicaciones en el cuadro clínico que afecten su funcionamiento futuro.

En este estudio se encontró que la muestra de adolescentes consultantes con TDAH se diferencia significativamente, según la escala MACI, en algunos patrones de personalidad comparado con los parámetros poblacionales de adolescentes no consultantes y consultantes, tanto en hombres como en mujeres. Dentro de la muestra destaca un subgrupo de adolescentes, aproximadamente el 25%, con rasgos más desadaptativos de personalidad (Clúster 1) que requerirían intervenciones más especializadas y seguimiento más cercano de parte de los sistemas de salud. Entonces, el cuestionario MACI podría ser útil en detectar a estos grupos de adolescentes en riesgo de desarrollar trastornos de personalidad.

Futuras investigaciones podrían considerar la posibilidad del estudio de circuitos neuronales, funciones ejecutivas y control inhibitorio asociados a rasgos desadaptativos de la personalidad en adolescentes con TDAH lo que podría mediar en sus resultados académicos, aprendizaje y relaciones interpersonales.

Limitaciones

El presente estudio tiene varias limitaciones que influyen en la interpretación y generalización de los resultados.

La muestra no es aleatoria ni representativa de la población y el tamaño muestral es pequeño, lo que impide la generalización de los resultados. Además, se consideraron como parte de la muestra a adolescentes con comorbilidades, si bien el TDAH es altamente comórbido, para futuras investigaciones se podría comparar a grupos de adolescentes con TDAH con y sin comorbilidad. En este estudio la comorbilidad influyó en la pertenencia a los clústers sólo en el grupo de los hombres.

La muestra quedó finalmente constituida por pacientes referidos de dos centros de atención psiquiátrica. El reclutamiento de pacientes durante el tiempo estimado para esta investigación fue difícil ya que la CPU es un centro de alta complejidad donde frecuentemente el diagnóstico de TDAH es secundario y no supone la causa principal de las dificultades en el funcionamiento de estos pacientes, por lo que no eran derivados a este estudio por sus médicos tratantes. Para aumentar el tamaño de la muestra se podría haber reclutado pacientes cuyos psiquiatras tratantes no formaran parte del equipo de investigación. Pero debido a que la determinación del diagnóstico de TDAH, comorbilidad y presencia de ACEs implica la utilización de juicio clínico diagnóstico, se privilegió trabajar con pacientes referidos por psiquiatras pertenecientes al mismo equipo para mantener los consensos de evaluación clínica con los mismos criterios diagnósticos.

Referencias

- American Psychiatry Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5* (5 edition). Washington, D.C: American Psychiatric Publishing.
- Alarcón, P., Vinet, E., Salvo, S. (2005). Estilos de Personalidad y Desadaptación social durante la adolescencia. *Psykhe*. Vol 14(1), 3-16.
- Ato, A., López, J. and Benavente, A. (2013). Un Sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*. vol. 29(3 octubre), 1038-1059
- Barkley, R. A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63 Suppl 12, 10–15.
- Barkley, R. A. (2006a). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: Third Edition: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2006b). The Nature of ADHD. In *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment* (3rd ed.). New York: The Guilford Press.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192–202.
doi:10.1097/01.chi.0000189134.97436.e2
- Bernardi, S., Faraone, S. V., Cortese, S., Kerridge, B. T., Pallanti, S., Wang, S., & Blanco, C. (2012). The lifetime impact of attention deficit hyperactivity disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Psychological Medicine*, 42(4), 875–887. doi:10.1017/S003329171100153X
- Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., Bober, M., & Cadogan, E. (2004). Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biological Psychiatry*, 55(7), 692–700. doi:10.1016/j.biopsych.2003.12.003
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. E., Silva, J. M., Faraone, S. V. (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 36(2), 167–179.
doi:10.1017/S0033291705006410

- Biederman, J., Petty, C. R., Monuteaux, M. C., Fried, R., Byrne, D., Mirto, T., ... Faraone, S. V. (2010). Adult Psychiatric Outcomes of Girls With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: 11-Year Follow-Up in a Longitudinal Case-Control Study. *American Journal of Psychiatry*, *167*(4), 409–417. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09050736
- Blumentritt, T., & VanVoorhis, C. (2004). The Millon Adolescent Clinical Inventory: is it valid and reliable for Mexican American youth? *Journal of Personality Assessment*, *83*(1), 64–74. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8301_06
- Bouvard, M., Sigel, L., & Laurent, A. (2012). [A study of temperament and personality in children diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)]. *L'Encephale*, *38*(5), 418–425. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.01.004>
- Burket, R. C., Sajid, M. W., Wasiak, M., & Myers, W. C. (2005). Personality comorbidity in adolescent females with ADHD. *Journal of Psychiatric Practice*, *11*(2), 131–136.
- Cardenal, V., Sánchez, M. ^a. P., & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica Y Salud*, *18*(3), 305–324.
- Caspi, A., Roberts, B. W., & Shiner, R. L. (2005). Personality development: stability and change. *Annual Review of Psychology*, *56*, 453–484. doi:10.1146/annurev.psych.55.090902.141913
- Cohen, P. (2008). Child Development and Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *31*(3), 477–493. doi:10.1016/j.psc.2008.03.005
- Cohen, P., Crawford, T. N., Johnson, J. G., & Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *19*(5), 466–486. doi:10.1521/pedi.2005.19.5.466
- Costa, P., Patriciu, N., & McCrae, R. (2005). Lessons from longitudinal studies for new approaches to the DSM-V: the FFM and FFT. *Journal of Personality Disorders*, *19*(5), 533–539; discussion 594–596. doi:10.1521/pedi.2005.19.5.533
- Costa, P. T., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, *81*(2), 322–331.
- De la Barra, F. E. de la, Vicente, B., Saldivia, S., & Melipillan, R. (2013). Epidemiology of ADHD in Chilean children and adolescents. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, *5*(1), 1–8. doi:10.1007/s12402-012-0090-6

- De Bolle, M., De Fruyt, F., McCrae, R. R., Löckenhoff, C. E., Costa, P. T., Aguilar-Vafaie, M. E., ... Terracciano, A. (2015). The Emergence of Sex Differences in Personality Traits in Early Adolescence: A Cross-Sectional, Cross-Cultural Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *108*(1), 171–185. <https://doi.org/10.1037/a0038497>
- Donnellan, M. B., Conger, R. D., & Burzette, R. G. (2007). Personality development from late adolescence to young adulthood: differential stability, normative maturity, and evidence for the maturity-stability hypothesis. *Journal of Personality*, *75*(2), 237–263. doi:10.1111/j.1467-6494.2007.00438.x
- Distel, M. A., Carlier, A., Middeldorp, C. M., Derom, C. A., Lubke, G. H., & Boomsma, D. I. (2011). Borderline personality traits and adult attention-deficit hyperactivity disorder symptoms: a genetic analysis of comorbidity. *American Journal of Medical Genetics. Part B, Neuropsychiatric Genetics: The Official Publication of the International Society of Psychiatric Genetics*, *156B*(7), 817–825. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.31226>
- Faraone, S. V., Kunwar, A., Adamson, J., & Biederman, J. (2009). Personality traits among ADHD adults: implications of late-onset and subthreshold diagnoses. *Psychological Medicine*, *39*(4), 685–693. doi:10.1017/S0033291708003917
- Ferrer, M., Andiön, O., Matalí, J., Valero, S., Navarro, J. A., Ramos-Quiroga, J. A., ... Casas, M. (2010). Comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder in borderline patients defines an impulsive subtype of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *24*(6), 812–822. doi:10.1521/pedi.2010.24.6.812
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A. M., Edwards, V., Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*(4), 245–258.
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2013). Improving the adverse childhood experiences study scale. *JAMA Pediatrics*, *167*(1), 70–75. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.420>
- Gabriel, K. R. (1971). The biplot graphic display of matrices with application to principal component analysis. *Biometrika*, *58*(3), 453–467. <https://doi.org/10.1093/biomet/58.3.453>
- Gomez, R., Corr., P.J. (2014). ADHD and personality: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* *ul;34*(5):376-88. doi: 10.1016/j.cpr.2014.05.002

- Guile, J. M., & Greenfield, B. (2004). Introduction Personality Disorders in Childhood and Adolescence. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 13(3), 51–52.
- Jacob, C. P., Gross-Lesch, S., Reichert, S., Geissler, J., Jans, T., Kittel-Schneider, S., ... Lesch, K.-P. (2014). Sex- and Subtype-Related Differences of Personality Disorders (Axis II) and Personality Traits in Persistent ADHD. *Journal of Attention Disorders*. doi:10.1177/1087054714521293
- Johnson, J. G., Cohen, P., Skodol, A. E., Oldham, J. M., Kasen, S., & Brook, J. S. (1999). Personality disorders in adolescence and risk of major mental disorders and suicidality during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56(9), 805–811.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Smailes, E., Kasen, S., Oldham, J. M., Skodol, A. E., & Brook, J. S. (2000). Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood. *The American Journal of Psychiatry*, 157(9), 1406–1412.
- Kent, K. M., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., Sibley, M. H., Waschbusch, D. A., Yu, J., ... Karch, K. M. (2011). The Academic Experience of Male High School Students with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(3), 451–462. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9472-4>
- Kieling, C., Goncalves, R. R. F., Tannock, R., & Castellanos, F. X. (2008). Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 285–307. doi:10.1016/j.chc.2007.11.012
- Klonsky, E. D., Jane, J. S., Turkheimer, E., & Oltmanns, T. F. (2002). Gender Role and Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 16(5), 464–476.
- Larraguibel, M. (2012). Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad. en *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia* (2nd ed.). Santiago de Chile: Mediterraneo.
- Loe, I. M., & Feldman, H. M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Ambulatory Pediatrics: The Official Journal of the Ambulatory Pediatric Association*, 7(1 Suppl), 82–90. <https://doi.org/10.1016/j.ambp.2006.05.005>
- Mannuzza, S., Klein, R. G., Bessler, A., Malloy, P., & LaPadula, M. (1998). Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. *The American Journal of Psychiatry*, 155(4), 493–8.

- Mannuzza, S., Klein, R. G., & Moulton, J. L. (2008). Lifetime criminality among boys with ADHD: a prospective follow-up study into adulthood using official arrest records. *Psychiatry Research, 160*(3), 237–246. doi:10.1016/j.psychres.2007.11.003
- Martel, M. M., & Nigg, J. T. (2006). Child ADHD and personality/temperament traits of reactive and effortful control, resiliency, and emotionality. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 47*(11), 1175–1183. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01629.x
- Martel, M. M., Nigg, J. T., & Lucas, R. E. (2008). Trait Mechanisms in Youth with and without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Research in Personality, 42*(4), 895–913. doi:10.1016/j.jrp.2007.12.004
- Martínez Ortega, Y., Bosch Munsó, R., Gomà-i-Freixanet, M., Valero Ventura, S., Ramos-Quiroga, J. A., Nogueira, M., & Casas Brugué, M. (2010). Variables Diferenciales de Personalidad en los Subtipos de TDAH en la edad adulta. *Psicothema, 22*(2), 236–241.
- Matthies, S., & Philipsen, A. (2016). Comorbidity of Personality Disorders and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)--Review of Recent Findings. *Current Psychiatry Reports, 18*(4), 33. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0675-4>
- Matthies, S., Van Elst, L. T., Feige, B., Fischer, D., Scheel, C., Krogmann, E., ... Philipsen, A. (2011). Severity of childhood attention-deficit hyperactivity disorder--a risk factor for personality disorders in adult life? *Journal of Personality Disorders, 25*(1), 101–114. doi:10.1521/pedi.2011.25.1.101
- May, B., & Bos, J. (2000). Personality Characteristics of ADHD Adults Assessed With the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II: Evidence of Four Distinct Subtypes. *Journal of Personality Assessment, 75*(2), 237–248. doi:10.1207/S15327752JPA7502_5
- McGough, J. J., Smalley, S. L., McCracken, J. T., Yang, M., Del'Homme, M., Lynn, D. E., & Loo, S. (2005). Psychiatric Comorbidity in Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Findings From Multiplex Families. *American Journal of Psychiatry, 162*(9), 1621–1627. doi:10.1176/appi.ajp.162.9.1621
- McKinney, A. A., Canu, W. H., & Schneider, H. G. (2013). Distinct ADHD Symptom Clusters Differentially Associated With Personality Traits. *Journal of Attention Disorders, 17*(4), 358–366. doi:10.1177/1087054711430842

- Michielsen, M., Comijs, H. C., Smeijjn, E. J., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H., & Kooij, J. J. S. (2014). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Personality Characteristics in Older Adults in the General Dutch Population. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*. doi:10.1016/j.jagp.2014.02.005
- Miller, C. J., Flory, J. D., Miller, S. R., Harty, S. C., Newcorn, J. H., & Halperin, J. M. (2008). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and the emergence of personality disorders in adolescence: a prospective follow-up study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(9), 1477–1484.
- Millon, T. (1987). Millon Clinical Multiaxial Inventory: II (MCMI-II) manual. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, T. (1993). The Millon Adolescent Personality Inventory and the Millon Adolescent Clinical Inventory. *Journal of Counseling & Development*, 71, 570.
- Millon, T. (1998). *Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV* (1st ed.). Barcelona: Masson.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2006). *Trastornos de la Personalidad en la Vida Moderna* (2nd ed.). Barcelona: Masson.
- Olsen, J. L., Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Wender, P. H., & Robison, R. J. (2012). The effect of personality disorder symptoms on response to treatment with methylphenidate transdermal system in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Primary Care Companion to CNS Disorders*, 14(5). doi:10.4088/PCC.12m01344
- Philipsen, A. (2006). Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256 Suppl 1, i42-46. <https://doi.org/10.1007/s00406-006-1006-2>
- Pi Davanzo, M. (2014). Experiencias Tempranas de Estrés Psicosocial en la Niñez y Adolescencia y la Asociación con Salud General y Salud Mental. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. December.
- Pinto, M., & Grilo, C. M. (2004). Reliability, diagnostic efficiency, and validity of the Millon adolescent clinical inventory: examination of selected scales in psychiatrically

- hospitalized adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 42(12), 1505–1519.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.10.006>
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942–948. doi:10.1176/appi.ajp.164.6.942
- Purper-Ouakil, D., Cortese, S., Wohl, M., Aubron, V., Orejarena, S., Michel, G., Gorwood, P. (2010). Temperament and character dimensions associated with clinical characteristics and treatment outcome in attention-deficit/hyperactivity disorder boys. *Comprehensive Psychiatry*, 51(3), 286–292. doi:10.1016/j.comppsy.2009.08.004
- Ramos Olazagasti, M. A., Klein, R. G., Mannuzza, S., Belsky, E. R., Hutchison, J. A., Lashua-Shriftman, E. C., & Castellanos, F. X. (2013). Does childhood attention-deficit/hyperactivity disorder predict risk-taking and medical illnesses in adulthood? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(2), 153–162.e4. doi:10.1016/j.jaac.2012.11.012
- Ramiro, L., Madrid, B., & Brown, D. (2010). Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse & Neglect*, 34(11), 842–855. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.02.012>
- Ranseen, J. D., Campbell, D. A., & Baer, R. A. (1998). NEO PI-R profiles of adults with attention deficit disorder. *Assessment*, 5(1), 19–24.
- Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Williams, E. D., Strong, R. E., Halls, C., & Soni, P. (2010). Personality disorders in ADHD Part 3: Personality disorder, social adjustment, and their relation to dimensions of adult ADHD. *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, 22(2), 103–112.
- Robb, J., Sibley, M., Pelham, W., Foster, E., Molina, B., Gnagy, E., & Kuriyan, A. (2011). The Estimated Annual Cost of ADHD to the U.S. Education System. *School Mental Health*, 3(3), 169–177. <https://doi.org/10.1007/s12310-011-9057-6>
- Rucklidge, J. J. (2010). Gender differences in attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 357–373.
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.01.006>

- Salgado, C., Bau, C., Grevet, E., Fischer, A., Victor, M., Kalil, K., Belmonte-de-Abreu, P. (2009). Inattention and hyperactivity dimensions of ADHD are associated with different personality profiles. *Psychopathology*, *42*(2), 108–112. doi:10.1159/000203343
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Stout, R. L. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *Journal of Personality Disorders*, *19*(5), 487–504. doi:10.1521/pedi.2005.19.5.487
- Storebø, O. J., & Simonsen, E. (2016). The Association Between ADHD and Antisocial Personality Disorder (ASPD): A Review. *Journal of Attention Disorders*, *20*(10), 815–824. <https://doi.org/10.1177/1087054713512150>
- Storebø, O. J., & Simonsen, E. (2014). Is ADHD an early stage in the development of borderline personality disorder? *Nordic Journal of Psychiatry*, *68*(5), 289–295. <https://doi.org/10.3109/08039488.2013.841992>
- Taurines, R., Schmitt, J., Renner, T., Conner, A. C., Warnke, A., & Romanos, M. (2010). Developmental comorbidity in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, *2*(4), 267–289. doi:10.1007/s12402-010-0040-0
- Taylor, E., & Sonuga-Barke, E. (2008). Disorders of Attention and Activity. In *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5th ed.). Singapore: Blackwell.
- TEA Ediciones. (2004). *MACI Inventario Clínico para Adolescentes de Millón. Manual*. Adaptación española de Gloria Aguirre Llagostera. Madrid.
- Van Dijk, F. E., Lappenschaar, M., Kan, C. C., Verkes, R. J., & Buitelaar, J. K. (2012). Symptomatic overlap between attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder in women: the role of temperament and character traits. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(1), 39–47. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.02.007>
- Vicente, B., Navas, L., Belmar, M., & Holgado, F. P. (2010). Análisis de la escala para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en población escolar Chilena. *Revista Médica de Chile*, *138*(12), 1502–1509. doi:10.4067/S0034-98872010001300005

- Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., & Kohn, R. (2012a). [Prevalence of psychiatric disorders among Chilean children and adolescents]. *Revista médica de Chile*, 140(4), 447–457. doi:10.1590/S0034-98872012000400005
- Vicente, B., Saldivia, S., de la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., & Kohn, R. (2012b). Salud Mental Infanto - Juevenil en Chile y Brechas de Atención Sanitarias. *Revista Médica de Chile*, 140, 447–457.
- Vinet, E. & Alarcón, P. (2003). El Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI) en la evaluación de adolescentes chilenos. *Psykhé*, 12(1), 39-55.
- Vinet, E. & Alarcón, P. (2009). Caracterización de personalidad de mujeres adolescentes infractoras de ley: un estudio comparativo. *Paideia*. Vol. 19 (43), 143 – 152.
- Vinet, E., Alarcón, P., Pérez-Luco, R. (2010). Detección y descripción de rasgos psicopáticos en adolescentes utilizando el MACI. *Univ. Psychol.* Vol 10(3), 705-719.
- Vinet, E., Barrera-Herrera, A., Salinas-Oñate, N. (2014). El MACI en Chile: desarrollo culturalmente pertinente de un test para adolescentes. *RIDEP*, 37, Vol. 1, 123 – 145.
- Vinet, E., Faúndez, X., Larraguibel, M. (2009). Adolescentes con trastorno por consumo de sustancias: una caracterización a través de las normas chilenas del MACI. *Rev. Med. Chile*. 137, 466-474.
- Vinet, E., Forns, M. (2005). Adolescentes no consultants en riesgo: una evaluación a través del MACI. *Anuario de Psicología*. Vol 36 (1), 83-97.
- Vinet, E. (2006). Definición de las Escalas MACI y estadísticos descriptivos de referencia. Proyecto DIDUFRO 120612. Universidad de la Frontera. 1-6.
- Vinet, E., Forns, M. (2006). El inventario clínico para adolescentes de Millon (MACI) y su capacidad para discriminar entre población general y clínica. *Psykhé*. Vol 15(2), 69-80.
- Vinet, E. & Forns i Santacana, M. (2008). Normas Chilenas para el MACI: Una Integración de Criterios Catoriales y Dimensionales. *Terapia Psicológica*, 26(2), 151-163.
- Vinet, E. & Forns i Santacana, M. (2009). Validación de los Puntajes de Corte del MACI a través de las Escalas Clínicas del MMPI-A. *Psykhé (Santiago)*, 18(1), 11–25. doi:10.4067/S0718-22282009000100002
- Vinet, E., González, M. E., Alarcón, P., Pérez, V. & Díaz, A. (2001). *Personalidad y psicopatología en adolescentes: Perfiles diferenciales en tres muestras chilenas y estudio*

de validez transcultural de los instrumentos utilizados. Proyecto FONDECYT N° 1010514, Universidad de La Frontera, Temuco.

Weisberg, Y. J., DeYoung, C. G., & Hirsh, J. B. (2011). Gender Differences in Personality across the Ten Aspects of the Big Five. *Frontiers in Psychology, 2*.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00178>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2005). The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders, 19*(5), 505–523.

doi:10.1521/pedi.2005.19.5.505

Anexos

A. Descripción Escalas del MACI

B. Maci

C. Ficha de Registro de determinantes asociados a salud mental, trastornos comórbidos y uso de fármacos

D. Aprobación comité de ética

E. Asentimiento y consentimiento

Anexo A. Descripción de las Escalas MACI

Universidad de La Frontera Año 1 - 2006
Proyecto DIDUFRO 120612

Definición de las escalas MACI y estadísticos descriptivos de referencia

Eugenia V. Vinet

El MACI es un instrumento complejo que intenta dimensionar y evaluar la personalidad adolescente en tres grandes ámbitos integrados en las Escalas Clínicas (Patrones de la Personalidad, Preocupaciones Expresadas y Síndromes Clínicos) y un área más pequeña compuesto por tres escalas modificadoras.

A continuación, se realiza una breve descripción de las Escalas Clínicas y, además, se adjunta una tabla (Tabla 1) con los puntajes medios de adolescentes hombres y mujeres de 13 a 19 años pertenecientes a una población normal. Su propósito es que Ud. cuente con un referente para comprender puntuaciones individuales de los sujetos evaluados.

A. Patrones de Personalidad.

Las 12 escalas de Patrones de Personalidad del MACI reflejan la forma en que los rasgos y características de personalidad se combinan para constituir prototipos. Los fundamentos teóricos de éstos han sido desarrollados a través de diversas publicaciones de T. Millon siendo las más recientes las escritas con la coautoría de R. Davis (Millon & Davis, 1998; 2001) en las que se integran los elementos desarrollados inicialmente en el modelo biosocial con los del actual modelo evolutivo de la personalidad.

Escala 1: Introverso.

Los adolescentes introvertidos experimentan escaso placer o dolor que motive sus conductas. Tienden a ser apáticos, distantes y retraídos socialmente. Las emociones y necesidades de afecto son mínimas y funcionan como observadores pasivos, indiferentes a las recompensas, el afecto y a las demandas derivadas de las relaciones interpersonales. No parecen interesarse en el disfrute personal y evidencian escasa incomodidad cuando se enfrentan con dificultades personales o discordias sociales. Existiría un déficit en ambos extremos de la polaridad placer-dolor que constituiría la base de este estilo.

Escala 2A: Inhibido.

Estos adolescentes presentan una disminuida capacidad para experimentar placer, unida a una especial capacidad para anticipar el dolor psíquico y una gran sensibilidad frente a él. Ellos esperan que la vida resulte dolorosa, con pocas recompensas y la enfrentan con angustia y aprehensión. Además, estos sujetos son reservados y aislados socialmente y tienden a caer en situaciones que favorecen su propia alienación.

Escala 2B: Afligido.

Estos adolescentes, denominados “pesimistas” en la versión española del MACI, parecen haber experimentado una pérdida significativa que los lleva a experimentar una sensación de abandono y pérdida de la esperanza de poder encontrar la alegría con renuncia y falta de confianza en el futuro. Experimentan el dolor permanentemente y no consideran el placer como una posibilidad.

Escala 3: Sumiso.

Estos adolescentes han aprendido que el sentirse bien, seguros y confiados (sentimientos asociados con el placer o la evitación del dolor) provienen casi exclusivamente de su relación con otros. En sus comportamientos estos adolescentes muestran una fuerte necesidad de apoyo externo y de atención, sintiendo malestar, tristeza y ansiedad si experimentan carencia de atención y cuidados. Han aprendido, además, a esperar pasivamente a que los otros tomen la iniciativa para entregarles seguridad y sostén, aceptando en forma pasiva lo que las circunstancias les aporten.

Escala 4: Dramatizador.

Estos adolescentes tienen una postura de dependencia activa. Alcanzan sus objetivos a través de las maniobras de manipulación, seducción, gregarismo y de la obtención de atención. A menudo tienen una insaciable y a veces indiscriminada necesidad de estimulación y afecto. Tienen un comportamiento social que da la apariencia de confianza interna y de una independiente seguridad en sí mismos. Sin embargo, detrás de esta imagen, yace temor a una genuina autonomía y una necesidad de constantes señales de aceptación y aprobación.

Escala 5: Egoísta.

Estos jóvenes exhiben una confianza primordial en sí mismos en desmedro de los otros. Han aprendido que el máximo placer y mínimo dolor son alcanzados volcándose, exclusivamente, hacia sí mismos. Tienen una imagen altamente valorada de sí mismos, aprendida en gran parte como respuesta a unos padres que los admiran y los complacen. Despliegan confianza, narcisismo, arrogancia y un explosivo egocentrismo en el contexto social. Asumen que los demás deben reconocer que ellos son especiales y los explotan para su propio beneficio.

Escala 6A: Transgresor.

Estos adolescentes son rebeldes e incurren en conductas hostiles, displicentes e ilegales, a través de las cuales buscan contrarrestar de forma anticipada el engaño y el desprecio de los otros. Son escépticos respecto a los motivos de los demás; desean autonomía y buscan venganza por lo que sienten como injusticias pasadas. Muchos de ellos son irresponsables e impulsivos y se justifican a sí mismos juzgando a los otros como poco confiables y desleales. La insensibilidad y rudeza hacia los otros son los medios primarios que han aprendido a usar para enfrentar lo que ellos ven como abuso o victimización.

Escala 6B: Poderoso.

Estos adolescentes, denominados “rudos” en la versión española del test experimentan placer al humillar, controlar, intimidar y abusar de otros; tomando un rol activo en éstas conductas. Sienten placer con conductas que violan los derechos y sentimientos de los demás. Generalmente, son hostiles y combativos. Reflejan por una parte una estructura disonante en la polaridad dolor-placer y por otra, el carácter conflictivo de sus relaciones interpersonales.

Escala 7: Conformista.

Estos adolescentes son prudentes, controlados y perfeccionistas; conductas que derivan de un conflicto entre la agresión reprimida hacia otros y el miedo y la vergüenza a la desaprobación social. Resuelven este conflicto suprimiendo el resentimiento, conformándose y soportando altas demandas de los demás. Estos jóvenes anulan sus propios sentimientos y deseos para adoptar los valores y preceptos de los demás. La ambivalencia les provoca tensión física y rígidos controles psicológicos.

Escala 8 A: Oposicionista.

Estos adolescentes presentan un conflicto entre la orientación hacia sí mismos y los otros comportándose de manera obediente en algunos casos y desafiante en otros. Estos adolescentes se involucran en discusiones interminables experimentando malestar al sentirse fluctuar entre la deferencia y la obediencia por una parte y el negativismo desafiante y agresivo por otra; de este modo despliegan en sus conductas un patrón errático de rabia explosiva y testarudez que se entremezcla con culpa y vergüenza.

Escala 8B: Autodegradante.

En estos adolescentes, al igual que en los “poderosos”, existe una inversión de la polaridad placer-dolor. Son jóvenes que interpretan los eventos y se ajustan a sus roles sociales, de manera muy particular, haciendo asociaciones inusuales entre emociones y hechos. De éste modo, pueden preferir el dolor antes que el placer, y permitir o incluso incitar a otros para que éstos los exploten. También creen que merecen ser avergonzados y/o inculcados. Lo anterior se agrava con pensamientos propios de autodegradación, aceptación de culpas y exageración de eventos pasados.

Escala 9: Tendencia Limítrofe.

Este prototipo corresponde a una orientación emocionalmente disfuncional que dificulta la adaptación por su ambivalencia. Los adolescentes con estas características tienen conflictos en los polos de placer-dolor, activo-pasivo y sí mismo-otros. Son incapaces de equilibrarse, pasando de un extremo a otro de estas polaridades. Experimentan intensos períodos de apatía, arranques de rabia, ansiedad, euforia y autoagresión. Todos estos estados son lábiles e inestables. Además, estos jóvenes tienen dificultades para mantener un sentido de identidad consistente y en las relaciones interpersonales muestran una ambivalencia cognitiva y afectiva, con sentimientos de rabia, amor y culpa hacia los demás que se dan en forma simultánea, denotando un bajo grado de cohesión a nivel psíquico.

B. Preocupaciones Expresadas.

Las ocho escalas que conforman esta área están relacionadas con sentimientos y actitudes que suelen presentar los adolescentes con respecto a los diversos ámbitos en los cuales se producen transformaciones durante la adolescencia. Sus denominaciones enfatizan el polo problemático de la escala.

Escala A: Difusión de la Identidad.

Está relacionada con la transición desde identidad infantil a la adulta, la cual puede ser caótica y problemática. Para facilitar la transición y un desarrollo efectivo de la identidad deben existir relaciones satisfactorias entre padres e hijos y modelos competentes del rol de propio sexo. Sin embargo, pueden surgir circunstancias que llevan a una incrementada dificultad y una inhabilidad por parte del adolescente para desarrollar una identidad madura sintiendo los cambios como abrumadores y no deseables y por lo tanto, deteniendo el desarrollo en una etapa de confusión e incomodidad.

Escala B: Autodevaluación.

Esta escala se focaliza en la dolorosa disparidad que existe entre el sí mismo del adolescente y los ideales que el había considerado en su niñez, generalmente muy cercanos a la imagen ideal de sus padres. Al constatar la diferencia se inicia el proceso de desarrollo de la propia identidad el cual continúa en la adolescencia tardía, donde generalmente existe mayor comodidad y aceptación de sí mismo. La satisfacción o insatisfacción consigo mismo puede llegar a ser un indicador altamente personal de felicidad en este período. Más tarde, con la madurez, los adolescentes aprenden a no culpar a otros por sus propias dificultades.

Escala C: Desaprobación Corporal.

El crecimiento rápido de la pubertad que afecta a la sexualidad y crea cambios físicos significativos en cuanto a la configuración, forma y atractivo provoca en el adolescente un proceso de auto-examen, juicio e integración de la apariencia física e imagen corporal que es evaluado en esta escala. Este proceso está fuertemente afectado por las reacciones de los otros generando sensaciones subjetivas de escaso atractivo que pueden complicar otros aspectos de la adaptación del adolescente (baja autoestima, relaciones con pares). Las actitudes negativas de la familia pueden crear e intensificar la insatisfacción de la imagen facial y corporal, incluso entre adolescentes que están experimentando los cambios normales del crecimiento.

Escala D: Incomodidad Sexual.

Con respecto a la sexualidad, los adolescentes enfrentan la tarea de reconciliar creencias aprendidas anteriormente en el seno de la familia con las nuevas y fuertes connotaciones que tiene su despertar sexual. Este proceso supone la capacidad de desarrollar una imagen de persona con impulsos sexuales que son capaces de expresarse y de proporcionar placer. La habilidad de integrar los impulsos sexuales en el marco de la imagen de uno mismo, permitirá un comportamiento y una sensación distinta acerca de las relaciones sexuales. Esta escala evalúa la facilidad o dificultad que presenta el adolescente para integrar sus impulsos sexuales emergentes

con las actitudes parentales, las creencias culturales y el impacto de los pares, todo lo cual contribuye a la sexualidad y a su aceptación o rechazo.

Escala E: Inseguridad Grupal.

Esta escala mide el grado en que el adolescente tiene éxito para encontrar una posición cómoda y satisfactoria en su grupo de pares. Los adolescentes parecen usar el grupo de pares para equilibrar sus necesidades de dependencia con sus aspiraciones de independencia siendo los iguales una fuente de apoyo que permite distanciarse de los valores y la dominación parental. En la medida en que la autoconfianza y la autoconciencia crecen, la mayoría de los adolescentes comienzan a hacer elecciones al interior del grupo de pares para desarrollar amistades más cercanas y apoyar los valores que ellos han comenzado a adherir. En el caso de los adolescentes con baja autoestima, este proceso cursa con dificultad ya que esperan rechazo, y a menudo permanecen tímidos y como observadores pasivos de la vida, sin lograr confianza en sí mismos y mayor autonomía.

Escala F: Insensibilidad Social.

En el ámbito social, la familia inculca desde muy temprano una serie de valores relativos al comportamiento adecuado en relación a otros. Esta escala evalúa Esta área en términos de una insensibilidad personal o indiferencia generalizada hacia los sentimientos y reacciones de los otros. Los adolescentes que poseen esta actitud aparecen incommovibles ante la necesidad de reciprocidad en las relaciones sociales y pueden elegir el aislamiento, la apatía o la insensibilidad, presentando una vida interpersonal disminuida o una disposición a pasar por encima de aquellos que están en su camino.

Escala G: Discordia Familiar.

Esta escala se focaliza en la relación del adolescente con su familia, junto con la percepción de lo que debería ser idealmente; considera los sentimientos del adolescente y sus percepciones, y no necesariamente lo que ocurre en la realidad. La resolución de los conflictos en el ámbito familiar a menudo representa la lucha interna del propio adolescente entre dependencia e independencia. De este modo, la percepción de discordia familiar dependerá tanto de la intensidad de las batallas internas de cada adolescente como de las reacciones parentales hacia esfuerzos de autonomía de joven.

Escala H: Abuso Infantil.

Los adolescentes víctimas de abusos, exhiben una amplia variedad de psicopatología adolescente y adulta, incluyendo problemas sexuales, aislamiento social, confusión de rol, abuso de sustancias, autoestima pobre, depresión e intentos de suicidio, síntomas disociativos y características de personalidad agresiva y limítrofe. Esta escala fue diseñada para descubrir victimización y abusos en el pasado del adolescente. Debe plantearse que a pesar de estar basada en criterios clínicos de apoyo, esta escala mide las percepciones del adolescente y el recuerdo de estos acontecimientos y no afirma necesariamente la realidad de estas experiencias.

C. Síndromes Clínicos

Este grupo de siete escalas se relaciona con trastornos relativamente específicos que suelen presentarse con una alta prevalencia en el curso de la adolescencia. Habitualmente se destacan como comportamientos, pensamientos o sentimientos relativamente llamativos que indican la necesidad de ayuda profesional y son el foco inicial del tratamiento.

Escala AA: Disfunciones de la Alimentación.

Los trastornos de la alimentación, anorexia nerviosa y bulimia, pueden presentarse durante la adolescencia sin un precipitante manifiesto. La escala de disfunciones alimentarias está orientada a detectar una preocupación excesiva por el cuerpo y el peso junto a síntomas específicos. La anorexia fue identificada a fines del siglo XIX como una disfunción psicológica mayor que puede llevar a la muerte a los adolescentes que la sufren; la bulimia, por su parte, es un desorden relativamente moderno, que incluye atracones de comida, vómitos y purgaciones. Ambos desórdenes pueden presentarse simultáneamente.

Escala BB: Tendencia hacia el Abuso de Sustancias.

Aparentemente el consumo de alcohol y drogas se ha incrementado en las últimas décadas en la población adolescente acentuando la necesidad de saber quiénes usan drogas, por qué lo hacen, en qué edades y qué trayectorias siguen. La escala de abuso de sustancias busca comprender las causas del abuso de sustancias y de qué le sirve a un adolescente con un determinado patrón de la personalidad.

Escala CC: Predisposición a la Delincuencia.

Los adolescentes con problemas usualmente expresan su estrés exhibiendo conductas problemáticas en sus familias y con sus amigos y profesores. Estos adolescentes consiguen la atención de los demás mediante el malestar que infringen a otros y su indiferencia por las limitaciones que les impone la sociedad. La impulsividad es una característica central que comparten los adolescentes que incurren en el comportamiento delictivo, que los lleva a no preocuparse de las consecuencias de sus actos. La escala busca evaluar conductas específicas que llevan a los adolescentes a situaciones donde los derechos de otros son vulnerados.

Escala DD: Tendencia a la Impulsividad.

A medida que los adolescentes comienzan a ser cada vez más autónomos sienten la necesidad y el derecho de comportarse y expresarse según el nuevo sistema de valores que están construyendo. Estas nuevas conductas a veces no son lo que espera la sociedad y son percibidas como un cambio inoportuno por el mundo adulto el cual establece líneas claras que separan lo que es aceptable o no. El foco de esta escala son las conductas de los adolescentes que son consideradas fuera de los límites aceptables para la sociedad y la familia y que son calificadas como “excesos” de los adolescentes en éste proceso de crecimiento.

Escala EE: Sentimientos de Ansiedad.

La ansiedad es una emoción universal; sin embargo, se considera como un serio desorden psicológico si ocurre frecuentemente, persiste por largos períodos de tiempo o no puede ser explicada por estresores psicosociales objetivos, desbordando la capacidad del individuo para relacionarse y funcionar adecuadamente. Los adolescentes ansiosos suelen mostrarse aprehensivos, fóbicos, tensos, indecisos, inquietos. Además, tienden a quejarse de una variedad de síntomas físicos como rigidez, excesiva transpiración, dolores musculares y náuseas. La mayoría exhibe un estado generalizado de tensión, manifestado en la incapacidad para relajarse, inquietud motora e hipersensibilidad a los estímulos. Todos estos elementos son evaluados a través de la escala de ansiedad.

Escala FF: Afecto Depresivo.

La mayoría de los adolescentes depresivos se mantienen involucrados en la vida diaria, pero están preocupados con sentimientos de culpa, falta de iniciativa, baja autoestima y auto-depreciación.

Durante estos períodos de abatimiento puede haber accesos de llanto, ideación suicida, actitud pesimista, cambios del apetito, fatiga crónica, poca concentración y pérdida de interés en actividades placenteras. A menos que ésta escala esté notablemente elevada, no hay probabilidad de que exista un trastorno depresivo mayor.

Escala GG: Tendencia Suicida.

Existe un continuo gradual que va desde pensamientos acerca de autolesionarse, pasando por ideación suicida al suicidio real. En general, las acciones suicidas impulsivas son infrecuentes, sin embargo, ellas ocurren en adolescentes que han tenido dificultades familiares y/o problemas al terminar una relación significativa. Los sentimientos de aislamiento emocional, falta de redes de apoyo social y un sentido de alienación de los pares, parecen ser las principales variables involucradas en la tentativa de suicidio adolescente. Cualquier elevación en ésta escala debería ser tomada seriamente.

Anexo B. MACI.

Nombre:

Colegio:

Edad:

Curso:

Rut:

MACI

Inventario Clínico para Adolescentes de Millon

En este cuadernillo te presentamos una serie de frases que los jóvenes usan para describirse a sí mismos. Se presentan aquí para ayudarte a describir tus sentimientos y actitudes.

Al responder trata de hacerlo del modo más serio y honesto posible

No te preocupes si algunas frases te parecen poco comunes, divertidas o extrañas; se han incluido para describir diferentes tipos de problemas que los jóvenes puedan tener.

Cuando decidas que la frase **describe tu situación personal**, o **estás de acuerdo** escribe la letra V para indicar que es verdadera.

Si decides que la frase **no describe tu situación personal**, o **estás en desacuerdo** escribe la letra F para indicar que es falsa

Ejemplo de frases

1 V Me gusta salir a pasear

2 F Siempre me levanto muy tarde.

Comienza leyendo cada frase, una a una y trata de responder a todas, aun cuando no estés muy seguro de tu decisión. Si lo has intentado, pero no puedes decidirte, entonces responde la frase escribiendo la letra F (Falsa)

Si te equivocas o deseas cambiar alguna respuesta, borra completamente lo que quieras cambiar y escribe nuevamente la letra correspondiente.

Si tienes dudas o deseas que te expliquen una palabra o frase, no dudes, **pide ayuda**

Gracias por tu colaboración

Recuerda:

Procura responder a todas las frases.

Trabaja lo más rápido posible, según tu ritmo

No hay tiempo límite.

V o F Escribe la letra correspondiente en el casillero en blanco

- 1 ___ Preferiría seguir a alguien antes que ser un líder.
- 2 ___ Estoy bastante seguro (a) de saber quién soy y qué quiero en la vida
- 3 ___ Yo no necesito tener amistades cercanas como otros chicos.
- 4 ___ Frecuentemente me desagrada hacer cosas que otros esperan de mí.
- 5 ___ Hago lo mejor que puedo para no herir los sentimientos de los demás.
- 6 ___ Puedo contar con que mis padres me entiendan.
- 7 ___ Algunas personas piensan que soy un poco presumido (a).
- 8 ___ Pase lo que pase, nunca consumiría drogas.
- 9 ___ Siempre trato de hacer lo que es correcto.
- 10 ___ Me gusta como me veo.
- 11 ___ Aunque me dan ataques incontrolables de hambre en los que como muchísimo, odio el peso que subo.
- 12 ___ Casi nada de lo que pasa parece hacerme sentir feliz o triste.
- 13 ___ Parece que tengo un problema para llevarme bien con otros adolescentes.
- 14 ___ Me siento muy avergonzado (a) contándole a la gente cómo fui abusado (a) cuando niño (a).
- 15 ___ Nunca he hecho algo por lo cual me pudieran haber arrestado
- 16 ___ Pienso que todos estarían mejor si yo estuviera muerto (a)
- 17 ___ Algunas veces, cuando estoy lejos de casa, comienzo a sentirme tenso (a) y con pánico.
- 18 ___ Generalmente actúo rápido, sin pensar
- 19 ___ Supongo que soy un (a) quejumbroso (a) que espera que suceda lo peor.
- 20 ___ No es raro sentirse solo (a) y no querido (a)

- 21 ___ El castigo nunca me detuvo para hacer lo que yo quería
- 22 ___ Parece que el deber a sido un problema para varios miembros de mi familia.
- 23 ___ Me gustaría seguir instrucciones y hacer lo que otros esperan de mí.
- 24 ___ Parece que encajo bien con cualquier grupo nuevo de chicos que conozco
- 25 ___ Muy poco de lo que he hecho a sido apreciado por otros.
- 26 ___ Odio el hecho de no tener ni la apariencia ni la inteligencia que desearía.
- 27 ___ Me gusta estar en casa.
- 28 ___ A veces asusto a otros chicos para que hagan lo que yo quiero.
- 29 ___ Aunque la gente me dice que estoy delgado (a), yo me siento con sobrepeso
- 30 ___ Cuando tomo unos tragos me siento más seguro (a) de mí mismo (a)
- 31 ___ La mayoría de la gente es más atractiva que yo.
- 32 ___ Frecuentemente temo desmayarme o sentir pánico cuando estoy en una multitud.
- 33 ___ A veces me fuerzo a vomitar después de comer mucho.
- 34 ___ Frecuentemente me siento como “flotando “, como perdido (a) en la vida.
- 35 ___ Parece que no le caigo bien la mayoría de los adolescentes.
- 36 ___ Cuando puedo escoger, prefiero hacer las cosas solo (a).
- 37 ___ Involucrarse en los problemas de los demás es una pérdida de tiempo
- 38 ___ Frecuentemente siento que los demás no quieren ser amistosos conmigo.
- 39 ___ No me importa mucho lo que otros chicos piensen de mí.
- 40 ___ Solía quedar tan drogado (a) que no sabía lo que estaba haciendo.

- 41 ___ No me molesta decirle a la gente algo que no le gustaría escuchar.
- 42 ___ Veo que estoy muy lejos de lo que en realidad me gustaría hacer.
- 43 ___ Las cosas en mi vida van de mal en peor.
- 44 ___ Tan pronto como tengo el impulso de hacer algo, lo hago.
- 45 ___ Nunca he sido llamado (a) “delincuente juvenil”.
- 46 ___ Frecuentemente yo soy mi peor enemigo.
- 47 ___ Muy pocas cosas o actividades parecen darme placer.
- 48 ___ Siempre pienso en hacer dieta, aun cuando la gente dice que estoy delgada (o).
- 49 ___ Me es difícil sentir lástima por personas que siempre están preocupadas por algo.
- 50 ___ Es bueno tener una rutina para hacer la mayoría de las cosas.
- 51 ___ No creo tener tanto interés en el sexo como otros de mi edad.
- 52 ___ No veo nada malo en usar a otros para obtener lo que quiero.
- 53 ___ Preferiría estar en cualquier lugar menos en casa.
- 54 ___ A veces me siento tan molesto (a) que quiero lastimarme seriamente.
- 55 ___ No creo que haya sido abusado (a) sexualmente cuando era niño (a).
- 56 ___ Soy un tipo de persona dramática y me gusta llamar la atención.
- 57 ___ Yo puedo beber más cerveza o licor que la mayoría de mis amigos.
- 58 ___ Los padres y profesores son demasiado duros con los chicos que no siguen las reglas
- 59 ___ Me gusta mucho coquetear.
- 60 ___ No me molesta ver a alguien sufriendo.
- 61 ___ Al parecer no tengo muchos sentimientos por los demás
- 62 ___ Disfruto pensando en el sexo

- 63 ____ Me preocupa mucho pensar en que me dejen solo (a).
- 64 ____ A menudo me siento triste y no – querido (a).
- 65 ____ Se supone que soy delgado (a), pero siento mis muslos y trasero demasiado grande.
- 66 ____ Frecuentemente merezco que otros me humillen.
- 67 ____ La gente me presiona para que haga más de lo que es justo.
- 68 ____ Creo que tengo una buena figura.
- 69 ____ Socialmente, me siento abandonado (a).
- 70 ____ Hago amigos fácilmente.
- 71 ____ Soy una persona algo asustadiza y ansiosa.
- 72 ____ Odio pensar en algunas de las formas en que fui abusado (a) cuando niño (a).
- 73 ____ No soy diferente de muchos de los chicos que roban cosas de vez en cuando.
- 74 ____ Prefiero actuar primero y pensarlo después.
- 75 ____ He pasado periodos en los que he fumado marihuana varias veces a la semana.
- 76 ____ Demasiadas reglas se cruzan en mi camino para hacer lo que quiero.
- 77 ____ Cuando las cosas se ponen aburridas, me gusta crear un poco de emoción.
- 78 ____ A veces yo haría algo cruel para hacer a alguien infeliz
- 79 ____ Paso mucho tiempo preocupándome por mi futuro.
- 80 ____ Frecuentemente siento que no merezco las cosas buenas que hay en mi vida.
- 81 ____ Me siento algo triste cuando veo a alguien que está solo.
- 82 ____ Como poco delante de otros, pero después como demasiado y sin control cuando estoy solo (a).
- 83 ____ Mi familia está siempre gritando y peleando.
- 84 ____ A veces me siento muy infeliz de ser quien soy.

- 85 ___ Al parecer yo no disfruto estar con gente.
- 86 ___ Tengo talentos que otros chicos (a) desearían tener.
- 87 ___ Me siento muy incómodo (a) con la gente, a menos que esté seguro de que realmente les agrado.
- 88 ___ Matarme podría ser la forma más fácil de resolver mis problemas.
- 89 ___ A veces me confundo o me molesto cuando la gente es amable conmigo.
- 90 ___ El alcohol realmente parece ayudarme cuando me siento decaído (a).
- 91 ___ Rara vez espero algún acontecimiento con placer o emoción.
- 92 ___ Soy muy bueno (a) inventando excusas para salir de los problemas.
- 93 ___ Es muy importante que los niños aprendan a obedecer a los mayores.
- 94 ___ El sexo es placentero.
- 95 ___ A nadie realmente le importa si vivo o muero.
- 96 ___ Deberíamos respetar a nuestros mayores y no creer que nosotros sabemos más.
- 97 ___ A veces siento placer al lastimar a alguien físicamente.
- 98 ___ Frecuentemente me siento muy mal después de que algo bueno me ha pasado.
- 99 ___ No creo que la gente me vea como una persona atractiva.
- 100 ___ Socialmente soy un solitario y no me importa.
- 101 ___ Casi todo lo que intento me resulta fácil.
- 102 ___ Hay veces en la que me siento mucho más joven de lo que soy en realidad.
- 103 ___ Me gusta ser el centro de atención.
- 104 ___ Si quiero hacer algo, simplemente lo hago, sin pensar en lo que pueda pasar.

- 105 ____ Tengo un temor terrible de que, aunque este muy delgado (a), si como volveré a subir de peso.
- 106 ____ No me acerco mucho a las personas porque me da miedo que se burlen de mí.
- 107 ____ Con más y más frecuencia yo he pensado terminar con mi vida.
- 108 ____ A veces me critico para que otra persona se sienta mejor.
- 109 ____ Me da mucho miedo cuando pienso en estar completamente solo (a) en el mundo.
- 110 ____ Las cosas buenas no perduran.
- 111 ____ He tenido algunos “encuentros” con la ley.
- 112 ____ Me gustaría cambiar mi cuerpo por el de otras personas.
- 113 ____ Hay muchas veces en la que deseo volver a ser mucho más joven.
- 114 ____ No he visto un auto en los últimos diez años.
- 115 ____ Otras personas de mi edad parecen estar más seguras que yo de saber quiénes son y lo que quieren
- 116 ____ Pensar en sexo me confunde casi todo el tiempo.
- 117 ____ Hago lo que quiero sin preocuparme si afecta a los otros.
- 118 ____ Muchas de las cosas que parecen ser buenas hoy, se volverán malas después.
- 119 ____ Otras personas de mi edad nunca me llaman para juntarme con ellos.
- 120 ____ Ha habido veces en las que no he podido pasar el día sin un poco de marihuana.
- 121 ____ Hago mi vida peor de lo que tiene que ser.
- 122 ____ Prefiero que me digan qué hacer en vez de decidir por mí mismo (a).
- 123 ____ He intentado suicidarme en el pasado.
- 124 ____ Me dan ataques incontrolables de hambre en los que como mucho un par de veces a la semana.

- 125 ___ Últimamente, pequeñas cosas parecen deprimirme.
- 126 ___ El año pasado crucé el atlántico en avión treinta veces.
- 127 ___ Hay veces en que deseo ser otra persona.
- 128 ___ No me importa pasar por sobre otras personas para demostrar mi poder.
- 129 ___ Estoy avergonzado (a) de algunas cosas terribles que los adultos me hicieron cuando era joven.
- 130 ___ Trato de hacer todo lo que hago tan perfecto como sea posible.
- 131 ___ Estoy contento (a) con la forma en que mi cuerpo se ha desarrollado.
- 132 ___ Frecuentemente me asusto cuando pienso en las cosas que tengo que hacer.
- 133 ___ Últimamente me siento inquieto (a) y nervioso (a) casi todo el tiempo.
- 134 ___ Yo solía probar drogas fuertes para ver qué efecto tendrían.
- 135 ___ Puedo “encantar” a la gente para que me den casi todo lo que yo quiero.
- 136 ___ A muchos otros chicos les dan facilidades que a mí no me dan.
- 137 ___ Cierta gente me hizo cosas sexuales cuando yo era demasiado chico (a) para entender.
- 138 ___ Frecuentemente sigo comiendo hasta el punto de sentirme mal físicamente.
- 139 ___ Yo me burlaría de alguien en un grupo sólo para humillarlo (a).
- 140 ___ No me gusta ser la persona en la que me he convertido.
- 141 ___ Al parecer hecho a perder las cosas buenas que me pasan.
- 142 ___ Aunque quiero tener amigos, no tengo casi ninguno.
- 143 ___ Me agradan que los sentimientos sobre el sexo sean parte de mi vida ahora.
- 144 ___ Estoy dispuesto (a) a “morirme de hambre” para ser más delgado (a) de lo que soy.

- 145 ___ Soy muy maduro (a) para mi edad y sé lo que quiero hacer en la vida.
- 146 ___ En muchas cosas me siento muy superior a la mayoría de l gente.
- 147 ___ Mi futuro parece sin esperanza.
- 148 ___ A mis padres les ha costado mucho trabajo disciplinarme.
- 149 ___ Cuando las cosas no resultan como quiero, rápidamente pierdo la calma
- 150 ___ Frecuentemente me divierto haciendo ciertas cosas que son ilegales.
- 151 ___ Supongo que dependo demasiado de los otros para que me ayuden.
- 152 ___ Cuando estamos divirtiéndonos, mis amigos y yo podemos quedar bastante borrachos.
- 153 ___ Me siento solo (a) y vacío (a) la mayor parte del tiempo.
- 154 ___ Siento que mi vida no tiene sentido y no sé adónde voy.
- 155 ___ Decir mentiras es una cosa muy normal.
- 156 ___ He pensado en cómo y cuándo podría suicidarme.
- 157 ___ A mí me gusta iniciar peleas
- 158 ___ Hay veces en que nadie en mi casa parece preocuparse por mí.
- 159 ___ Es bueno tener una forma regular de hacer las cosas para evitar errores.
- 160 ___ Probablemente me merezco muchos de los problemas que tengo.

Anexo C. Ficha de Registro

Ficha Proyecto de Investigación:

Caracterización de la Personalidad de Adolescentes
consultantes diagnosticados de TDAH.

Médico Tratante: _____

Datos de Identificación del Paciente:

Nombre y apellidos: _____

Sexo: _____ RUT: _____

Fecha Nacimiento: _____ Edad: _____

Último curso aprobado: _____ Repitencia: Si No

Tipo de Establecimiento Escolar:

Público -- Municipal: Particular-Subvencionado: Particular:

Comuna donde vive: _____

• **Diagnóstico DSM 5:**

Subtipo TDAH: *Inatento* *Hiperactivo – Impulsivo* *Combinado*

Diagnóstico Principal y Trastornos comórbidos DSM 5:

Tr. Comunicación

Tr. Bipolar

Tr. Aprendizaje

Tr. Depresivos

Tr. Psicomotor

Tr. Obsesivo Compulsivo

Tr. Ansiedad: Fobia Fobia Social Ataque Pánico Agorafobia

Tr. Apego reactivo Tr. Adaptativo Tr. por estrés post-traumático

Tr. Disociativo

Tr. Somático

Tr. Alimenticio

Anorexia Bulimia

Eneuresis

Encopresis

- Tr. del Sueño
- Tr. Oposicionista desafiante
- Uso/ Abuso Alcohol
- Tr. Desarrollo de la Personalidad: Especificar: _____
- Otro: _____
- Disforia de género
- Tr. Conducta
- Uso/ Abuso Drogas

Factores influyentes del contexto (estresores psicosociales):

- Abuso Sexual
- Maltrato Físico
- Maltrato Psicológico
- Divorcio/ separación Padres
- Abandono Padre
- Abandono Madre
- Abuso de Alcohol o drogas por parte de un familiar nuclear o alguien que viva con él/ ella
- Trastorno Mental de un familiar nuclear o alguien que viva con él/ ella.
- Algún familiar nuclear o persona que vivía con el/ella ha sido encarcelado
- Otro
- Sufre Bullying
- Violencia Intrafamiliar
- Negligencia
- Pobreza extrema
- Muerte Padre
- Muerte Madre

Uso Actual de Fármacos: SI ___ NO ___

Cuál / Cuáles:

- _____
- _____
- _____

Observaciones: _____

Firma

Rut: _____

Fecha: _____

Anexo D. Aprobación Comité de Ética

Anexo E. Asentimiento y Consentimientos

