

ÁREA DE PSICOPATOLOGÍA

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y su relación con rasgos y trastornos de personalidad en consumidores de drogas en tratamiento: estudio del WURS y su relación con el BFQ y el MCMI-II.

Una visión crítica

Attention deficit hyperactivity disorder and its relationship with personality disorders and traits in drug consumers under treatment: WURS study and its relationship with the BFQ and the MCMI-II. A critical view

PEDRERO PÉREZ, E.J., PUERTA GARCÍA, C., OLIVAR ARROYO, A., LAGARES ROIBAS, A. Y PÉREZ LÓPEZ, M.

Centro de Atención a Drogodependencias 4 (San Blas). Ayuntamiento de Madrid. Madrid. España.

RESUMEN: *Objetivo:* Estudiar la relación entre la posible existencia de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en el pasado de sujetos en tratamiento por consumo problemático de drogas, y su relación con los rasgos y trastornos de la personalidad en el momento actual. Estimar la posible funcionalidad de las drogas con relación a los rasgos y la psicopatología actual y precedente. Estudiar el empleo del Wender Utah Rating Scale (WURS) como instrumento diagnóstico retrospectivo.

Material y método: Administramos el WURS (versión de 25 ítems propuesta por los autores), el Big Five Questionnaire (BFQ) y el Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II) a una cohorte de 175 pacientes que inician tratamiento en un centro ambulatorio de atención a drogodependencias. Tras descartar a aquellos que distorsionaron significativamente los cuestionarios, queda una muestra

de 152 pacientes que inician tratamiento por consumo de heroína (48), cocaína (60), alcohol (34), cannabis (9) y benzodiazepinas (1). Los cuestionarios se cumplimentan una vez se produce la estabilización de los pacientes (inexistencia de síntomas y signos de intoxicación o de abstinencia).

Resultados: El 47% de los pacientes supera el punto de corte de 36 propuesto en estudios previos. El análisis factorial del WURS nos proporciona una solución de 3 factores: emocionalidad negativa, impulsividad/problemas de conducta e inatención/problemas de aprendizaje. El primero de ellos no hace relación a ninguno de los criterios diagnósticos DSM-IV ni CIE-10, y es el que explica la mayor parte de la varianza. Las relaciones entre WURS y BFQ no son las esperables a partir de la fundamentación psicobiológica del TDAH y de los rasgos de personalidad. Las relaciones entre WURS y MCMI-II se explican mejor a partir de los componentes emocional e impulsivo del primero, que por la supuesta combinación propia del TDAH. Apreciamos sesgos importantes en la cumplimentación del WURS, como la focalización de la memoria en fases del desarrollo que no se corresponden con las definidas para el TDAH.

Correspondencia:

EDUARDO J. PEDRERO PÉREZ
Bergantín, 11, 5.º-B
28042 Madrid. España
E-mail: ejpedrero@mi.madridtel.es

Conclusiones: Cuestionamos la especificidad del WURS para detectar retrospectivamente el TDAH, tal y como éste se define por criterios y psicobiológicamente. Sugerimos que la inclusión de la escala de emocionalidad negativa incrementa de forma espuria la prevalencia de este trastorno en la muestra y que los sujetos responden atendiendo a recuerdos de edades próximas a la adolescencia, lo que permite explicar las elevadas puntuaciones en el WURS a partir de hipótesis alternativas.

PALABRAS CLAVE: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Trastornos de la personalidad. Trastornos adictivos. Tratamiento. WURS. BFQ. MCMI-II. Modelo de cinco factores. Crítica científica. Evaluación.

Abstract: Objective: To study the relation between the possible existence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in the past of patients in treatment by problematic drug consumption, and its relation with the personality traits and disorders at the present. To consider the possible functionality of drugs in relation to the traits and the present and preceding psychopathology. To study the Wender Utah Rating Scale (WURS) like instrument for retrospective diagnosis.

Material and method: We administered the WURS (version of 25 items proposed by the authors), the Big Five Questionnaire (BFQ) and the Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II) to a cohort of 175 patients who initiate treatment in an ambulatory Center of Attention to Drug-dependencies. After discarding those ones who significantly distorted questionnaires, we have a sample of 152 patients who initiate treatment by heroin (48), cocaine (60), alcohol (34), cannabis (9) and benzodiazepines (1) consumption. The questionnaires are complimented once takes place the stabilization of the patients (nonexistence of symptoms and signs of intoxication or abstinence).

Results: 47% of the patients surpass the point of cut of 36, proposed in previous studies. The factorial analysis of the WURS provides a solution of 3 factors: negative emotionality, impulsivity/conductual troubles and low attention/ learning troubles. First of component does not make relation to any of the diagnoses criteria at DSM-IV nor CIE-10, and is the one that explains most of the variance. The relations between WURS and BFQ are not the expectable ones from the psychobiological basis of the TDAH and the personality traits. The relations

between WURS and MCMI-II are better explained from the emotional and impulsive components of first, than by the supposed own combination of the TDAH. We appreciated important biases in the cumplimentación of the WURS, like the memory focalization in phases of the development that do not correspond with the defined ones for the TDAH.

Conclusions: We question the specificity of the WURS to detect TDAH retrospectively, on the way in which this one defines criterial and psychobiologically. We suggest that inclusion of the scale of negative emotionality increases spuriously the prevalence of this disorder in the sample and that the subjects respond centering their memory in ages next to the adolescence, which allows to explain the high scores in the WURS from alternative hypotheses.

KEY WORDS: Attention deficit hyperactivity disorder. Personality disorders. Drug-addiction. Treatment. WURS. BFQ. MCMI-II. Five factor model. Scientific criticism. Evaluation.

Introducción

Existe una relación ampliamente documentada entre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), algunos trastornos de la personalidad (TP) y el abuso de sustancias. Sin embargo, no ha sido posible establecer los vínculos causales o los factores que median la secuencia de aparición de unos y otros desórdenes, lo que sería de enorme interés en la prevención y la clínica. En buena medida, las dificultades parten de la propia definición de un trastorno, el TDAH, que es en realidad muy heterogéneo desde la clínica y el pronóstico, que ha ido recibiendo sucesivos nombres a lo largo de la historia y que sólo en las últimas versiones DSM-IV y CIE-10 se ha ido perfilando más específicamente, tanto en sus manifestaciones como en su relación con otras entidades clínicas, si bien ambos sistemas de clasificación han omitido la referencia tanto a los factores etiológicos como a los relativos a la intervención. Aún en la actualidad puede considerarse que estas categorías diagnósticas consiguen agrupar a los niños «en algo» pero los diferencian en mucho¹.

En la actualidad, se admite que el TDAH se inicia en la infancia temprana y que presenta 3 subtipos clínicos: uno, con predominio de problemas en el manejo de la atención; otro, con predominio de la impulsividad

vidad y la hiperactividad motora, y un tercero que combina ambos elementos. Estas alteraciones tienen repercusiones negativas en las esferas familiar, escolar, social y en la propia conformación del *sí mismo*, lo que determina una adaptación diferencial de los niños que las presentan.

La epidemiología del TDAH es muy variable según el contexto cultural en que se realice. Aplicando los criterios DSM-IV, Wolraich et al² encontraron, en una muestra con más de 4.000 niños, que el 16,1% cumplían criterios para el diagnóstico, el 8,8% correspondía al subtipo inatento, el 2,6% al impulsivo/hiperactivo y el 4,7% al combinado. Cifras menores obtienen Brown et al en su más reciente revisión, sitúan la prevalencia entre el 4 y el 12%³, y se confirman en otras poblaciones no anglosajonas⁴. No hay estudios fiables en nuestro país, si bien a partir de la prescripción de metilfenidato, se estima una prevalencia mínima de 0,63 por cada mil habitantes entre 5 y 19 años, aunque parece predominar el criterio de prescripción del fármaco únicamente para las formas más graves del trastorno⁵.

Entre un cuarto y un tercio de los niños acreedores a este diagnóstico presentan también otros trastornos concomitantes, más frecuentemente de conducta, del tipo oposicional/desafiante, de ansiedad, depresivos o del aprendizaje⁶. Las niñas presentan siempre una prevalencia entre 2 y 6 veces menor que los varones⁷, si bien para ellas la presencia de este trastorno supone mayor riesgo de presentar trastornos concomitantes y abuso de sustancias⁸. El subtipo inatento (entre el 20-30% de todos los casos) presenta en todas las muestras una frecuente asociación con trastornos afectivos y del estado de ánimo, así como con dificultades del aprendizaje, pero menor frecuencia de problemas de conducta que el impulsivo/hiperactivo (15%), mientras que el tipo combinado (entre el 50-75%) es, de entre todos, el que mayor relación presenta con estos problemas⁹ y con el desarrollo de conductas antisociales en la edad adulta¹⁰.

Contrariamente a lo que se suponía con anterioridad, parece que los síntomas del TDAH no desaparecen al inicio de la vida adulta, sino que se mantienen en un elevado porcentaje de los casos (entre el 66-75%, según estudios recientes) lo que situaría la prevalencia del TDAH en el 1-6% entre la población adulta¹¹, aunque los estudios disponibles distan de ser definitivos. Algunos autores proponen que debe considerarse el diagnóstico de TDAH en adultos que muestran una larga historia de problemas de atención, desorganización en sus funciones ejecutivas, inquietud cognitiva, bajos logros académicos y profesionales,

abuso de sustancias, inestabilidad en sus relaciones afectivas o implicación frecuente en conductas de riesgo^{8,9,12-14}.

Existe una predisposición genética a presentar el trastorno, y el TDAH es el extremo de una dimensión de hiperactividad codificada a partir de mecanismos poligénicos¹⁵ o, al menos, es el producto de la interacción de un número de genes, de los cuales ninguno tendría un efecto principal¹⁶. Sobre tal predisposición, podrían actuar factores ambientales tales como estrés fetal, hipoxia perinatal, dieta alimenticia, factores psicosociales como pobreza, vida familiar caótica y otros, aunque sólo estos últimos, los psicosociales, parecen predecir una parte importante de la varianza para los trastornos de conducta asociados al TDAH¹⁷. Se ha estudiado la implicación de los sistemas noradrenérgico¹⁸, dopaminérgico¹⁹ y serotoninérgico²⁰, sin que ninguno de ellos haya dado cuenta en su totalidad de las alteraciones observables.

Se han encontrado anomalías cerebrales, algunas de las cuales apoyarían la idea de que el TDAH sería, en su origen, un trastorno del desarrollo del sistema nervioso que se iniciaría en los primeros momentos de la gestación y que estaría influido por factores ambientales en el segundo trimestre, afectando principalmente al lóbulo frontal y los ganglios basales²¹. Tales anomalías tendrían su reflejo en una alteración del denominado «sistema directivo cerebral» que regula la atención sostenida sobre estímulos relevantes ambientales o sobre la ejecución de tareas, el control de la impulsividad y la estabilidad del comportamiento, lo que vendría avalado por la similitud de comportamientos observada en sujetos que han presentado lesiones en el lóbulo frontal y estructuras relacionadas (para una revisión completa consultar Mediavilla-García, 2003²² y Narbona-García y Sánchez-Carpintero, 1999²³).

Se ha estudiado la ejecución de funciones neurocognitivas, y se ha observado que los fallos se producen en una inadecuada latencia de respuesta, fallos en la regulación energética, preparación, mantenimiento e inhibición o ajuste del proceso de control motor; tales fallos implican a 3 sistemas de procesamiento: la atención sostenida que predispone a una preparación para la respuesta²⁴, la atención selectiva²⁵ y el fallo en los mecanismos de inhibición de la respuesta²⁶ y tolerancia a la demora. Los 2 primeros soportarían el hallazgo de que son los problemas de atención los únicos que predicen, en detrimento de la impulsividad y la hiperactividad, la severidad y persistencia del TDAH²⁷, mientras que los últimos, en especial los trabajos realizados dentro del paradigma de la *delay aversion*^{28,29}, situarían el núcleo del problema en una

alteración motivacional. De hecho, hace tiempo que se cuestionó la atención como el proceso nuclear del trastorno, dado que cualquier actividad es motivada y la desatención a determinados estímulos sólo se explica por la atención que el sujeto presta a otros estímulos ambientales presentes; en tal medida, los problemas de atención, de actividad y de impulsividad se sustentarían en déficit de «conducta gobernada por la regla», o déficit de motivación y de regulación conductual³⁰. Esta perspectiva explicaría por qué los sujetos afectados rinden bien en tareas que suscitan su interés, y por qué la hiperactividad surge únicamente en tareas académicas y en todas aquéllas que exigen una atención no motivada³¹.

Se ha estudiado también la relación entre el TDAH y los rasgos de personalidad en la edad adulta de los sujetos diagnosticados. La relación más estrecha encontrada se refiere al rasgo de «búsqueda de novedades» formulado desde la teoría de 7 factores de Cloninger et al³², e incluso se han encontrado los precursores genéticos de polimorfismo del receptor dopaminérgico D4 que estaría relacionado tanto con el cuadro de hiperactividad e inatención como con el rasgo medido con cuestionarios³³⁻³⁵, aunque otros estudios ponen en duda tal asociación³⁶. También se ha estudiado desde el paradigma de los 5 grandes factores de personalidad, utilizando el NEO-PI-R³⁷ y el NEO-FFI³⁸, y en ambos trabajos se ha encontrado una correlación positiva con neuroticismo, negativa con tesón y, sólo en el segundo, negativa con la afabilidad. Las dimensiones de apertura mental y extraversión/intraversión no muestran correlación significativa. Sí aparece, en cambio, cuando se correlaciona el NEO-FFI con las 5 dimensiones obtenidas mediante análisis factorial³⁹ del Wender Utah Rating Scale (WURS)⁴⁰, cuestionario de 61 ítems elaborado para aproximar un diagnóstico retrospectivo de TDAH en adultos: los problemas sociales correlacionan con extraversión, la impulsividad lo hace con la afabilidad, los problemas de atención con el tesón, los de aprendizaje con la apertura mental, todos ellos negativamente, y los problemas afectivos lo hacen positivamente con neuroticismo, aunque con diferente consistencia transmuestra. El modelo de 5 factores y sus instrumentos se han utilizado también para estudiar a los progenitores de niños con TDAH, y se ha encontrado una correlación predictiva entre el neuroticismo materno y la conducta agresiva del hijo⁴¹. Estos instrumentos y otros similares, como el Big Five Questionnaire (BFQ), se han usado también para estudiar la estructura de personalidad de los sujetos en tratamiento por consumo problemático de sustancias⁴²⁻⁴⁴, y se han encontrado valores

consistentemente inferiores a la media poblacional en tesón y apertura mental, y superiores en neuroticismo.

Otros estudios se centran en la presencia de trastornos de la personalidad en adultos con antecedentes de TDAH, y es muy frecuente y consistente la relación de este trastorno con la presencia de criterios para estimar la concurrencia de trastorno antisocial, límite y otros menos frecuentes, como el histriónico o el pasivo-agresivo⁴⁵. El trastorno antisocial es más frecuente en los sujetos que presentaron trastornos de conducta y déficit en su socialización primaria⁴⁶, mientras el trastorno límite es más frecuente en quienes mostraron trastornos afectivos severos⁴⁷. La impulsividad temprana parece ser el mejor predictor de evolución hacia patrones de conducta disociales⁴⁸, aunque otros autores consideran la influencia de los acontecimientos ambientales adversos, como psicopatología materna, pobreza y vida familiar conflictiva, como los mejores predictores de incremento de riesgo para desarrollar tales patrones de comportamiento⁴⁹.

Existen pues, múltiples estudios que vinculan al TDAH con el consumo de drogas^{50,51}, con la presencia de rasgos estables en la personalidad adulta³⁸ y con trastornos de la personalidad⁴⁵. Existen también otros trabajos que relacionan el consumo de drogas con la presencia de determinados rasgos de personalidad^{42,43} y con sus trastornos^{52,53}. Y por último, también se ha estudiado la relación entre rasgos y trastornos de la personalidad^{44,54}. A la vista de todos estos trabajos, la primera impresión es que, en buena medida, parecen hacer referencia a procesos que tienen un número llamativo de elementos en común. Podría hipotetizarse que determinadas características neurológicas predisponen a determinados comportamientos motores, motivacionales y atencionales que, en constante y temprana interacción con elementos ambientales, van configurando una estructura de personalidad de los sujetos y los van haciendo proclives al desarrollo de patrones de comportamiento disfuncionales que culminan en la autoadministración de sustancias, ésta es, en muchos casos, el desencadenante de la demanda de ayuda. No estamos en condiciones de verificar tal secuencia de acontecimientos, aunque parece plausible a tenor de los estudios ya citados y muchos otros disponibles. Una primera impresión es que, de ser cierta esta secuencia, tratar a los sujetos que abusan de sustancias sin atender a sus sustratos biológicos y a su peculiar historia de aprendizaje no pasa de ser un tratamiento sintomático abocado, en muchos casos, a un fracaso y, en todos los casos, un abordaje incompleto y parcial. En segundo lugar, si aplicamos, por una parte, los conocimientos acumulados en el tratamiento

farmacológico del TDAH y, por otra, las estrategias terapéuticas no farmacológicas (modificación de conducta, terapia ocupacional, educación social) que han demostrado éxito en este trastorno, quizá podríamos mejorar de forma sustantiva el tratamiento que proporcionamos a los pacientes con consumo problemático de sustancias que presentan un historial de TDAH o, incluso, la sintomatología propia del trastorno en la edad adulta.

Consideramos que en la actualidad existen instrumentos fiables para relacionar el abuso de drogas, los rasgos y trastornos de la personalidad y la existencia de síntomas sugestivos de un TDAH en la historia de los sujetos atendidos, y que el estudio compuesto de estos trastornos y características individuales puede ayudarnos a comprender tanto el sustrato común como las posibles diferencias y, en consecuencia, nos puede permitir el diseño y puesta en marcha de programas de tratamiento con mayor probabilidad de eficacia en todos los niveles, biológico, psicológico y social, de los pacientes.

Procedimiento

Participantes

Se administran los cuestionarios a una cohorte de pacientes que inician tratamiento por abuso o dependencia de sustancias en el Centro de Atención a las Drogodependencias CAD-4 (San Blas) sin efectuar selección alguna. Se obtiene una muestra de 175 sujetos que cumplimentan todos los cuestionarios. En todos los casos se advierte que éstos forman parte del proceso de evaluación normal del CAD y que los resultados podrán ser utilizados de forma totalmente anónima en estudios de investigación. Los pacientes firman voluntariamente el contrato terapéutico.

Material y método

Los cuestionarios que se utilizan son:

— Wender-Utah Rating Scale (WURS)⁵⁵, cuestionario de 61 ítems puntuados según una escala de Likert de 5 opciones, del que Ward et al extrajeron 25 ítems que presentaban por sí mismos suficiente fiabilidad y capacidad discriminativa. Utilizamos los 25 ítems seleccionados por los autores, traducidos por Ponce et al⁵¹, y validados provisionalmente en población española por Rodríguez Jiménez et al⁵⁶. Las preguntas se refieren todas a un encabezado común: «de pequeño yo era (o tenía, o estaba)», y se contestan desde 0 (nada) hasta 4 (mucho).

— Big Five Questionnaire (BFQ)⁵⁷, cuestionario de autoinforme basado en el modelo de 5 factores, validado para población española y ofrece la posibilidad de presentar los resultados en puntuaciones T, según una distribución normal con media 50 y desviación típica (DT) 10, los valores entre 25 y 34 se consideran muy bajos, entre 35 y 44 bajos, entre 45 y 54 promedio, entre 55 y 64 altos y entre 65 y 75 muy altos. Se compone de 132 ítems que se responden en una escala de Likert de 5 opciones, e informa de 5 dimensiones, cada una de ellas con 2 subdimensiones: energía (dinamismo y dominancia), afabilidad (cooperatividad y cordialidad), tesón (escrupulosidad y perseverancia), estabilidad emocional (control de las emociones y de los impulsos) y apertura mental (apertura a la cultura y a la experiencia); además de una escala de distorsión.

— Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II)⁵⁸, cuestionario que consta de 175 ítems de respuesta verdadero-falso que informan sobre 8 patrones clínicos de personalidad, 3 formas graves de patología de personalidad, 6 síndromes clínicos de severidad moderada y 3 síndromes clínicos graves. Las puntuaciones directas, por una parte, permiten la descripción dimensional de los diversos patrones desadaptativos y, por otra, se convierten en puntuaciones de tasa base, atendiendo a la distribución de la prevalencia de cada trastorno en los subgrupos de población; la lógica de esta transformación se sitúa en el hecho que, a diferencia de los rasgos, que se distribuyen normalmente y con frecuencias comparables, los trastornos de personalidad no presentan una distribución semejante ni su prevalencia es igual entre las poblaciones de pacientes, lo que obliga a transformar las puntuaciones atendiendo al modelo de prevalencia subyacente a cada trastorno. Una vez considerado éste, mediante estudios poblacionales preliminares, el autor elabora unas tablas para cada subgrupo de población, estima un punto de corte en el valor 75, los valores iguales o superiores son sugestivos de algún problema clínico, y otro en el valor 85 que indicaría una severidad importante del trastorno. El cuestionario cuenta con diversas medidas de validez, deseabilidad y sinceridad.

Para proceder a la cumplimentación de los cuestionarios se espera el tiempo necesario hasta asegurarse, en las sucesivas citas, que el sujeto se encuentra libre de los efectos de la sustancia y de los síntomas de la retirada, o bien que está ajustado con la medicación sustitutiva, para evitar interferencias que se han puesto de manifiesto en otros estudios⁵⁹. El tiempo de espera no excede de los 20 días desde la primera cita de

valoración. Los sujetos rellenan los cuestionarios, que les son entregados en el CAD, en su casa, en los 3 días siguientes. Se proporcionan las mismas instrucciones a todos los sujetos.

Se utilizan también las entrevistas de valoración y la historia clínica para obtener las variables droga que motiva la demanda, sexo, edad, nivel de estudios alcanzado, situación laboral, estado civil, núcleo de convivencia habitual, antecedentes legales, tratamientos previos por consumo de drogas, edad de inicio en la droga que motiva la demanda y tiempo de consumo.

Análisis de datos

Se utiliza el paquete estadístico SPSS 10.0 para Windows. Se realizan estimaciones de tendencia central, dispersión, análisis de fiabilidad, diferencias de medias, pruebas no paramétricas, correlaciones bivariadas, análisis factorial, de conglomerados y de regresión.

Resultados

El WURS no posee ninguna escala de veracidad, pero sí cuentan con ella los otros cuestionarios. En adelante prescindiremos de los sujetos que en el BFQ presentan una distorsión no comprendida entre la media y $\pm 1,5$ DT, y en el MCMI-II una puntuación de 1 o más en la escala V (validez), o < 145 o > 590 en la escala X (sinceridad). La muestra así tratada queda reducida a 152 sujetos, cuya puntuación media en el WURS es de 35,1 (DT, 19,9). Las frecuencias de las puntuaciones según tramos, se presentan en la figura 1. Las características generales de la muestra se presentan en las tablas 1 y 2.

El WURS presenta una fiabilidad, medida por el coeficiente α , de 0,93, similar a la informada en estudios precedentes^{51,56,57,60}. Todos los ítems presentan

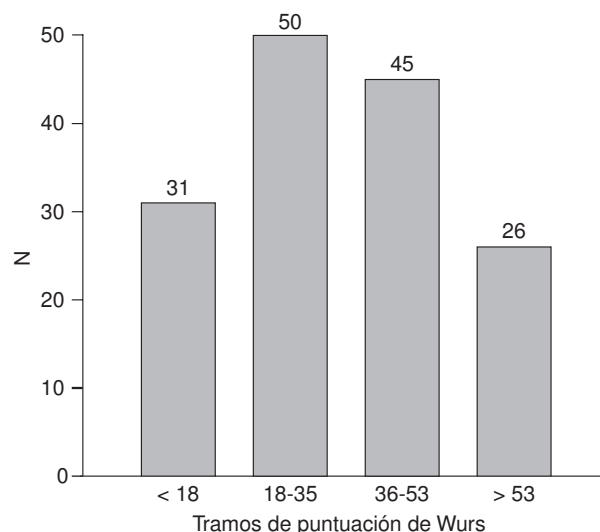


Figura 1. Distribución de frecuencias por tramos de puntuación en el WURS.

una elevada capacidad discriminativa en relación al total del test excluidos los propios ítems (salvo el ítem 21 que se muestra más débil). Realizamos un análisis factorial con los ítems del WURS. Estudios precedentes en población española apuntan a la identificación de 4 factores⁵⁶, si bien los 25 ítems que fueron seleccionados no se corresponden con los que propusieron los autores (y que han sido los seleccionados en el presente estudio), por lo que nuestro análisis se decanta por la solución de 3 factores: problemas emocionales subjetivos, impulsividad/trastornos de conducta y problemas de atención/aprendizaje. Esta solución explica un 56% de la varianza y se realiza una rotación Oblimin (tabla 3).

La fiabilidad de los 3 factores encontrados es: a) malestar psicológico subjetivo, $\alpha = 0,90$ (explica el 38,7% de la varianza del test); b) impulsividad/problemas de conducta, $\alpha = 0,86$ (9,8% de la varianza); c) problemas de atención/aprendizaje, $\alpha = 0,84$

Tabla 1. Características generales de la muestra (I)

	n	Edad		Sexo		Edad de inicio		Tiempo de consumo		Tratamientos anteriores		
		M	DT	V	M	M	DT	M	DT	Ninguno	de 1 a 3	Más de 3
Heroína	48	35,5	7,2	31	17	20,5	6,0	14,6	5,9	5	13	30
Cocaína	60	30,8	6,8	47	13	20,5	5,8	9,5	5,4	34	21	5
Alcohol	34	39,9	7,6	24	10	19,6	7,8	19,7	8,4	16	15	3
Cannabis	9	28,2	10,0	8	1	16,3	3,1	10,9	5,6	9	—	—
Benzodiazepinas	1	49,0	—	0	1	20,0	—	14,0	—	1	—	—
Total	152	34,29	8,25	110	42	20,1	6,3	13,5	7,4	65	49	38

Tabla 2. Características generales de la muestra (II)

	Estudios					Laboral			Estado civil				Legales		Convivencia					
	n	SE/EP	PRIM	SEC	UNI	T	P	O	S	C	D	O	SÍ	NO	FO	FP	SO	IN	AM	SH
Heroína	48	9	17	21	1	19	24	5	30	7	10	1	18	30	29	8	5	3	3	0
Cocaína	60	8	20	26	6	35	21	4	38	13	7	2	19	41	37	15	7	0	1	0
Alcohol	34	6	14	13	1	22	9	3	9	17	7	1	5	29	13	18	2	0	0	1
Cannabis	9	0	1	5	3	7	1	1	7	2	0	0	1	8	7	2	0	0	0	0
Benzodiazepinas	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0
Total	152	23	52	65	12	83	55	14	85	39	24	4	43	108	86	43	15	3	4	1

Estudios: nivel de estudios alcanzado (aunque no se hayan finalizado); SE: sin estudios; PRIM: primaria; SEC: secundaria; UNI: universitarios. Laboral: situación laboral al inicio de tratamiento; T: con trabajo; P: en paro; O: otras situaciones (estudiante, pensionista, actividades marginales, etc.). Estado civil: S: soltero; C: casado/pareja estable; D: separado/divorciado; O: otras. Legales: antecedentes legales. Convivencia: núcleo de convivencia habitual; FO: familia de origen; FP: familia propia; SO: solo; IN: institucionalizado; AM: amigos; SH: sin hogar.

Tabla 3. Análisis factorial del WURS (n = 152).

Ítem	Factores		
	Malestar psicológico	Impulsividad	Inatención
11. Mala opinión de mí mismo	0,844		
9. Triste, deprimido	0,824		
14. Enfadado	0,781	0,489	
13. Cambios de humor frecuentes: alegre, triste	0,771	0,438	
2. Ansioso, preocupado	0,750		
17. Sentimientos de culpa, remordimientos	0,719		
18. Perdía el control de mí mismo	0,704	0,562	0,510
20. Poco popular entre los demás chicos, los amigos no me duraban mucho, no me llevaba bien con los demás chicos	0,602		
16. Tendencia a ser inmaduro	0,585		0,567
19. Tendencia a ser o actuar irracionalmente	0,562	0,528	0,478
21. Dificultad para ponerme en el lugar de otros, de saber lo que los demás sentían	0,401		
6. Explosiones de genio, rabietas		0,831	
5. Mucho temperamento, saltaba con facilidad		0,818	
12. Irritable	0,571	0,720	
10. Desobediente con mis padres, rebelde, contestón		0,711	0,470
15. Impulsivo, hacía las cosas sin pensar		0,695	0,519
8. Testarudo, cabezota		0,672	
3. Nervioso, inquieto		0,540	
1. Problemas de atención, me distraía con facilidad		0,457	0,801
23. En general, un mal estudiante, me costaba aprender			0,791
4. Poco atento, «en las nubes»		0,425	0,730
22. Problemas con las autoridades, en la escuela, visitas al jefe de estudios		0,472	0,678
24. Problemas con los números o las matemáticas	0,434		0,673
7. Problemas para terminar las cosas que empezaba	0,567		0,669
25. No alcancé todo mi potencial	0,513		0,529

Matriz de componentes rotados. Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: normalización Oblimin con Kaiser. La rotación ha convergido en 11 iteraciones. (Se han excluido los valores menores de 0,4).

(7,5% de la varianza). El factor de malestar correlaciona $r = 0,56$ con el de impulsividad y $r = 0,62$ con el de atención; estos 2 últimos correlacionan entre sí $r = 0,54$ ($p < 0,001$ en todos los casos). La correlación con la puntuación total del test es 0,88, 0,81 y

0,83, respectivamente. Si excluimos el factor emocional, los otros 2 configuran un cuestionario de 14 ítems con una fiabilidad de $\alpha = 0,89$. Realizado un nuevo análisis factorial con rotación oblicua, se confirma la estructura de 2 factores de esta versión de 14

Tabla 4. Análisis factorial confirmatorio del WURS (n = 152) excluyendo los ítems del factor 1 (emocionalidad negativa)

	Matriz de estructura	
	Componente	
	1	2
Ítem 06	0,827	
Ítem 05	0,809	
Ítem 12	0,750	
Ítem 10	0,730	
Ítem 15	0,705	
Ítem 08	0,696	
Ítem 03	0,592	
Ítem 23		0,792
Ítem 01		0,767
Ítem 24		0,757
Ítem 04		0,707
Ítem 07		0,693
Ítem 22		0,626
Ítem 25		0,613
VTE	41,40%	13,50%

Método de extracción: análisis de componentes principales.
 Método de rotación: normalización Oblimin con Kaiser.
 Se han excluido los valores < 0,55.
 VTE: varianza total explicada.
 La descripción de cada Ítem se presenta en la Tabla 3.

ítems (tabla 4).

No se aprecian diferencias significativas en las puntuaciones medias obtenidas en el WURS entre los grupos

formados a partir de la droga que motiva la demanda de tratamiento (tabla 5), aunque tal ausencia de significación puede deberse a lo reducido de las muestras en los 2 últimos grupos. No existe diferencia entre los 3 primeros grupos tomados por separado (prueba de Kruskal-Wallis, sig.as. = 0,18). Tampoco aparecen diferencias en función del sexo (p = 0,96), la edad (r = 0,00), nivel de estudios alcanzado (p = 0,55), la situación laboral (p = 0,25), el estado civil (p = 0,11), ni en función de la existencia de antecedentes judiciales (p = 0,86), ni en relación a la edad de inicio en el consumo (r = -0,05), ni en relación al tiempo de consumo (r = 0,09). Sí aparecen diferencias significativas (p < 0,05) en relación al número de intentos previos de abandono del consumo, y puntúan más alto aquéllos que cuentan con más de 3 intentos (WURS = 40,9), que quienes lo han intentado entre una y 3 veces (30,6) y que quienes inician su primer tratamiento (34,3). En la tabla 6 se presentan las relaciones observadas entre estas variables y los grupos por debajo y por encima de la puntuación de corte en el WURS.

Efectuamos un análisis de agrupación, intentando identificar los 3 subtipos descritos para el TDAH, a partir de los 2 factores del WURS que se corresponden con los criterios diagnósticos de impulsividad e inatención. En la tabla 7 se observa que aparece claramente un grupo que puntuaría alto en ambos (grupo mixto), también se observa con claridad otro que lo haría preferentemente en el componente de impulsivi-

Tabla 5. Puntuaciones medias y desviaciones estándar obtenidas por los sujetos, según los grupos en función de la droga que motiva la demanda de tratamiento, en el WURS y en cada uno de los componentes obtenidos por análisis factorial

	Heroína n = 46		Cocaína n = 55		Alcohol n = 32		Cannabis n = 8		Benzodiazepinas n = 1	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
Factor 1 emocionalidad	13,1	9,6	12,5	9,7	11,3	9,5	10,0	9,4	1,0	—
Factor 2 impulsividad	12,8	6,7	12,9	7,4	10,1	6,6	8,8	5,1	3,0	—
Factor 3 inatención	12,6	6,3	10,8	7,3	9,2	6,2	10,0	5,1	0,0	—
Total WURS	38,5	18,8	36,3	21,1	30,7	19,2	28,8	16,6	4,0	—

Tabla 6. Relación de los grupos según se encuentren por debajo (n = 80) y por encima (n = 72) del punto de corte de 36 en el WURS y las variables droga que motiva la demanda de tratamiento, sexo, nivel de estudios alcanzado y existencia de antecedentes penales

	Heroína	Cocaína	Alcohol	Cannabis	Varones	Mujeres	Sin estudios	Primarios	Secundarios	Superiores	Antecedentes penales
WURS < 36 (%)	45,8	51,7	61,8	66,7	54,5	50,0	52,2	51,9	55,4	50,0	26,3
WURS ≥ 36 (%)	54,2	48,3	38,2	33,3	45,5	50,0	47,8	48,1	44,6	50,0	30,6
Total (n)	48	60	34	9	110	42	23	52	65	12	43

Tabla 7. Análisis de 3 conglomerados a partir de las puntuaciones en los componentes diagnósticos del WURS con correspondencia en los 3 subtipos descritos para el TDAH, en la submuestra que obtiene 36 puntos o más en el test

	Centros de los conglomerados finales		
	Conglomerado		
Factor 2 impulsividad	21,44	20,46	11,90
Factor 3 inatención	22,56	10,38	16,77
Porcentaje	22,5	33,8	43,7

dad, y un tercero, no tan claro, en el que las puntuaciones de inatención son superiores, aunque también presentan puntuación elevada en impulsividad.

Describimos ahora la muestra en relación a las puntuaciones tipificadas obtenidas en el BFQ, tanto en la muestra general como en los subgrupos, según la dro-

ga que motiva la demanda (tabla 8), y se encuentran diferencias únicamente en la dimensión de control emocional entre el reducido grupo de cannabis y el resto de grupos (excluyendo al único sujeto del grupo de benzodiazepinas). En la tabla 9 se presentan las correlaciones observadas entre las dimensiones y subdimensiones del BFQ y la puntuación total del WURS, y la obtenida en cada uno de los 3 componentes previamente definidos por el análisis factorial.

En la tabla 10 exploramos, mediante un ANOVA, las diferencias entre las puntuaciones obtenidas en las dimensiones y subdimensiones del BFQ entre los grupos que puntúan por encima y por debajo del punto de corte de 36 en el WURS, y se puede observar que sólo la Estabilidad emocional y sus 2 subescalas presentan diferencias significativas ($p < 0,01$), mientras que aparecen con una significación menos marcada ($p < 0,05$) para las dimensiones de afabilidad, tesón (y la subdimensión de perseverancia) y

Tabla 8. Media y desviación típica (DT) de las puntuaciones T (tipificadas, media 50, DT 10) de la muestra y los subgrupos según la droga principal en las dimensiones y subdimensiones del BFQ

	N = 152		Total		Heroína		Cocaína		Alcohol		Cannabis	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT	Media	DT
<i>Energía</i>	50,6	9,9	49,0	9,1	53,3	10,3	48,6	10,2	50,3	6,9		
Dinamismo	49,8	11,3	47,9	10,9	52,2	12,1	48,5	11,0	49,6	8,7		
Dominancia	51,3	8,0	50,7	6,6	53,4	8,7	49,5	8,0	50,4	6,7		
<i>Afabilidad</i>	48,2	10,2	46,8	8,8	48,9	11,6	47,5	9,4	53,4	9,5		
Cooperatividad	50,9	10,4	49,4	9,5	52,2	11,6	49,2	9,8	56,3	8,1		
Cordialidad	46,5	9,8	45,7	9,3	46,6	10,9	46,7	7,9	48,8	12,1		
<i>Tesón</i>	45,8	9,7	47,0	9,0	45,0	10,6	44,8	8,9	47,3	12,0		
Escrupulosidad	46,4	9,5	48,4	9,7	44,4	9,8	46,6	8,5	45,9	8,8		
Perseverancia	46,4	10,3	46,8	10,2	46,5	10,9	44,7	9,3	49,4	11,7		
<i>Estabilidad emocional</i>	43,1	9,3	42,3	7,9	41,6	9,8	45,3	9,6	50,9	9,0		
Control emocional	43,8	9,2	42,3	7,6	42,3	8,6	46,2	9,3	54,8	13,5		
Control impulsos	44,1	10,1	44,0	8,9	42,5	10,9	46,1	10,6	49,8	3,9		
<i>Apertura mental</i>	46,4	9,5	48,5	9,1	46,0	9,7	43,7	9,0	49,0	8,8		
Apertura a la cultura	47,4	9,8	49,3	9,1	46,0	10,3	47,2	9,3	49,4	10,6		
Apertura a la experiencia	46,9	9,8	48,6	9,8	47,4	9,7	43,0	9,4	50,6	7,4		
<i>Distorsión</i>	48,0	7,4	46,5	6,7	48,0	7,8	50,0	7,4	47,1	7,2		

Tabla 9. Correlaciones entre las dimensiones y subdimensiones del BFQ y las puntuaciones en cada uno de los 3 componentes del WURS (obtenidos por análisis factorial) y su puntuación total

	Energía	Dinamismo	Dominancia	Afabilidad	Cooperatividad	Cordialidad	Tesón
Factor 1 emocional	-0,16	-0,21*	-0,04	-0,19*	-0,15	-0,14	-0,21**
Factor 2 impulsividad	0,19*	0,09	0,20*	-0,24**	-0,18*	-0,21*	-0,02
Factor 3 inatención	-0,11	-0,16	-0,01	-0,16	-0,07	-0,16	-0,15
Total WURS	-0,05	-0,12	0,05	-0,23**	-0,16	-0,20*	-0,16

*Significación $p < 0,05$; **significación $p < 0,01$.

Tabla 10. ANOVA de las diferencias en puntuaciones de escalas y subescalas BFQ entre los grupos que puntúan por encima y por debajo del punto de corte de 36 en el WURS

	Grupo	Media	DT	F	p
<i>Energía</i>	< 36	51,5	9,3	1,09	0,30
	≥ 36	49,7	10,3		
Dinamismo	< 36	51,4	11,3	1,86	0,18
	≥ 36	48,8	11,2		
Dominancia	< 36	51,4	7,6	0,18	0,68
	≥ 36	50,8	8,1		
<i>Afabilidad</i>	< 36	50,4	10,5	5,24	0,02*
	≥ 36	46,6	9,0		
Cooperatividad	< 36	52,7	11,5	3,33	0,07
	≥ 36	49,5	8,9		
Cordialidad	< 36	48,3	9,3	3,38	0,07
	≥ 36	45,3	9,5		
<i>Tesón</i>	< 36	47,8	9,1	4,96	0,03*
	≥ 36	44,1	10,2		
Escrupulosidad	< 36	47,4	8,6	1,41	0,24
	≥ 36	45,5	10,4		
Perseverancia	< 36	48,4	9,5	5,20	0,02*
	≥ 36	44,5	10,7		
<i>Estabilidad emocional</i>	< 36	46,1	9,6	17,52	0,00**
	≥ 36	39,9	7,6		
Control emocional	< 36	46,0	10,0	9,14	0,00**
	≥ 36	41,4	7,6		
Control impulsos	< 36	47,5	9,9	18,69	0,00**
	≥ 36	40,6	8,9		
<i>Apertura mental</i>	< 36	48,3	8,9	4,82	0,03*
	≥ 36	44,8	9,6		
Apertura a la cultura	< 36	49,2	9,5	3,80	0,05*
	≥ 36	46,0	10,0		
Apertura a la experiencia	< 36	48,8	8,9	5,32	0,02*
	≥ 36	45,1	10,0		

apertura mental (y sus 2 subdimensiones). Realizamos posteriormente un análisis de regresión de las subdimensiones del BFQ sobre la puntuación total del WURS y sus 3 componentes factoriales (tabla 11), y se observa que el factor emocionalidad negativa se predice a partir de los rasgos adultos de control de las emociones y de perseverancia, que el factor impulsividad/problemas de conducta se predice a partir del rasgo de control de los impulsos, el factor

inatención/problemas de aprendizaje a partir de los rasgos de control de las emociones y apertura a la cultura, mientras que para la puntuación total del WURS son predictivos los rasgos de control de los impulsos y apertura a la cultura, si bien ninguna de las combinaciones obtenidas predice una fracción sustancial de la varianza.

En la tabla 12 podemos observar las correlaciones significativas entre las dimensiones y subdimensiones

Esscrupulosidad	Perseverancia	Estabilidad emocional	Control emocional	Control impulsos	Apertura mental	Apertura a la cultura	Apertura a la experiencia
-0,03	-0,30**	-0,34**	-0,32**	-0,29**	-0,20*	-0,20*	-0,21**
-0,05	0,00	-0,40**	-0,27**	-0,46**	-0,06	-0,13	0,01
-0,12	-0,11	-0,30**	-0,26**	-0,29**	-0,18*	-0,25**	-0,11
-0,07	-0,18*	-0,41**	-0,34**	-0,40**	-0,18*	-0,23**	-0,14

Tabla 11. Análisis de regresión de las subdimensiones del BFQ sobre los componentes del WURS, obtenidos por análisis factorial, y la puntuación total del test

		Coefficiente Betaestandarizado	R ² corregida
Factor 1	Control emocional	-0,27	0,15
	Perseverancia	-0,25	
Factor 2	impulsividad	-0,46	0,21
Factor 3	Apertura a la cultura	-0,26	0,12
	inatención	-0,21	
Total	Control impulsos	-0,37	0,18
WURS	Apertura a la cultura	-0,17	

de personalidad, estimadas mediante el BFQ, y los patrones desadaptativos de personalidad, según las puntuaciones directas alcanzadas en el MCMI-II.

Efectuamos seguidamente la transformación de las puntuaciones directas del MCMI-II en puntuaciones de tasa base, realizamos las correcciones propuestas por el autor⁵⁸ (correcciones X y X/2, ajuste depresión/ansiedad, ajuste deseabilidad/alteración, ajuste negatividad/hacerse el enfermo y ajuste para pacientes) y atendimos a las tablas del manual. En la tabla 13 observamos, en su parte superior, el porcentaje de sujetos que obtiene puntuaciones criterio para estimar la presencia de cada trastorno (TB > 74) y el grado de

Tabla 12. Correlaciones estadísticamente significativas entre las puntuaciones T de las dimensiones y subdimensiones del BFQ y las escalas de patrones desadaptativos del MCMI-II en puntuaciones directas (p < 0,01)

	Esquizoide	Evitativa	Dependiente	Histriónica	Narcisista
<i>Energía</i>	-0,57	-0,49		0,48	0,42
Dinamismo	-0,58	-0,51		0,42	0,35
Dominancia	-0,36	-0,27		0,37	0,34
<i>Afabilidad</i>	-0,45	-0,39			
Cooperatividad	-0,34	-0,30			
Cordialidad	-0,41	-0,36			-0,23
<i>Tesón</i>	-0,34	-0,43			
Escrupulosidad					
Perseverancia	-0,41	-0,50			
<i>Estabilidad emocional</i>		-0,29			
Control emocional		-0,39			
Control impulsos			0,25	-0,24	-0,32
<i>Apertura mental</i>	-0,39	-0,37	-0,24		
Apertura a la cultura	-0,31	-0,32			
Apertura a la experiencia	-0,40	-0,34	-0,24		

Tabla 13. En la parte superior, porcentaje de pacientes que obtienen puntuaciones criterio de presencia (TB > 74) y severidad (TB > 84) en las escalas del MCMI-II. En la parte intermedia, correlaciones observadas entre los componentes del WURS, obtenidas por análisis factorial, y la puntuación total, y las escalas de patrones disfuncionales del MCMI-II en puntuaciones TB. En la parte inferior, factores del WURS con capacidad predictiva para los trastornos y R2 de cada modelo de regresión

	Esquizoide	Evitativa	Dependiente	Histriónica	Narcisista	Antisocial
% TB > 74	4,6	15,2	6,0	15,9	13,2	21,2
% TB > 84	4,0	7,9	0,7	4,0	7,3	11,9
Factor 1 emocional	0,16	0,36**	-0,03	0,12	0,18*	0,35**
Factor 2 impulsividad	-0,05	0,07	-0,30**	0,34**	0,35**	0,50**
Factor 3 inatención	0,18*	0,27**	-0,09	0,16*	0,18*	0,40**
Total WURS	0,12	0,29**	-0,15	0,23**	0,27**	0,48**
Factor 1 emocional		+	+			
Factor 2 impulsividad	-	-	-	+	+	+
Factor 3 Inatención	+					+
R ² (corregida)	0,05	0,16	0,11	0,11	0,11	0,26

+ Capacidad predictiva positiva - Capacidad predictiva negativa

** Significación p < 0,01 * Significación p < 0,05

severidad (TB > 84) para cada uno de ellos. En la parte intermedia observamos las correlaciones obtenidas entre la puntuación total del WURS y cada uno de los componentes extraídos por análisis factorial con las escalas del MCMI-II. En la parte inferior se constatan los factores que tienen capacidad predictiva para cada uno de los trastornos y la R² corregida global para cada modelo de regresión.

Si admitimos como punto de corte para la estimación de diagnóstico retrospectivo de TDAH, la puntuación 36 en el WURS, como proponen los autores⁵⁵, observamos que en la muestra < 36 (n = 81; 53,7% del total de la muestra) la media de TP presentes en cada sujeto es

de 1,8 (DT, 1,7), mientras que en el grupo ≥ 36 (n = 71; 46,3%) alcanza los 3,1 (DT, 2,0), diferencias que son estadísticamente significativas (t = -4,3; p < 0,001); si atendemos a la severidad, en el grupo < 36 la media es de 0,8 (DT, 1,2) y en el de ≥ 36 es de 1,6 (DT, 1,6), diferencias que también presentan significación (t = -3,2, p < 0,01). En la tabla 14 podemos observar el porcentaje de sujetos de cada uno de ambos grupos que alcanza puntuaciones criterios en cada escala del MCMI-II y el diferencial encontrado entre ellos.

Finalmente, en la tabla 15 se presentan las puntuaciones medias obtenidas por cada grupo según la droga principal en cada una de las escalas del MCMI-II, y

Antisocial	Agresivo/ sádica	Obsesivo compulsiva	Negativista	Autodestructiva	Esquizotípica	Límite	Paranoide
				-0,33	-0,48	-0,27	
				-0,33	-0,48	-0,28	
	0,24				-0,28		
-0,37	-0,39		-0,40	-0,24	-0,45	-0,32	-0,31
-0,24	-0,28		-0,32		-0,33	-0,27	
-0,37	-0,36		-0,34		-0,43	-0,25	-0,39
		0,53	-0,30	-0,40	-0,41	-0,42	
		0,54				-0,22	
		0,34	-0,34	-0,46	-0,46	-0,45	
-0,41	-0,37		-0,57	-0,39	-0,32	-0,52	-0,22
-0,33	-0,23		-0,52	-0,48	-0,39	-0,56	
-0,43	-0,46		-0,54	-0,25		-0,41	-0,27
			-0,29	-0,35	-0,41	-0,27	
			-0,28	-0,27	-0,35	-0,22	-0,25
			-0,25	-0,34	-0,39	-0,26	

Agresivo/ sádica	Obsesivo/ compulsiva	Negativista	Autodestructiva	Esquizotípica	Límite	Paranoide
17,2	1,3	20,5	16,6	2,0	9,3	2,6
9,3	0,0	13,9	7,9	1,3	5,3	1,3
0,30**	-0,19*	0,41**	0,36**	0,31**	0,44**	0,16*
0,43**	-0,16	0,41**	0,18*	0,07	0,35**	0,21**
0,27**	-0,17*	0,30**	0,26**	0,27**	0,32**	0,16
0,39**	-0,20*	0,44**	0,32**	0,27**	0,44**	0,21*
+	-	+	+	+	+	+
0,18	0,03	0,21	0,13	0,10	0,20	0,04

Tabla 14. Porcentaje de pacientes de los grupos que obtienen puntuaciones menores de 36, o iguales o superiores en el WURS, que presentan, a su vez, puntuaciones TB criterio para estimar la presencia (TB > 74) o severidad (TB > 84) en las escalas del MCMI-II, así como el diferencial entre ambos grupos

		Esquizoide	Evitativa	Dependiente	Histriónica	Narcisista	Antisocial
TB > 74	WURS < 36	13,6	12,3	30,9	19,8	19,8	12,3
	WURS = 36	9,9	32,4	12,7	33,8	28,2	45,1
	Diferencial	-3,7	20,0	-18,2	14,0	8,4	32,7
TB > 84	WURS < 36	9,9	6,2	11,1	3,7	9,9	4,9
	WURS = 36	8,5	16,9	1,4	8,5	15,5	25,4
	Diferencial	-1,4	10,7	-9,7	4,7	5,6	20,4

se aprecian diferencias significativas únicamente en la escala de patrón antisocial (significativamente menor en el grupo de alcohol) y en la del obsesivo/compulsivo (significativamente menor en el grupo de cocaína).

Discusión

Hasta tiempos muy recientes, la investigación en nuestro país sobre los factores que predisponen al abuso de sustancias ha circulado por sendas claramente diferenciadas. Por una parte, se ha prestado atención a los factores biológicos que podrían justificar los trastornos psicopatológicos que coexisten frecuentemente con la conducta adictiva; por otra, a los factores psicosociales que predisponen a desarrollar tal estilo de conducta. En la actualidad parece más adecuado prescindir del dualismo que ha presidido esas tendencias de investigación, y abordar definitivamente un enfoque integrado biopsicosocial que puede dar cuenta de los complejos problemas a los que nos enfrentamos. El TDAH puede ser un buen ejemplo de cómo determinadas configuraciones cerebrales predisponen a determinados estilos de comportamiento inadaptable, y cómo la sanción social de tales comportamientos puede moldear patrones de personalidad vulnerables a la acción de las sustancias autoadminis-

tradas hasta configurar un cuadro en el que factores biológicos, patrón de personalidad y conducta adictiva puedan explicarse y predecirse como una unidad evolutiva.

Lo primero que observamos en el presente estudio es que casi la mitad de nuestra muestra supera el punto de corte establecido en estudios previos como adecuado para estimar la presencia de un TDAH en la infancia. Más aún, si, como parece suceder, las puntuaciones del WURS se distribuyen ajustándose a la curva normal, existiría un amplio grupo de sujetos que, sin alcanzar la severidad requerida para el diagnóstico, presentarían una acusada similitud en su sintomatología con los sujetos con TDAH. Es preciso esperar a que culminen los trabajos de validación en población española del cuestionario actualmente en curso para dar por buenas estas cifras, pero provisionalmente parece apreciarse una estrecha relación entre los problemas de atención e hiperactividad y el consumo problemático de sustancias.

No obstante, se hace preciso, antes de continuar, hacer algunas reflexiones sobre el instrumento. En nuestro estudio, como hemos constatado, se ha hecho uso de la versión reducida de 25 ítems propuesta por los autores y traducida por un equipo español^{51,56}. Este mismo equipo propone una agrupación de 25 ítems diferentes a los de la versión original, en tanto muestran

Tabla 15. Puntuaciones TB medias en las escalas del MCMI-II por grupos según la droga que motiva la demanda y significación de las diferencias mediante la prueba de Kruskal-Wallis

	Esquizoide	Evitativa	Dependiente	Histriónica	Narcisista	Antisocial
Heroína	62,8	58,1	53,5	59,4	65,9	69,0
Cocaína	53,2	59,0	60,1	66,1	64,2	68,4
Alcohol	50,3	55,9	66,5	61,2	60,3	59,4
Sig. asintót.	0,06	0,75	0,06	0,26	0,69	0,04

Agresivo/ sádica	Obsesivo/ compulsiva	Negativista	Autodestructiva	Esquizotípica	Límite	Paranoide
19,8	12,3	18,5	11,1	2,5	1,2	8,6
36,6	2,8	43,7	35,2	4,2	19,7	5,6
16,9	-9,5	25,1	24,1	1,8	18,5	-3,0
7,4	6,2	12,3	4,9	2,5	1,2	3,7
19,7	0,0	29,6	16,9	2,8	11,3	2,8
12,3	-6,2	17,2	12,0	0,3	10,0	-0,9

mejor capacidad discriminativa en población española⁵⁶, utilizando, sin embargo, los 25 ítems inicialmente seleccionados por Ward et al en un estudio con alcohólicos⁵¹. Si tenemos en cuenta que el cuestionario ha sido validado en otros idiomas, como el italiano⁶⁰ o el francés⁶¹, parece adecuado utilizar bien la versión íntegra bien la reducida a los 25 ítems originales, en aras a la comparabilidad de resultados.

Por otra parte, el epígrafe general del cuestionario puede inducir a confusión: «A continuación se le proponen algunas preguntas sobre su manera de ser y de comportarse cuando era pequeño». Nada nos indica que todos los sujetos entiendan lo mismo con «cuando era pequeño», y algunos pueden entender por ello fases más avanzadas y, en tal medida, más accesibles a la memoria, en las cuales los problemas de atención e impulsividad no fueran primarios, sino que se establecieran a partir de otro tipo de conductas, como pueden ser los consumos tempranos de alcohol y drogas ilícitas, lo cual alteraría sensiblemente la comprensión de la secuencia de aparición de los problemas. El CIE-10 requiere para el diagnóstico la aparición temprana de ambos criterios, antes de los 5 años, mientras el DSM-IV-TR exige que la aparición sea antes de los 7 años. Preguntados algunos pacientes tras cumplimentar el test sobre la edad en la que focalizaron su recuerdo, lo habitual es que éste hiciera referencia al período com-

prendido entre los 11 y los 15 años, lo cual nos informaría, si acaso, de la persistencia de los síntomas a los que se refieren los sistemas categoriales, pero no necesariamente de los criterios de aparición temprana. Algunos autores subrayan la necesidad de acotar y precisar la pregunta, que debe referirse al período comprendido entre los 6 y los 10 años⁶², aunque parece muy difícil que los sujetos tengan un recuerdo claro sobre esa etapa de su vida.

Al centrarnos en la versión utilizada en el presente estudio, observamos que al realizar un análisis factorial, cerca de la mitad de los ítems se agrupan en torno a un factor que hemos denominado, como otros autores⁵⁶, de malestar emocional subjetivo. La definición categorial del trastorno en el DSM-IV no hace referencia a este tipo de sintomatología, y en el CIE-10 queda explícitamente excluido del criterio diagnóstico, por lo que no se justifica claramente la inclusión de estos ítems en un cuestionario que tiene como objetivo el ajuste retrospectivo a la categoría diagnóstica. Es muy probable que esa subescala incrementa de forma espuria el porcentaje de sujetos que se hacen acreedores al diagnóstico en la medida en que podamos estar incluyendo a personas que presentaron problemas afectivos, al sobrepuntar el test a costa de una escala cuyo valor, acaso, fuera el de operar como subescala secundaria que informara de problemas adap-

Agresivo/ sádica	Obsesivo/ compulsiva	Negativista	Autodestructiva	Esquizotípica	Límite	Paranoide
62,9	53,5	58,2	55,5	47,2	53,9	62,3
61,3	43,9	65,3	60,6	46,5	56,0	61,0
56,6	56,4	60,3	56,0	46,4	49,5	61,2
0,55	0,01	0,49	0,53	0,96	0,41	0,42

tativos secundarios a la inatención y la impulsividad informadas por los otros 2 factores.

Debemos entonces considerar 2 situaciones hipotéticas para nuestra muestra: 1) que las conductas inatentas e impulsivas sean primarias y favorezcan, por su disruptividad y las consecuentes dificultades adaptativas, estados emocionales negativos, y 2) que los estados emocionales negativos sean primarios e interfieran de alguna manera en la latencia de respuesta de los individuos y en su atención en determinados contextos. En el primero de los casos, y desde un punto de vista psicobiológico, el origen del problema debería situarse en las estructuras corticales que dan cuenta de las alteraciones del TDAH, y que ya se han referido en la introducción. En el segundo caso, la alteración debería localizarse en alguna otra estructura que regulara los estados emocionales y que proyectara sobre la corteza prefrontal interfiriendo en sus funciones. Es conocido que los lóbulos frontales son cruciales para cualquier comportamiento finalista de orden superior (identificar el objetivo, proyectar la meta y establecer planes para lograr tales objetivos, controlar las consecuencias), pero que el sistema dopaminérgico mesolímbocortical es especialmente importante para la función adecuada de estos lóbulos, y que la corteza cingulada (que junto a la amígdala y los hipocampos forman el llamado sistema límbico, muy imbricado en el circuito de la recompensa), que supuestamente trabaja con la incertidumbre, está íntimamente ligada a la corteza prefrontal⁶³. Diversos estudios en animales y en humanos muestran cómo la emocionalidad negativa puede inhibir el funcionamiento del córtex frontal, favorecer una conducta evitativa y proporcionar una atención superficial sensibilizada a los estímulos novedosos, todo ello con objetivos defensivos con valor adaptativo⁶⁴. Corremos entonces el riesgo de estar asignando un diagnóstico retrospectivo de TDAH a sujetos que en realidad se corresponderían mejor con un diagnóstico de trastorno afectivo temprano o con un trastorno del control de los impulsos.

Es importante también preguntarnos por la función que cumple la autoadministración de la droga con relación a la sintomatología explorada por el WURS. Se han propuesto 3 vías que pueden justificar la sobrerrepresentación de sujetos adultos en poblaciones de abusadores de sustancias⁶⁵: 1) la administración temprana de estimulantes como tratamiento específico del TDAH sería un factor de incremento de riesgo; 2) los trastornos de conducta asociados al TDAH y su evolución a trastorno antisocial de la personalidad favorecerían el contacto con consumidores, y 3) las drogas responderían al intento de automedicación de los sujetos con

TDAH en la medida en que reducirían la sintomatología, en la línea de la hipótesis de Khantzian⁶⁶. En cuanto a la primera vía, existen múltiples trabajos que desvinculan el tratamiento temprano con metilfenidato del abuso posterior de sustancias, y que sugieren más bien lo contrario⁶⁷. No obstante, este argumento es irrelevante en nuestra muestra, puesto que no consta en ninguno de los casos ni un diagnóstico previo de TDAH en la infancia, ni menos aún el tratamiento con metilfenidato.

La segunda alternativa introduce una argumentación circular, en la medida en que no es posible dilucidar si los trastornos de conducta predisponen al abuso de sustancias o al desarrollo de conductas antisociales, una de las cuales es, sin duda, el consumo de sustancias; el estudio de ambos conceptos pone de manifiesto su estrecha vinculación, sobre todo en las fases iniciales, en que ambos tipos de conducta se desarrollan⁶⁸.

La tercera propuesta, basada en la hipótesis de la automedicación, supone que los individuos se autoadministran sustancias para reducir el malestar derivado de su patología psíquica o de los efectos secundarios de la medicación prescrita para reducirla. De ser así, y contando con que los síntomas del TDAH persistan más allá de la infancia, deberíamos encontrarlos, por una parte, con una población de sujetos que, una vez hubieran tomado contacto con los derivados anfetamínicos no persistieran en su escalada de consumo pero sí en la autoadministración de estas sustancias en la medida en que, como es conocido en la clínica, son eficaces para reducir la sintomatología del trastorno y, en tal medida, no solicitarían tratamiento específico para su conducta adictiva. En los estudios epidemiológicos, no constan poblaciones con esta pauta de consumo, aunque no es descartable que aparezcan en un futuro a tenor de la disponibilidad actual de derivados anfetamínicos, las pautas de consumo juvenil, el incremento de la edad en los consumidores de estas sustancias —inicialmente restringidas a población juvenil— y la baja tasa de consumidores de este tipo de drogas que solicitan tratamiento de deshabituación (ninguno en nuestra cohorte). Por otra parte, en la población de sujetos que demandan atención específica debería esperarse cuanto menos una cierta selectividad con relación a la sustancia, y se puede hacer la hipótesis que la cocaína, por sus efectos parecidos a las anfetaminas, fuera la droga de elección para los sujetos que puntuaran alto en el WURS⁶⁹. Como se advierte en los datos obtenidos en nuestro estudio, no se aprecia selectividad alguna, y parece más que la elección queda determinada por criterios de disponibilidad y accesibilidad, y que su función presenta una relación más directa con el factor de emocionalidad negativa que con cualquiera de los

otros, lo que induce a pensar que la droga opera más como un recurso de afrontamiento del estrés o de autorregulación emocional⁷⁰: tanto si la emocionalidad negativa es primaria como si es secundaria al TDAH, la diana de las sustancias autoadministradas se situaría en estructuras y funciones evolutivamente más primarias que las corticales y su uso se justificaría bien como precursoras de emociones positivas, bien como bloqueadoras de emociones negativas⁷¹.

El análisis de agrupación nos proporciona una distribución parecida a la que se define en los 3 subtipos del trastorno, pero no se adecúa en absoluto a la prevalencia esperada de cada uno de ellos. Es preciso observar el peso que el factor de impulsividad muestra, incluso en el subtipo en el que predomina la inatención, lo que nos hace sospechar nuevamente que de lo que el WURS nos informa prioritariamente es de trastornos del control de los impulsos y no necesariamente de TDAH.

WURS y el modelo de 5 factores

En los últimos años, el paradigma de los 5 grandes factores de la personalidad ha sido el modelo de estudio más fructífero en la investigación de los elementos cuyas combinaciones generan los patrones normales y patológicos de la personalidad. Desde una perspectiva evolucionista, tales patrones de combinación se pueden entender como una distribución continua de fenotipos que se empareja con una distribución continua de estrategias viables, proporcionando un amplio rango de variación conductual en los extremos del cual se situarían los patrones desadaptativos. Los 5 grandes rasgos o factores de la personalidad tienen, por una parte, un sustrato neurológico cerebral y, por otra, una determinada función adaptativa. Mientras los sistemas neurológicos se comprenden como mecanismos universales de respuesta a las contingencias ambientales percibidas, los rasgos se comprenden como diferencias individuales en la propensión a determinados patrones de activación de esos sistemas⁶⁴.

Por ejemplo, en la base del rasgo de extraversión se encuentra el sistema de aproximación conductual (BAS), cuya función es activar conductas ante señales de recompensa o de no-castigo, y que neurológicamente se sustenta en los circuitos de recompensa regulados, fundamentalmente, por el sistema dopaminérgico⁷². En los sujetos diagnosticados de TDAH, se ha definido el concepto de susceptibilidad al aburrimiento que se caracterizaría por un «estado atencional extravertido», centrado en el presente, holístico y fácilmente habituable, en el que el sujeto tendería a su-

brar las novedades en el contexto de una conducta atencional exploratoria⁷³.

El rasgo de tesón estaría relacionado con la función adaptativa de exploración de posibles amenazas ambientales, y se sustentaría en el sistema de inhibición conductual (BIS) cuyo sustrato neurológico se localizaría en el córtex frontal, desde donde se regularía, por una parte la sensibilidad diferencial al castigo y, por otra, la ejecución planificada y la perseverancia en tareas difíciles. El trastorno obsesivo compulsivo y el TDAH representarían puntos extremos en una dimensión continua de activación del BIS⁶⁴.

El neuroticismo (estabilidad emocional en sentido opuesto, en el BFQ) supondría la gama de diferencias individuales en el sistema de evitación conductual, cuyo sustrato neurológico se situaría en el sistema límbico y en las vías serotoninérgicas asociadas⁶⁴. Los sujetos con alta reactividad emocional, en presencia de altos niveles de estimulación, tenderían a desarrollar conductas de evitación, mientras los bajos en reactividad serían más propensos a conductas exploratorias y a la asunción de riesgos. Ante estímulos con contenido emocional, los sujetos altamente reactivos tenderían a dar respuestas emocionales extremas, independientemente de que el contenido afectivo fuera positivo o negativo, lo cual se relaciona en la clínica con los trastornos bipolares y el trastorno límite de la personalidad, entre otros. Este sistema parece regular de forma primaria a los otros 2 (BAS y BIS), y dirige las conductas aproximatorias e inhibitorias mediante mecanismos motivacionales⁶⁴.

Los otros 2 rasgos, afabilidad y apertura mental, no tendrían una tan clara función biológica, y se situarían más en el plano de los mecanismos de conservación e incremento de los recursos, uno desde la consideración social y el otro desde las capacidades intelectuales y la creatividad. En una estructura jerárquica, los mecanismos de base afectiva constituirían el núcleo motivacional de la personalidad sobre la cual se construiría una superestructura, objetivos de bajo nivel, estrategias cognitivas y conductas de autorregulación⁶⁴.

En estas condiciones, tal y como hacen Nigg et al³⁸, se puede hacer jerárquicamente la hipótesis que los sujetos que presentaron TDAH: *a)* deben declarar niveles significativamente bajos en tesón, en la medida en que los problemas atencionales caen bajo el dominio de esta dimensión; *b)* deben presentar altas puntuaciones en neuroticismo, en consonancia con los problemas de comorbilidad observados en la clínica y presentados en la bibliografía; *c)* baja afabilidad, relacionada con los problemas de hiperactividad e impulsividad; *d)* pequeña o nula asociación con el eje intra-

versión/extraversión; e) sin relaciones sustanciales con apertura mental, aunque el bajo rendimiento escolar y sus consecuencias pueden estar relacionados con una baja puntuación en esta dimensión.

Si observamos nuestra muestra (que no se diferencia significativamente de otras obtenidas en el mismo dispositivo^{43,54}, y en otros similares⁷⁴), lo primero que apreciamos es que la puntuación del WURS muestra una fuerte y consistente correlación negativa con la dimensión de estabilidad emocional y sus 2 subdimensiones, y que la correlación con el tesón no es tan fuerte ni tan consistente, y únicamente se establece con el componente emocional del WURS y la subdimensión de perseverancia. No se confirma, pues, la primera de las hipótesis, mientras que la segunda pasa a ser central y no un mero producto de la comorbilidad. Las otras 2 hipótesis sí se confirman, en cuanto a que la afabilidad correlaciona con la impulsividad en sentido negativo al igual que la apertura mental lo hace con el factor de inatención. Todo ello confirma nuestra impresión de que el WURS no identifica conductas necesariamente relacionadas con el TDAH. Si así fuera, la mayor correlación debería establecerse con la dimensión de tesón, relacionada con el control ejecutivo y los procesos atencionales, así como con la organización general de la conducta. Tanto en las teorías de Cloninger et al⁷⁵ como en la de Zuckerman⁷⁶, así como en el modelo evolutivo de MacDonald⁶⁴, las estructuras y funciones afectivas, reguladas fundamentalmente por vías serotoninérgicas y actividad hormonal, son antecedentes de las funciones de activación e inhibición conductual, de modo que una sobrecarga en estas vías produciría un bloqueo de la función inhibitoria cortical y, en consecuencia, favorecería las conductas inmediatas, impulsivas y descoordinadas. Sería, pues, el *input* emocional el responsable de la disfunción frontal y el *output* conductual (impulsividad) la consecuencia de esta disfunción, de modo similar a lo que sucede en patologías de clara etiología emocional, como es el trastorno de estrés postraumático⁷⁷. Así lo sugieren también los datos de nuestro estudio.

WURS y el modelo dimensional de los trastornos de la personalidad

Estudiamos a continuación las relaciones observables entre el WURS y el MCMI-II. Este último ha sido elaborado por Millon⁵⁸ como instrumento de medida de los patrones desadaptativos de conducta desde una perspectiva dimensional y politética, en el contexto de su teoría biosocial. Existe una versión posterior,

el MCMI-III, cuya validación en población española sigue en curso, y que tiene como referencia las categorías del DSM-IV, en tanto que la segunda versión, utilizada en este trabajo, se ajusta aún al DSM-III-R, si bien propone algunos nuevos trastornos que, como en el caso del patrón negativista, se encuentra descrito como entidad clínica en estudio en el DSM-IV-TR. En los últimos tiempos cobra fuerza la propuesta de un futuro eje II dimensional y el estudio de los rasgos de personalidad como componentes cuyas posibles combinaciones pueden dar cuenta de los trastornos; dentro de esta corriente de investigación, el modelo de 5 factores ha sido, y es actualmente, el más relacionado con los modelos dimensionales de los trastornos. La tabla 12 nos presenta las correlaciones entre rasgos y trastornos, que son, en su mayor parte, coincidentes con los obtenidos en estudios similares⁵⁴.

En la tabla 13 observamos la elevada prevalencia de los trastornos antisocial (TAP) y negativista (TNP) —ambos por encima del 20%— en nuestra muestra, y en la tabla 14, cómo este hecho se produce a costa del grupo de sujetos que puntúan por encima de 35 en el WURS, en el que la prevalencia alcanza en ambos casos cifras cercanas al 45%. También podemos advertir que el trastorno límite (TLP), aunque no muy prevalente, parece casi exclusivamente reservado a este grupo de sujetos con alta puntuación en el WURS (cerca del 20%), mientras que en el grupo de menor puntuación apenas alcanza el 1%. También se aprecian diferencias abultadas en los patrones autodestructivo, evitativo, agresivo/sádico e histriónico (THP), en tanto que existe una diferencia en sentido opuesto en los patrones dependiente y obsesivo/compulsivo, en esta ocasión más prevalentes en los sujetos que no alcanzan la puntuación de corte en el WURS. Estos datos son coherentes con los hallazgos epidemiológicos ya citados, que nos muestran la relación entre TDAH y trastornos antisocial, límite, histriónico y pasivo/agresivo/negativista en la edad adulta.

Aunque estos datos parecen apoyar la relación entre TDAH, medida por el WURS, y trastornos de la personalidad en la edad adulta, no conviene olvidar que estos trastornos, TAP, TLP, TNP y THP, son también los más prevalentes en todas las poblaciones de consumidores de sustancias —en tratamiento y en no tratados—, que se definen por la inestabilidad emocional, desorganización cognitiva, impulsividad y agresividad, y que las personalidades impulsivas y los trastornos del control de los impulsos pueden explicar la elevada vulnerabilidad al abuso de sustancias^{63,78}. Dicho de otro modo, el hecho de que las puntuaciones del WURS se relacionen con estos trastornos de la

personalidad puede explicarse a partir de las dificultades de autocontrol que detecta el cuestionario y no a la existencia previa de TDAH que no pasaría de ser, en gran medida, un trastorno impulsivo, pero no el único ni el más frecuente. En la tabla 13 advertimos que el factor de impulsividad del WURS se emparenta directamente con todos los trastornos del espectro impulsivo, a excepción del TLP, que se predice directamente por el factor emocional y que su combinación con el factor de inatención sólo predice el TAP (aunque este último explica poco más del 1% de la varianza). Por otra parte, y a costa del factor de emocionalidad negativa del WURS, las puntuaciones totales del test se relacionan consistentemente con 10 de los trastornos de personalidad en sentido positivo y con uno en sentido negativo, lo que está lejos de la comorbilidad específica observada en los estudios clínicos.

Se ha estudiado la posibilidad de que el TAP estuviera relacionado con disfunciones en el lóbulo frontal y con el sistema de inhibición conductual, y se han obtenido datos equívocos o contradictorios; en consecuencia, existe la hipótesis que las alteraciones de conducta pueden tener su origen en un buen número de los casos en una inusual distribución anatómica del sistema límbico⁷⁹. Sin embargo, y a pesar de la posible existencia de estos factores biológicos de vulnerabilidad, los factores psicológicos y sociológicos pueden ser suficientes por sí mismos para activar estos comportamientos anómalos: fracasos en la socialización primaria, ausencia de calidez en el núcleo familiar, pautas educativas inconsistentes, experiencias tempranas en la escuela, pobre oferta de alternativas saludables, influencias de compañeros, pobreza, clima social del vecindario, etc.⁷⁹. La evolución de los niños con TDAH hacia estos trastornos (en especial el TAP y el TNP) ha hecho pensar a algunos investigadores en que se tratara de formas evolutivas diferentes de un mismo trastorno, sin embargo, en la actualidad aún se asume que son entidades diferentes en la medida en que el TDAH está más estrechamente vinculado a un deterioro cognitivo y a anomalías evolutivas, mientras ambos trastornos de personalidad se asocian a factores familiares adversos⁸⁰. Por otra parte, las propias dificultades de los niños con TDAH justifican pautas especiales de educación, reforzamiento y castigo (estilos interactivos de padres y educadores más directivos y controladores), que pueden favorecer la adopción de pautas de socialización alternativas con reforzamiento contingente a conductas con sanción social negativa¹, pero ello es común a los niños con TDAH y a los «nerviosos», que comparten la característica de impulsividad, y se ha denunciado la validez de los análisis

que intentan diferenciar entre unos y otros⁸¹. Ambos pueden evolucionar hacia TAP, de modo que la insensibilidad al castigo que se atribuye a los sujetos TAP puede explicarse también por una historia con exceso de castigo y una habituación a él⁷⁹. El WURS no nos proporciona ningún elemento para distinguir entre unos y otros.

En cuanto al TLP, el núcleo del desorden se localiza en la desregulación emocional que resulta de una combinación de vulnerabilidad emocional y una incapacidad para modular las respuestas emocionales⁸², a costa de un inadecuado funcionamiento de las estructuras cerebrales como el sistema límbico —y, en especial, la amígdala, cuya función se relaciona con la producción de estados anímicos negativos⁸³—, reticular y suprarrenal, si bien tal desregulación puede ser primaria o secundaria a experiencias traumáticas —más frecuentemente el maltrato familiar— en los primeros años de la vida, o a pautas educacionales inconsistentes⁷⁹. La frecuente comorbilidad entre TDAH y TLP en la edad adulta se explicaría por la suma de factores de ambos desórdenes, cuyo nexo común observable sería la conducta impulsiva. El WURS no nos proporciona elementos de juicio para relacionar la alta puntuación en el test con altas puntuaciones de tasa base en esta escala del MCMI-II; el factor emocional es el que presenta una correlación más pronunciada con el TLP y, si bien también sucede de forma significativa con los otros 2 factores, sólo aquél tiene capacidad predictiva sobre éste. Una vez más, quizá, la alta puntuación del WURS se justifique por disfunciones que son antecedentes neurológicos del desorden que pretende explorar.

Conclusiones

Estos datos reafirman nuestra impresión de que el WURS, al menos en la forma utilizada, no presenta una especificidad adecuada y que sus puntuaciones se ven espuriamente elevadas por los ítems de emocionalidad negativa, por una parte, mientras que los que exploran la impulsividad son comunes a otros trastornos, lo que no nos permite atribuir tales alteraciones a un TDAH. Además, el hecho de que el 46,7% de nuestra muestra presente criterios de TDAH, según las puntuaciones del WURS, está muy por encima de la prevalencia de entre el 10 y el 15% observada en poblaciones de drogodependientes⁸⁴.

Es importante, además, el hecho de que los sesgos de recuerdo pueden informar de déficit atencionales y conductas impulsivas (además de las alteraciones

emocionales inespecíficas) en una edad en la cual no procedería inferir un TDAH, lo que también colaboraría a incrementar artefactualmente la estimación de este trastorno en la muestra estudiada y otras similares.

No obstante, es preciso tener en cuenta que hemos utilizado una forma breve de un cuestionario completo. Forma breve que fue propuesta por los propios autores, pero que presenta algunas deficiencias, como la sobrerepresentación de ítems emocionales y una ausencia casi total de ítems que exploren la hiperactividad. La versión reducida elaborada por el grupo español ya citado⁵⁶, solventa en parte esta carencia, si bien mantiene los ítems de emocionalidad negativa como núcleo de un cuestionario que mide un trastorno que no se define por ella. Quizá fuera preciso reconsiderar la composición del cuestionario en función de la definición categorial, de modo que se pueda construir un test de autoinforme jerárquicamente interpretable, situando en el primer nivel los factores de hiperactividad e inatención, en un segundo nivel los de impulsividad y en un nivel complementario los de emocionalidad negativa, lo que se ajustaría a los criterios diagnósticos y exploraría la comorbilidad como elemento secundario.

También hay que hacer constar que el autoinforme WURS se complementa con la Parent's Rating Scale⁵⁵ (PRS, de la que existe una versión traducida al español⁵¹), que debe ser cumplimentada por la madre (y sólo en su defecto, por el padre), en la que se explora su recuerdo sobre la conducta del hijo en los primeros años de vida. Dado que muchas conductas relacionadas

con el TDAH son más apreciables por las personas del entorno (fundamentalmente padres y maestros), y que el recuerdo de la infancia temprana es más nítido para estos adultos significativos, es posible que la especificidad de esta prueba sea muy superior a la del WURS. La correlación entre ambos no alcanza $r = 0,5$, lo que puede estar relacionado con la sobrepuntuación de los sujetos al acceder a recuerdos más recientes, focalizados en la adolescencia o sus pródromos.

De este modo, el WURS tendría una utilidad como cribado preliminar, el PRS como prueba confirmatoria —cuando fuera posible administrarla—, pero ninguno de ellos justificaría la exclusión de una entrevista diagnóstica que diera cuenta de los criterios adecuados para formular el diagnóstico retrospectivo e incluso su persistencia en la edad adulta y su relación con el consumo de drogas.

A pesar de las dificultades constatadas en este trabajo, sigue siendo de gran interés la identificación de sujetos que solicitan tratamiento por consumo de drogas relacionado con un TDAH pasado o actual; existen intervenciones farmacológicas y de terapia de modificación de conducta que se podrían aplicar específicamente a estos sujetos con una mayor expectativa de éxito. Pero no lo es menos la identificación de factores emocionales que produzcan, en edades más avanzadas, una sintomatología similar a la del TDAH, si bien con una implicación diferente de los sistemas psicobiológicos, que requerirían otro tipo de intervenciones también disponibles. La diversificación de los tratamientos en función de estos sustratos psi-

cobiológicos puede ser, en un futuro inmediato, el desafío más importante para la investigación.

Bibliografía

1. Luciano Soriano MC, Gómez Becerra I. Comportamientos hiperactivos y/o atencionales desadaptativos. En: Vallejo Pareja MA, director. Manual de Terapia de Conducta. Vol II. Madrid: Dykinson Psicología, 1998; p. 603-68.
2. Wolraich ML, Hannah JN, Baumgaertel A, Feurer ID. Examination of DSM-IV criteria for attention deficit/hyperactivity disorder in a country-wide sample. *J Dev Behav Pediatr* 1998;19:162-8.
3. Brown RT, Freeman WS, Perrin JM, Stein M, Amler RW, Feldman HM, et al. Prevalence and assessment of attention-deficit/hyperactivity disorder in primary care settings. *Pediatrics* 2001;107:43.
4. Montiel Nava C, Antonio Peña J, Montiel Barbero I. Datos epidemiológicos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de niños marabinos. *Rev Neurol* 2003;37:815-9.
5. Criado-Álvarez JJ, Romo-Barrientos C. Variabilidad y tendencias en el consumo de metilfenidato en España. Estimación de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol* 2003;37:806-10.
6. American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guideline: Diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2000;105:1158-70.
7. Bird H. Epidemiology of childhood disorders in a cross-cultural context. *J Child Psychol Psychiatry* 1996;37:35-49.
8. Biederman J, Mick E, Faraone SV, et al. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry* 2002;159:36-42.
9. Guevara JP, Stein MT. Evidence based management of attention deficit hyperactivity disorder. *BMJ* 2001;223:1232-5.
10. Wilens TE, Biederman J, Spencer TJ. Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Annu Rev Med* 2002;53:113-31.

11. Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. Adults with ADHD: an overview. *Ann NY Acad Sci* 2001;931:1-16.
12. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: an overview. *Biol Psychiatry* 2000;48:9-20.
13. Quinn PQ, Nadeau KG. Gender issues and AD/HD: research, diagnosis and treatment. Silver Spring, MD: Advantage Books, 2002.
14. Searight HR, Burke JM, Rottnek F. Adult ADHD: evaluation and treatment in family medicine. *Amer Fam Phys* 2000;62:2077-86.
15. Barkley RA. ADHD and the nature of self-control. New York: Guilford Press, 1997.
16. Swanson JM, Flodman P, Kennedy J, Spence MA, Moyzis R, Schuck S, et al. Dopamine genes and ADHD. *Neurosci Biobehav Rev* 2000;24:21-5.
17. Schachar R, Wachsmuth R. Hyperactivity and parental psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 1990;3:381-92.
18. Biederman J, Spencer T. Attention-deficit/hyperactivity Disorder (ADHD) as a noradrenergic disorder. *Biol Psychiatry* 1999;46:1234-42.
19. Solanto MV. Dopamine dysfunction in AD/HD: integrating clinical and basic neuroscience research. *Behav Brain Res* 2002;130:65-71.
20. Spivak B, Vered Y, Yoran-Hegesh R, Averbuch E, Mester R, Graf E, et al. Circulatory levels of catecholamines, serotonin and lipids in attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1999;99:300-4.
21. Nopoulos P, Berg S, Castellanos FX, Delgado A, Andreasen NC, Rapoport JL. Developmental brain anomalies in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Child Neurol* 2000;15:102-8.
22. Mediavilla-García C. Neurobiología del trastorno de hiperactividad. *Rev Neurol* 2003;36:555-65.
23. Narbona García J, Sánchez Carpintero R. Neurobiología del trastorno de la atención e hiperactividad en el niño. *Rev Neurol* 1999;28(Supl 2):S160-4.
24. Van der Meere JJ. The role of attention. En: Sandberg ST, editor. *Monographs in child and adolescent psychiatry. Hyperactivity disorders of childhood*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996; p. 109-46.
25. Nigg JT, Swanson JM, Hinshaw SP. Covert visual spatial attention in boys with attention deficit hyperactivity disorder: lateral effects, methylphenidate response and results for parents. *Neuropsychology* 1997;35:165-76.
26. Dorine S, Hanna S, Sonnevile L, Van der Meulen L, Buitelaar J. Deficient response inhibition as a cognitive endophenotype of ADHD. *J Am Acad Child Psy* 2003;42:1242-8.
27. Molina B, Pelham W Jr. Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *J Abnorm Psychol* 2003;112:497-507.
28. Sonuga-Barke EJ, Dalen L, Remington B. Do executive deficits and delay aversion make independent contributions to preschool attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms? *J Am Acad Child Psy* 2003;42:1335-42.
29. Sonuga-Barke EJS, Williams E, Hall M, Saxton T. Hyperactivity and delay aversion III: the effects on cognitive style of imposing delay after errors. *J Child Psychol Psychiatr* 1996;37:189-94.
30. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder. Nueva York: Guilford Press, 1990. Citado en Luciano Soriano MC, Gómez Becerra, I. Comportamientos hiperactivos y/o atencionales desadaptativos. En: Vallejo Pareja MA, director. *Manual de Terapia de Conducta. Vol. II*. Madrid: Dykinson Psicología, 1998; p. 610-11.
31. Greenhill LL. Attention-deficit hiperactivity disorder. En: Wiener JM, editor. *Textbook of child and adolescent psychiatry*. Washington DC: APA. Citado en Luciano Soriano MC, Gómez Becerra, I. Comportamientos hiperactivos y/o atencionales desadaptativos. En: Vallejo Pareja MA, director. *Manual de Terapia de Conducta. Vol. II*. Madrid: Dykinson Psicología, 1998; p. 613.
32. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatr* 1993;50:975-90.
33. Yuan-Chun D, Han-Chang C, Grady DL, et al. Evidence of positive selection acting at the human dopamine receptor D4 gene locus. *PNAS* 2002;99:309-14.
34. Swift G, Larsen B, Hawi Z, Gill M. Novelty seeking traits and D4 dopamine receptors. *Am J Med Genet* 2000;96:222-3.
35. Grady DL, Chi HC, Ding YC, et al. High prevalence of rare dopamine receptor D4 alleles in children diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry* 2003;8:536-45.
36. Pogue-Geile M, Ferrell R, Deka R, Debski T, Manuck S. Human novelty-seeking personality traits and dopamine D4 receptor polymorphisms: a twin and genetic association study. *Am J Med Genet* 1998;81:44-8.
37. Ranssen JD, Campbell DA, Baer RA. NEO PI-R profiles of adults with attention deficit disorder. *Assessment* 1998;5:19-24.
38. Nigg JT, Blaskey LG, Huang-Pollock CL, Hinshaw SP, John P, Willcutt EG, et al. Big five dimensions and ADHD symptoms: links between personality traits and clinical symptoms. *J Pers Soc Psychol* 2002;83:451-69.
39. Stein MA, Sandoval R, Szumowski E, Roizen N, Reinecke MA, Blondis TA, et al. Psychometric characteristics of the Wender Utah Rating Scale (WURS): reliability and factor structure for men and women. *Psychopharmacol Bull* 1995;31:425-33.
40. Wender PH. The AQCC (Adult Questionnaire Childhood Characteristics) scale. *Psychopharmacol Bull* 1985;21:927-8.
41. Nigg JT, Hinshaw SP. Parent personality traits and psychopathology associated with antisocial behaviors in childhood attention-deficit hyperactivity disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 1998;39:145-59.
42. Berrocal C, Ortiz-Tallo M, Fierro A, Jiménez JA. Variables clínicas y de personalidad en adictos a heroína. *Anuario de Psicología* 2001;32:67-87.
43. Pedrero Pérez EJ. Estudio de la personalidad de drogodependientes mediante el Big Five Questionnaire. *Trastornos Adictivos* 2002;4:138-50.
44. Brooner RK, Schmidt CW Jr, Herbst JH. Personality trait characteristics of opioid abusers with and without comorbid personality disorders. En: Costa PT Jr, Widiger A, editors. *Personality disorders and the Five-Factor model of personality*. 2nd ed. Washington: American Psychological Association, 2002; p. 249-68.
45. Fischer M, Barkley RA, Smallish L, Fletcher K. Young adult follow-up of hyperactive children: self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD. *J Abnorm Child Psychol* 2002;30:463-75.
46. De la Fuente JE. ¿Existe conexión entre TDAH y TC? Seguimiento longitudinal de 26 años. *Psiquiatría.com* 2003;7(5). Disponible en: <http://www.psiquiatría.com/psiquiatría/revista/111/8764/>
47. Fossati A, Novella L, Donati D, Donini M, Maffei C. History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and borderline

- personality disorder: a controlled study. *Compr Psychiat* 2002;43:369-77.
48. McKay KE, Halperin JM. ADHD, aggression, and antisocial behavior across the lifespan. Interactions with neurochemical and cognitive function. *Ann N Y Acad Sci* 2001;931:84-96.
 49. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC. Differential effect of environmental adversity by gender: Rutter's index of adversity in a group of boys and girls with and without ADHD. *Am J Psychiatry* 2002;159:1556-62.
 50. Davids E, Gastpar M. Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance abuse. *Psychiatr Prax* 2003;30:182-6.
 51. Ponce Alfaro G, Rodríguez-Jiménez Caumel R, Pérez Rojo JA, Monasor Sánchez R, Rubio Valladolid G, Jiménez Arriero MA, et al. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y vulnerabilidad al desarrollo de alcoholismo: empleo de la Wender-Utah Rating Scale (WURS) para el diagnóstico retrospectivo de TDAH en la infancia de pacientes alcohólicos. *Actas Esp Psiquiatr* 2000;28:357-66.
 52. Cervera G, Bolinches F, Valderrama JC. Trastornos de la personalidad y drogodependencias. *Trastornos Adictivos* 1999;1:91-9.
 53. Pedrero Pérez EJ, Puerta García C, Lagares Roibas A, Sáez Maldonado A. Prevalencia e intensidad de trastornos de personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un centro de atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos* 2003;5:241-55.
 54. Pedrero Pérez EJ. Los trastornos de la personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco grandes factores. *Adicciones* 2003;15:203-20.
 55. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiat* 1993;150:885-90.
 56. Rodríguez Jiménez R, Ponce G, Monasor R, Jiménez Jiménez M, Pérez Rojo JA, Rubio G, et al. Validación en población española adulta de la Wender Utah Rating Scale para la evaluación retrospectiva de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia. *Rev Neurol* 2001;33:138-44.
 57. Caprara GV, Barbaranelli C, Borgogni L. BFQ. Cuestionario «Big Five». Versión española de J. Bermúdez. Madrid: TEA, 1995.
 58. Millon T. MCMI-II. Inventario clínico multiaxial de Millon-II. Manual. Adaptación española de Ávila-Espada A, director; Jiménez Gómez F, coordinador. Madrid: TEA, 1999.
 59. Nadeau L, Landry M, Racine S. Prevalence of personality disorders among clients in treatment for addiction. *Can J Psychiatry* 1999;44:592-6.
 60. Fossati A, Di Ceglie A, Acquarini E, Donati D, Donini M, Novella L, et al. The retrospective assessment of childhood attention deficit hyperactivity disorder in adults: reliability and validity of the Italian version of the Wender Utah Rating Scale. *Compr Psychiat* 2001;42:326-36.
 61. Baylé FJ, Krebs MO, Martin C, Bouvard MP, Wender P. Version française de la Wender Utah Rating Scale (WURS). *Can J Psychiatry* 2003;48:132.
 62. Stein MA, Sandoval R, Szumowski E, Roizen N, Reinecke MA, Blondis TA, et al. Psychometric characteristics of the Wender Utah Rating Scale (WURS): reliability and factor structure for men and women. *Psychopharmacol Bull* 1995;31:425-33.
 63. Bolinches F, De Vicente P, Castellano Gómez M, Pérez-Gálvez B, Haro G, Martínez-Raga J, et al. Personalidades impulsivas y trastornos por uso de sustancias: algo más que un diagnóstico dual. *Trastornos Adictivos* 2002;4:216-22.
 64. MacDonald K. Evolution, the Five Factor Model, and Levels of Personality. *J Pers* 1995;63:525-67.
 65. Levin FR. Substance abuse and adult ADHD. *Psychiatric Times* 2000; 17, Issue 2. Disponible en: <http://www.psychiatrictimes.com/p000260.html>
 66. Santis Barros R, Pérez de los Cobos J. Modelos de relación en diagnóstico dual. En: Rubio G, López-Muñoz F, Álamo C, Santo-Domingo J, editores. *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2001; p. 155-87.
 67. Biederman J, Wilens T, Mick EJ, Spencer T, Faraone SV. Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics* 1999;104:20-5.
 68. Muñoz-Rivas MJ, Graña Gómez JL, Peña Fernández ME, Andreu Rodríguez JM. Influencia de la conducta antisocial en el consumo de drogas ilegales en población adolescente. *Adicciones* 2002;14:313-20.
 69. Kaminer Y. Clinical implications of the relationship between attention deficit-hyperactivity disorder and psychoactive substance use disorders. *Am J Adict* 1992;1:257-64.
 70. Pedrero Pérez EJ. Modelo de conservación de los recursos de Hobfoll y su potencial aplicación al tratamiento de drogodependencias. *Psicología.com* 2002;7(2). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psicologia/revista/104/11599/?++interactivo>
 71. Tirapu Ustárriz J, Lorea Conde I, Landa N. Conductas adictivas: de la neurobiología al evolucionismo. *Adicciones* 2003;15:255-71.
 72. Zuckerman M. The psychophysiology of sensation seeking. *J Pers* 1990;58:313-45.
 73. Tucker DM, Derryberry D. Motivated attention: anxiety and the frontal executive functions. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 1992;5:233-52.
 74. Berrocal C, Ortiz-Tallo M, Fierro A, Jiménez JA. Variables clínicas y de personalidad en adictos a heroína. *Anu Psicol* 2001;32:67-87.
 75. Cloninger RC, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arc Gen Psychiat* 1993;50:975-90.
 76. Zuckerman M. *Psychobiology of personality*. Nueva York: Cambridge University Press, 1991.
 77. Vasterling JJ, Duke LM, Brailey K, Constans JI, Allain AN, Sutker PB. Attention, learning, and memory performances and intellectual resources in Vietnam veterans: PTSD and no disorder comparisons. *Neuropsychology* 2002;16:5-14.
 78. Cervera G, Rubio G, Haro G, Bolinches F, De Vicente P, Valderrama JC. La comorbilidad entre los trastornos del control de los impulsos, los relacionados con el uso de sustancias y los de la personalidad. *Trastornos Adictivos* 2001;3:3-10.
 79. Millon T, Davies RD. *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson, 1998.
 80. Wicks-Nelson R, Israel AC. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice-Hall, 1997.
 81. Whalen CK, Henker B. Attention-deficit/hyperactivity disorders. En: Ollendick TH, Hersen M, editors. *Handbook of child psychopathology*. 3rd ed. New York: Plenum Press, 1998; p. 181-211.
 82. Linehan MM. *Understanding borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press, 1995.
 83. Donegan NH, Sanislow CA, Blumberg HP, Fulbright RK, Lacadie C, Skudlarski P, et al. Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biol Psychiat* 2003;54:1284-93.