

Personalidad en la adolescencia

J.A. López-Villalobos⁽¹⁾, M.V. López-Sánchez⁽²⁾. ⁽¹⁾Doctor en Psicología. Psicólogo Clínico. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. ⁽²⁾Doctora en Psicología. Psicóloga Interna Residente (4º año). Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander

Fecha de recepción: 15-07-2023

Fecha de publicación: 31-10-2023

Adolescere 2023; XI (3): 141-148

Resumen

La personalidad se desarrolla desde la infancia y en la adolescencia los rasgos de la personalidad comienzan a ser más persistentes e influyen de manera notable en la personalidad adulta. De igual manera, los rasgos de trastornos de personalidad que aparecen en la adolescencia pueden persistir en la vida adulta, lo que hace especialmente relevante su consideración clínica. En el desarrollo de este estudio dejamos constancia de cifras de prevalencia de los trastornos de la personalidad en la adolescencia y realizamos consideraciones sobre su etiología, diagnóstico y tratamiento. Paralelamente, sabemos que la familia y los amigos pueden ser un factor que incrementa el riesgo de la consolidación de un trastorno de personalidad, pero también pueden ser un factor protector actuando como agentes facilitadores del cambio. Al final del estudio indicamos algunas orientaciones generales para la familia.

Palabras clave: *Adolescencia; Personalidad; Trastornos de la personalidad.*

Abstract

Personality develops from childhood and during adolescence its traits begin to be more persistent and have an important influence on adult personality. Similarly, the traits of personality disorders that appear in adolescence can persist into adult life, which makes their clinical consideration especially relevant. In the development of this study we record prevalence rates for personality disorders in adolescence and we make considerations about their etiology, diagnosis and treatment. At the same time, we know that family and friends can be a factor that increases the risk of consolidating a personality disorder, but they can also be a protective factor, acting as facilitators of change. At the end of the study we indicate some general guidelines for the family.

Key words: *Adolescence; Personality; Personality disorders.*

Personalidad en la adolescencia

Theodore Millon⁽¹⁾, uno de los autores más relevantes en el ámbito de la personalidad, refería que “La medicina ha aprendido que ni los síntomas -los estornudos y las toses- ni tampoco las infecciones intrusas -los virus y las bacterias- son la clave de la salud o la enfermedad. Más bien, el último determinante es la competencia de la propia capacidad defensiva del cuerpo. Así, también en la psicopatología, la clave del bienestar psicológico no es ni la ansiedad ni la depresión, ni los estresores de la temprana niñez o de la vida contemporánea. Más bien, es el equivalente mental del sistema inmunológico del cuerpo que es aquella estructura y estilo de procesos psíquicos que representan nuestra capacidad general de percibir y de afrontar nuestro mundo psicosocial.

La adolescencia es un periodo vital de crecimiento que se sitúa entre los 10 y los 19 años y presenta profundos cambios desde la perspectiva biológica y psicosociológica

Es decir, el constructo psicológico que denominamos personalidad. El tema que abordamos en este estudio es la personalidad en la adolescencia.

La adolescencia es un periodo vital de crecimiento que se sitúa entre los 10 y los 19 años⁽²⁾. Este periodo vital es extendido por la Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia hasta los 21 años y puede dividirse en adolescencia temprana (10-13 años), media (14-17 años) y tardía (18 – 21 años)⁽³⁾.

La adolescencia presenta profundos cambios desde la perspectiva biológica y psicosociológica que implican desarrollo físico y sexual, consolidar la personalidad, identidad y orientación sexual, desarrollar la moralidad, regular los impulsos, desarrollar la cognición o ajustar las relaciones con familia y amigos. La resolución favorable de los desafíos de la adolescencia implica el desarrollo de una estructuración de la personalidad equilibrada⁽⁴⁾.

La personalidad se desarrolla desde la infancia y en la adolescencia los rasgos de la personalidad comienzan a ser más persistentes e influyen de una manera importante en la personalidad adulta

La personalidad se desarrolla desde la infancia y en la adolescencia los rasgos de la personalidad comienzan a ser más persistentes e influyen de una manera importante en la personalidad adulta⁽⁵⁾. De forma global, los rasgos de personalidad describen patrones de diferencias individuales en pensamientos, sentimientos y comportamientos que son relativamente duraderos en el tiempo, presentan cierta estabilidad a partir de la adolescencia tardía y manifiestan cambios a lo largo de todo el periodo vital de las personas⁽⁶⁾.

Los rasgos de personalidad solo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos, omnipresentes, de inicio precoz, resistentes al cambio y cuando causan un deterioro funcional significativo⁽⁷⁾. Un trastorno de personalidad puede considerarse como un patrón generalizado de conductas, cogniciones y afectos que es inflexible, comienza en la adolescencia o al inicio de la vida adulta, es estable en el tiempo y genera estrés o daño psicológico⁽⁷⁾.

En este contexto, se ha observado que la prevalencia puntual de los diagnósticos de trastornos de personalidad alcanza su punto máximo en la adolescencia temprana y luego disminuye, alcanzando estimaciones comparables a las de los adultos al final de la adolescencia⁽⁵⁾. Es relevante conocer que los rasgos de los trastornos de personalidad que aparecen en la adolescencia pueden persistir en la vida adulta⁽⁸⁾, lo que hace especialmente relevante su consideración clínica. La investigación respalda que los rasgos patológicos de la personalidad surgen a una edad temprana y están relacionados con conductas de riesgo para la salud (p. ej., no terminar la escuela secundaria, dependencia del alcohol, tener problemas con la policía y delitos violentos, relaciones sexuales sin protección, hábitos de conducción peligrosos) durante la adolescencia y el inicio de la edad adulta⁽⁹⁾.

Los rasgos de personalidad solo constituyen un trastorno de personalidad cuando son inflexibles y desadaptativos, omnipresentes, de inicio precoz, resistentes al cambio y cuando causan un deterioro funcional significativo

Etiología de los trastornos de la personalidad

En cuanto al origen de los trastornos de la personalidad no existe una causa única y se asume que factores de tipo biológico (genéticos, neuroanatómicos o temperamentales), psicológico (abandono, abusos, historia familiar de problemas de salud mental o estilos de crianza) y social (desventaja socio-económica, hogares conflictivos, pérdidas / muertes significativas o cultura) interactúan de forma continuada a lo largo de la infancia y la adolescencia, en el desarrollo de cada trastorno de personalidad⁽¹⁰⁾.

Diagnóstico de los trastornos de la personalidad

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición⁽⁸⁾, presenta dos tipos de clasificación para los Trastornos de la Personalidad (TP). El primero de ellos, incluido en la sección II, presenta la clasificación categorial de los trastornos; y el segundo de ellos, incluido en la sección III, presenta una nueva clasificación basada en criterios dimensionales.

El enfoque diagnóstico del DSM-5⁽⁸⁾ actual es categorial y los trastornos de la personalidad son síndromes clínicos diferenciados que se definen por su presencia o ausencia en función de superar los criterios del manual o no hacerlo. El propio manual informa de que una alternativa al enfoque categórico es la dimensional que considera los trastornos de la personalidad como variaciones desadaptativas de los rasgos de la personalidad, que se mezclan imperceptiblemente con la normalidad. Según el DSM-5⁽⁸⁾ un trastorno de personalidad es considerado como un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que afecta al menos a dos de

Los rasgos de los trastornos de personalidad que aparecen en la adolescencia pueden persistir en la vida adulta, lo que hace especialmente relevante su consideración clínica

estas áreas: cognición, afectividad, relación interpersonal o control de los impulsos; es un fenómeno generalizado y poco flexible; tiene un comienzo en la adolescencia o en el inicio de la edad adulta; es estable en el tiempo; y da lugar a malestar o deterioro.

El DSM-5 incluye los siguientes trastornos de personalidad, susceptibles de ser diagnosticados en la adolescencia⁽⁸⁾:

- Trastorno de la personalidad paranoide, que es un patrón de desconfianza y suspicacia, de manera que se interpretan las intenciones de los demás como malévolas.
- Trastorno de la personalidad esquizoide, que es un patrón de distanciamiento de las relaciones sociales y una gama restringida de la expresión emocional.
- Trastorno de la personalidad esquizotípica, que es un patrón de malestar agudo en las relaciones íntimas, de distorsiones cognitivas o perceptivas y de excentricidades del comportamiento.
- Trastorno de la personalidad antisocial, que es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.
- Trastorno de la personalidad límite, que es un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada.
- Trastorno de la personalidad histriónica, que es un patrón de emotividad y de búsqueda de atención excesivas.
- Trastorno de la personalidad narcisista, que es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.
- Trastorno de la personalidad evitativa, que es un patrón de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
- Trastorno de la personalidad dependiente, que es un patrón de comportamiento de sumisión y adhesión relacionado con una necesidad excesiva de ser cuidado.
- Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva, que es un patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.

El DSM-5 agrupa los trastornos de personalidad en tres grupos⁽⁸⁾. El grupo A incluye la personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica. El grupo B incluye la personalidad antisocial, límite, histriónica y narcisista. El grupo C incluye la personalidad evitativa, dependiente y obsesivo-compulsiva. Estos tres grupos han sido categorizados como raros, excéntricos o suspicaces (grupo A); emocionales o erráticos (grupo B) y ansiosos o temerosos (Grupo C).

El DSM-5 especifica que el Trastorno de Personalidad se puede aplicar a niños o adolescentes que cumplan criterios al menos durante un año e indica la excepción del trastorno de la personalidad antisocial que no se puede diagnosticar en las personas menores de 18 años. Debido a que la adolescencia es un periodo vital en el que se esperan cambios notables en la personalidad el diagnóstico deber realizarse con precaución y con una evaluación precisa.

Prevalencia de los trastornos de la personalidad

En población adolescente, las prevalencias de trastornos de personalidad oscilan entre el 6 % y el 17 % en muestras comunitarias y entre el 41 % y el 64 % en muestras clínicas⁽¹¹⁾.

En un estudio comunitario sobre la prevalencia de trastornos de personalidad (TP) en adolescentes entre 13-16 años se observaron las siguientes cifras de prevalencia: TP Paranoide (1.1%); TP Esquizoide (1.1%); TP Esquizotípico(2.4%); TP Límite(1.5%); TP Histriónico (1.9%); TP Narcisista (2.1%); TP Evitativo (1%); TP Dependiente (1.3%); TP Obsesivo-compulsivo (0.9%); TP Depresivo (0.8%) y TP Pasivo-Agresivo (1.1%). Los trastornos de personalidad totales alcanzaron al 16.6%⁽¹¹⁾. Diversos estudios mostraron que, al igual que en poblaciones adultas, la coexistencia entre trastornos de personalidad específicos es frecuente en la adolescencia⁽⁵⁾.

En un estudio, con una muestra clínica de adolescentes entre 15 y 22 años, se observaron las siguientes cifras de prevalencia en trastornos de personalidad (TP): TP Paranoide (14.3%); TP Esquizoide (3.6%); TP Límite (35.7%); TP Narcisista (2.1%); TP Evitativo (42.9%); TP Dependiente (3.6%); TP Obsesivo-compulsivo (16.4%); TP Depresivo (41.4%) y TP Pasivo-Agresivo (5%). En esta muestra un 22 % de los casos no tenían ningún trastorno de personalidad, tenían uno el 24%, dos el 30%, tres el 15 %, cuatro el 4 % y cinco el 3%⁽¹²⁾. Otro estudio en población clínica adolescente observó un 21.6 % de trastornos de personalidad y un 7.2 % tenía más de un trastorno de personalidad⁽⁵⁾.

El DSM-5 especifica que el Trastorno de Personalidad se puede aplicar a niños o adolescentes que cumplan criterios al menos durante un año y en función de que la adolescencia es un periodo vital en el que se esperan cambios notables en la personalidad, el diagnóstico deber realizarse con precaución y con una evaluación precisa

En población adolescente, la prevalencia de trastornos de personalidad oscila entre el 6 % y el 17 % en muestras comunitarias y entre el 41 % y el 64 % en muestras clínicas

También es conocido, que la ocurrencia conjunta de trastornos de personalidad en la adolescencia con otros trastornos mentales es frecuente (trastornos emocionales, de la conducta, alimentarios, consumo de tóxicos o Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) y ofrece un mayor grado de deterioro que cuando solo aparecen estos trastornos mentales, precisando intervenciones más complejas. Esta presencia conjunta está asociada a mayor uso de los servicios de salud mental, consumo temprano de psicofármacos, peor calidad de vida y peores pronósticos a largo plazo para el funcionamiento académico, ocupacional e interpersonal⁽⁵⁾.

En el tema de la personalidad en la adolescencia, en nuestro país, también se han estudiado los prototipos o perfiles de personalidad que incluyen las siguientes dimensiones: introvertido, inhibido, pesimista, sumiso, histriónico, egocéntrico, rebelde, rudo, conformista, opositorista, autopunitivo y tendencia límite⁽¹⁴⁾. Los prototipos de personalidad (PRP) representan tendencias de funcionamiento psicológico que surgen a través del desarrollo, presentan cierta estabilidad en la adolescencia y marcan las bases de la personalidad. La personalidad adolescente puede ser descrita en términos de estilos de personalidad, precursores de los patrones de personalidad normal descriptibles en el adulto, observándose su variante más patológica en los trastornos de personalidad. Aunque cuando se definen los prototipos de personalidad se elude el término "trastorno" y los nombres incluidos en los trastornos de personalidad del DSM-5, resulta fácil encontrar su vinculación con los mismos. Los diferentes prototipos de personalidad tienen vinculación en cuanto a su denominación con los trastornos de personalidad (TP) según las siguientes equivalencias: introvertido (TP esquizoide), inhibido (TP evitativo), pesimista (TP depresiva), sumiso (TP dependiente), histriónico (TP histriónico), egocéntrico (TP narcisista), rebelde (TP antisocial), rudo (TP sádico), conformista (TP obsesiva - compulsiva), opositorista (TP pasivo - agresivo), autopunitivo y tendencia límite (TP límite)⁽¹⁵⁾.

Desde una perspectiva dimensional, en nuestro contexto cultural, comparando adolescentes de una muestra comunitaria (representativa y con tamaño muestral adecuado) con una muestra clínica, la evidencia empírica demostró que los prototipos de personalidad introvertido, inhibido, pesimista, rudo, opositorista, autopunitivo y límite presentan una media significativamente mayor en población clínica que en población general y los PRP histriónico y conformista presentan una media significativamente mayor en población general. No se observaron diferencias en los prototipos de personalidad egocéntrico, sumiso y rebelde⁽¹⁶⁾. Los resultados son una muestra de la personalidad de los adolescentes de nuestro tiempo, observándose que población comunitaria y clínica no se diferencian en egocentrismo, sumisión o rebeldía. También se muestra que los adolescentes de nuestra comunidad alcanzan mayores puntuaciones que la muestra clínica en las dimensiones histriónico y conformista.

Con este mismo modelo, también se ha estudiado la prevalencia de los rasgos / prototipos de personalidad en adolescentes de población general y clínica⁽¹⁷⁾. Para la consideración de la prevalencia se utilizó un punto de corte elevado (TB = 85) que indicaba que la característica de un prototipo de personalidad determinado es notablemente destacada en los adolescentes estudiados. Los resultados constan en la Figura 1⁽¹⁷⁾.

En la prevalencia, solo se observaron diferencias significativas de proporciones en los Prototipos de Personalidad Inhibido, Rudo, Autopunitivo, Límite (más en muestra clínica) y en el prototipo Conformista (más en población general). Los rasgos de personalidad que más diferencian la muestra general de la clínica, indican que la muestra clínica presenta características clínicas de más inestabilidad emocional, ansiedad / inhibición en la relación con los demás, actuación más lesiva contra sí mismos, dureza, obstinación y con más tendencia a abusar de otros y menos conformismo. Resulta de interés observar que un grupo importante de los adolescentes de la población general presentan puntuaciones elevadas en los rasgos de personalidad conformistas (21,5 %), egocéntricos (19,7 %) e histriónicos (14,6 %) ⁽¹⁷⁾.

Evaluación de los trastornos de la personalidad

El diagnóstico y la evaluación más adecuada de los trastornos de la personalidad suele realizarse sobre la base de varias entrevistas clínicas estructuradas con el adolescente estableciendo un vínculo adecuado (una sola entrevista es insuficiente), cuestionarios con propiedades psicométricas adecuadas (validez / fiabilidad) e información de la familia y personas que conviven con el paciente.

A pesar de la sólida evidencia científica que respalda la validez del trastorno de la personalidad en la infancia y la adolescencia, el diagnóstico sigue siendo escaso en los servicios clínicos⁽¹⁸⁾. La realidad es que el reconocimiento y el manejo de la patología de la personalidad a la edad y etapa de desarrollo más temprana posible se está convirtiendo en una tarea clínica importante, ofrece oportunidades para intervenir o apoyar un desarrollo más adaptativo y puede disminuir de forma preventiva otro tipo de trastornos^(18,19). Las anteriores afirmaciones, no excluyen que es razonable tener precaución con el diagnóstico de los trastornos de personalidad en la adolescencia, por los evidentes cambios en este periodo vital y por la problemática de un etiquetaje inadecuado.

Tratamiento de los trastornos de la personalidad

El tratamiento de los trastornos de la personalidad debe partir de una adecuada formulación del caso que incluya el estudio de la problemática actual, factores predisponentes, factores precipitantes, factores perpetuadores del problema y factores protectores. Es necesario una evaluación precisa de dimensiones conductuales, cognitivas y emocionales, así como de antecedentes (externos e internos) y consecuencias del problema, que permitan plantear un tratamiento adecuado, con objetivos individualizados precisos.

En el tratamiento de los trastornos de personalidad la intervención psicoterapéutica suele considerarse la primera elección, reservándose a los psicofármacos una función de apoyo y manejo sintomático de otras condiciones clínicas comórbidas, como ansiedad, depresión o Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Estas condiciones pueden superponerse o mostrar comorbilidad con los trastornos de personalidad y suelen ser el motivo de consulta.

Desde la perspectiva del tratamiento psicológico un elemento clave es flexibilizar los rasgos disfuncionales de la personalidad. La tarea es conseguir que estos rasgos, aunque estén presentes, disminuyan su rigidez y no afecten a la funcionalidad familiar, escolar o social del adolescente. Se trata de un trabajo con la persona y su familia, que puede convertirse en un agente facilitador de cambio. A modo de ejemplo un adolescente puede pensar de forma rígida que en las relaciones sociales no estará a la altura de los demás y posiblemente será rechazado, por lo que procurará evitarlas. Un pensamiento más adaptativo o menos rígido sería reflexionar sobre el hecho de que nuestra forma de pensar es solo una forma de ver las cosas no necesariamente cierta, que también es posible ser aceptado en las relaciones sociales como ha sucedido en algunas ocasiones y por tanto no modificar nuestra vida relacional en función de esta forma de pensar.

Entre los principales modelos de intervención tenemos la terapia cognitiva, la terapia centrada en esquemas, la terapia basada en la mentalización, la terapia centrada en la transferencia, la terapia dialéctico conductual o el programa STEPPS. Se trata de modelos terapéuticos que suelen ser desarrollados por especialistas en materia de salud mental. A continuación ofrecemos una idea breve del significado de estos modelos terapéuticos:

- Terapia cognitiva. Modelo que entiende que son las cogniciones de la persona las que determinan como siente o actúa. La terapia identifica pensamientos desadaptativos o distorsiones cognitivas y trata de sustituirlos por otros alternativos en colaboración y diálogo con el paciente. El modelo trabaja con esquemas cognitivos distorsionados que se han formado a lo largo de la vida y tienden a aparecer cíclicamente, diseñando experimentos conductuales que pongan en tela de juicio las distorsiones cognitivas. Ejemplos de distorsiones cognitivas serían la visión en túnel (centrase en un detalle de la situación, encontrándose por sus esquemas cognitivos predispuesto a percibir fracaso o rechazo, con insensibilidad a otros estímulos que no confirmarían esta visión. Por ejemplo un comentario sobre una tarea que pudieran haber hecho mejor, puede llevar a ignorar que se le ha felicitado en muchas ocasiones por otras actividades) o la personalización (tendencia a relacionar cualquier elemento del entorno con uno mismo, como pudiera ser observar a un grupo de personas hablando e interpretar que están hablando mal de uno mismo).
- Terapia centrada en esquemas. Centrada, como la terapia cognitiva, en los esquemas cognitivos que incluye el abordaje de aspectos emocionales y de relación.
- Terapia basada en la mentalización. Modelo que procura facilitar al paciente la posibilidad de tomar conciencia sobre su propia mente y la de los demás, conociendo en mayor medida

Entre los principales modelos de intervención en los trastornos de personalidad tenemos la terapia cognitiva, la terapia centrada en esquemas, la terapia basada en la mentalización, la terapia centrada en la transferencia, la terapia dialéctico conductual y el programa STEPPS

como se ve afectado por lo que le sucede. Desde esta perspectiva, mentalizar supone enfatizar el hecho de que nuestras creencias, deseos, sentimientos y pensamientos, ya sean conscientes o inconscientes, determinan nuestra forma de funcionar. El modelo puede incluir en su interior una equilibrada mezcla de mentalidad psicológica, conciencia afectiva, empatía y *Mindfulness*. El trabajo terapéutico puede suponer llevar a pensar al paciente excesivamente emocional, animar a sentir al excesivamente racional o sugerir llevar la atención a aspectos internos en el paciente demasiado orientado hacia lo externo.

- Terapia centrada en la transferencia. Terapia psicodinámica centrada en patrones y estilos de relación que aparecen en la interacción entre la persona y el terapeuta. Se parte de la idea de que en esta relación se manifiestan las mismas emociones y pensamientos que aparecen en las personas fuera de la consulta y que tuvieron lugar en sus experiencias tempranas de relación. La terapia señala e interpreta lo que está ocurriendo, para desarrollar vías alternativas de manejo de emociones o relaciones.
- Terapia dialéctico conductual. Terapia psicológica de tercera generación usada frecuentemente para trastornos de personalidad límite. La terapia combina técnicas cognitivo conductuales con aproximaciones zen y budistas basadas en la aceptación de la realidad tal como se presenta. La terapia está basada en una filosofía dialéctica, terapia conductual y práctica de la meditación / *Mindfulness* e incluye un grupo específico de entrenamiento en habilidades (habilidades de regulación emocional, efectividad interpersonal, tolerancia al malestar y de conciencia / meditación) y terapia individual.
- Programa STEPPS (*Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving*). Se trata de un programa psicoterapéutico con formato grupal para el trastorno límite de la personalidad. El programa incluye dos fases. La primera es un grupo de Habilidades Básicas (programa STEPPS) y la segunda es un programa llamado STAIRWAYS. En la primera fase se trabaja la conciencia de enfermedad y se entrenan las habilidades básicas para la regulación emocional y conductual. La segunda fase, el STAIRWAYS es un complemento al STEPPS que pretende consolidar las habilidades aprendidas.

Orientaciones a la familia

La familia puede ser un factor que incrementa el riesgo de tener un trastorno de personalidad, pero también pueden ser un factor protector en la relación con el adolescente⁽²⁰⁾, actuando como agente facilitador del cambio. En ocasiones, la familia no sabe cómo actuar en situaciones complejas, como cuando los adolescentes con trastornos de personalidad experimentan emociones muy intensas (ansiedad, tristeza o ira). A continuación se comentan algunas dimensiones que pueden ser de utilidad para las familias con hijos que tienen trastornos de personalidad⁽¹⁰⁾.

- Informarse sobre los profundos cambios desde la perspectiva biológica y psicosociológica de la adolescencia, puede ayudar a comprender a la persona con o sin trastorno de la personalidad.
- Validar emociones. Se trata de lograr que el adolescente se sienta comprendido y perciba que sus emociones son importantes para nosotros, aceptadas y entendidas. Invalidar las emociones hará que el adolescente no se sienta escuchado, que piense que sus emociones no importan y que tienda a reprimirlas o considerarlas desagradables. Invalidamos emociones cuando ante la angustia indicamos que “lo que le sucede no es nada”, “que no entendemos porque llora, cuando lo tiene todo” o cuando comentamos que “no entendemos su enfado, cuando no se le ha hecho nada”. Validar no es dar la razón, sino transmitir que entendemos la emoción. Por supuesto que validar la emoción, no es validar la conducta. Validar es aceptar lo que la otra persona siente, acompañar en silencio, prestar atención y acompañarlo con palabras (“veo que estas triste o enfadado”), normalizar (“entiendo que te sientas así en esta situación”) y ofrecer ayuda. Nos limitaremos a escuchar si la otra persona rechaza la ayuda.
- Obtener información sobre el trastorno de la personalidad para no malinterpretar ciertas conductas. No es lo mismo interpretar que un adolescente se autolesiona pues siente una ansiedad o malestar intenso, que pensar que lo hace para llamar la atención. Nuestra respuesta será diferente.
- No rebatir los pensamientos del adolescente sistemáticamente. Ante algunos pensamientos distorsionados, propios de algunos trastornos de la personalidad, (Ej. “la gente suele tener

La familia y los amigos pueden ser un factor que incrementa el riesgo de la consolidación de un trastorno de personalidad, pero también pueden ser un factor protector actuando como agentes facilitadores del cambio

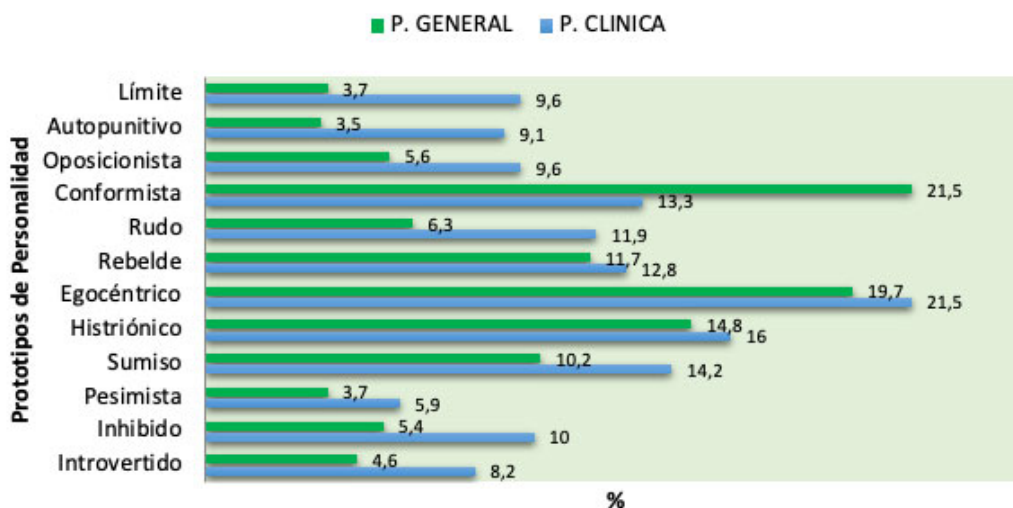
malas intenciones”, “tengo derecho a hacer lo que quiera”, “necesito ser el centro de atención”, “no puedo hacer las cosas por mi cuenta”, “no estoy a la altura”, “los errores son intolerables”), familiares y amigos bien intencionados pudieran intentar que la persona cambie de pensamiento. Es mejor dejar que los profesionales realicen esa tarea y por nuestra parte mostrar interés por lo que nos cuenta e indicar que en ese aspecto tenemos puntos de vista diferentes, por lo que pudiera ser comentado con el profesional que lo atiende. Sin embargo si nos pregunta directamente sobre nuestra opinión, es útil exponerla de manera afectiva y educada.

- Ante el descontrol intenso de emociones en el adolescente podemos ofrecer ayuda y si la misma es rechazada dejar un espacio hasta que disminuya la intensidad emocional. Dejar la puerta abierta para hablar más tarde y esperar.
- Culpabilizarnos no ayuda a apoyar al paciente. El trastorno de personalidad tiene un origen multidimensional del que la familia no es necesariamente responsable, si bien se puede trabajar para que exista un pronóstico más favorable.
- La familia puede ayudar al adolescente ofreciéndose a acudir a la consulta y a colaborar en el tratamiento.
- La familia, en colaboración y con la ayuda del sanitario, puede intentar ser un buen modelo de aquellas dimensiones que se intentan mejorar, como pudiera ser ofrecer una comunicación adecuada que incluya escucha activa sin juicio, emisión correcta y ajuste de los componentes paralingüísticos. La familia también puede modelar relaciones sociales, fomentar el apego, la empatía, el control de impulsos y colaborar en una expresión emocional adecuada. Naturalmente la familia también tiene que ser comprendida y entender que moverse en la mejor dirección cuando un hijo tiene un trastorno de personalidad, no es una tarea sencilla. Apoyar a la familia también es una tarea relevante cuando tratamos a un adolescente con un trastorno de personalidad.

En resumen, los trastornos de la personalidad en la adolescencia existen. Aunque el diagnóstico debe realizarse con precaución, es importante su reconocimiento e intervención profesional temprana. El pediatra, con una orientación biopsicosociológica⁽²¹⁾, juega un papel relevante en el reconocimiento precoz de estos trastornos, el apoyo al paciente y la familia, las primeras orientaciones y la derivación a profesionales de salud mental.

Tablas y figuras

Figura 1. Prevalencia de prototipos de personalidad



Fuente: Elaboración propia. Prevalencia de Prototipos de Personalidad en Adolescentes. Revista de Psiquiatría Infanto Juvenil⁽¹⁷⁾.

Bibliografía

1. Millon T, Davis RB. *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson; 1998.
2. World Health Organization. *Adolescent Health* [internet]. 2021. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1.
3. Güemes-Hidalgo M, Ceñal M, Hidalgo-Vicario M. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría integral*. 2017; 21(4): 233-244. <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>.
4. Vinet E, Salvo S, Fornis M. Adolescentes no consultantes en riesgo: una evaluación a través del MACI. *Anuario de psicología*. 2005; 36(1): 83-97.
5. Kongerslev MT, Chanan AM, Simonsen E. Personality disorder in childhood and adolescence comes of age: a review of the current evidence and prospects for future research. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*. 2015; 3(1): 31-48. <https://doi.org/10.1002/ab.20393>.
6. Specht J. Personality Development. In Zeigler-Hill V, Shackelford TK, editors. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Switzerland: Springer, Cham; 2020. p. 171-194. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_301938.
7. Esbec E, Echeburúa E. El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Esp Psiquiatr* 2015; 43(5): 177-86. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5182094>.
8. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM -5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
9. Caspi A, Harrington H, Milne B, Amell JW, Theodore RF, & Moffitt TE. Children's behavioral styles at age 3 are linked to their adult personality traits at age 26. *Journal of personality*; 2003; 71 (4): 495-514. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.7104001>.
10. González-Blanch C, Gómez-Carazo N, López-Sánchez MV. *Trastornos de la personalidad. Los problemas detrás de la máscara*. España: Biblioteca de Psicología. Bonal letra Alcompas; 2022.
11. Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Oldham JM. Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. *Acta Psychiatr Scand*. 2008; 118(5):410-413. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01231.x>
12. Hauber AK. *Personality disorders and insecure attachment among adolescents* [Doctoral dissertation]. GVO drukkers & vormgevers Ede, Leiden University Medical Center; 2019. <https://hdl.handle.net/1887/79984>.
13. Korsgaard HO, Torgersen S, Wentzel-Larsen T, Ulberg R. The relationship between personality disorders and quality of life in adolescent outpatients. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*. 2015; 3(3): 180-189. <https://doi.org/10.21307/sjcapp-2015-018>.
14. Millon T. *MACI: Inventario clínico para adolescentes de Millon*. Madrid: TEA ediciones; 2004.
15. Hopwood CJ, Grilo CM. Internalizing and externalizing personality dimensions and clinical problems in adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2010; 41(4):398-408. <https://doi.org/10.1007/s10578-010-0175-4>.
16. López-Villalobos JA, López-Sánchez MV, Serrano I, Andrés-De Llano JM, Sánchez-Azón MI, González MC. Personalidad en Adolescentes en muestra General y Clínica. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*. 2022; 30 (3): 743-756. <https://doi.org/10.51668/bp.8322309s>.
17. López-Sánchez MV, López-Villalobos JA, Serrano I, Andrés JM. Prevalencia de Prototipos de Personalidad en Adolescentes. *Revista de Psiquiatría Infanto Juvenil*. 2023; 40 (2): 11-22. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v40n2a3>.
18. Chanan AM, Thompson KN. The development of personality disorders. In McAdams DP, Shiner LR, Tackett JL, editors. *Handbook of personality development*. New York. The Guilford Press; 2019. p. 551-571. <https://doi.org/10.4324/9781315805610.ch11>.
19. López-Sánchez MV. *Prevalencia de perfiles de personalidad en adolescentes: análisis comparativo en población general y clínica*. [Tesis doctoral no publicada]. Universidad de Salamanca; 2021.
20. Rodríguez-Molinero L, López-Villalobos JA. Estilos educativos, conflictos familiares e intervención en el Trastorno Negativista Desafiante: actuación profesional. *Adolescere*; 2019; 7(2): 41-48.
21. Rodríguez-Molinero L. ¿Cómo atender al adolescente? *Adolescere*. 2013; 2(2): 15-21.