

VARIABLES DIFERENCIALES DE PERSONALIDAD EN LOS SUBTIPOS DE TDAH EN LA EDAD ADULTA

Yolanda Martínez Ortega* ***, Rosa Bosch Munsó*, Montserrat Gomà-i-Freixanet**, Sergi Valero Ventura*, Josep Antoni Ramos-Quiroga* **, Mariana Nogueira* y Miguel Casas Brugué* **

*Hospital Universitari Vall d'Hebrón, **Universitat Autònoma de Barcelona y ***Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa

Los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y los rasgos de personalidad se manifiestan de forma relativamente estable y duradera desde la infancia y persisten a lo largo de la vida. El objetivo de este estudio consiste en identificar los rasgos de personalidad diferenciales y discriminativos entre los subtipos clínicos de TDAH en adultos. Se evaluaron las características de personalidad, mediante el Cuestionario de Personalidad de Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ) y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II), en una muestra de 146 adultos diagnosticados de TDAH. Las dimensiones Activity y Aggression-Hostility del ZKPQ, permitieron clasificar correctamente al 75,8% de los diagnosticados en los subtipos inatento y combinado. Los resultados indican que el TDAH no es una entidad homogénea, sino que existen diferencias significativas en las características de personalidad entre los subtipos clínicos. Se discuten las implicaciones teóricas sobre la conexión entre TDAH y personalidad, y las implicaciones clínicas respecto al diagnóstico y diseño de tratamientos mejor ajustados a las características de cada subtipo.

Differential personality features in adult ADHD subtypes. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and personality traits are relatively stable from childhood and across life span. The purpose of this study was to identify differential and discriminative personality traits between clinical subtypes of ADHD in adults. The Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ) and the Millon Multiaxial Clinical Inventory-II (MCMI-II) were administered to a sample of 146 adults with ADHD. Activity and Aggression-Hostility dimensions from the ZKPQ allowed us to properly classify 75.8% of the inattentive and combined subtypes. Data indicates that ADHD is not a homogeneous entity, but rather, there are significant differences in personality characteristics among clinical subtypes. The results have theoretical implications about the connection between ADHD and personality, and clinical implications regarding diagnosis and treatment designs better tailored to the characteristics of each subtype.

El TDAH es un trastorno crónico que se inicia en la infancia y cuyos síntomas persisten a lo largo del ciclo vital. Por otra parte, la personalidad se considera un patrón emocional, cognitivo y conductual relativamente estable y duradero a lo largo de la vida. Esta estabilidad y cronicidad sugieren una conexión teórica entre el TDAH y la personalidad, tanto adaptativa como desadaptativa (Nigg, Goldsmith, y Sachek, 2004). Dicha cuestión ha sido abordada desde la perspectiva de distintos modelos teóricos de personalidad. Así pues, diversos estudios utilizando el modelo de Costa y McCrae han hallado puntuaciones elevadas en la dimensión *Neuroticismo*, y bajas en *Responsabilidad* y *Amabilidad* (Jacob et al., 2007; Miller, Miller, Newcorn, y Halperin, 2008; Nigg et al., 2002; Ranssen, Campbell, y Baer, 1998; Retz et al., 2004), aunque los resultados son poco concluyentes en relación a las dimensio-

nes *Extroversión* y *Apertura a la experiencia* (White, 1999). Por otra parte, Parker, Majeski, y Collin (2004), analizaron las dimensiones de personalidad en función de los síntomas predominantes de TDAH. Concluyeron que puntuaciones bajas en *Amabilidad* y elevadas en *Extroversión* se asociaban a los síntomas de hiperactividad/impulsividad, mientras que puntuaciones bajas en *Responsabilidad* se relacionaban con la inatención. Los estudios realizados desde el modelo de Millon (1969), hallaron puntuaciones moderadamente elevadas en la escala de *Histrionismo* en un grupo con TDAH; mientras que los grupos que presentaban TDAH junto con otros trastornos concurrentes, obtuvieron puntuaciones elevadas en múltiples escalas del MCMI-II (May y Bos, 2000). Finalmente, los estudios llevados a cabo a partir del modelo de personalidad de Cloninger coinciden en reportar puntuaciones elevadas en adultos con TDAH en las dimensiones *Búsqueda de novedad* y *Evitación del daño* (Anckarsater et al., 2006; Downey, Pomerleau, y Pomerleau, 1996; Faraone, Kunwar, Adamson, y Biederman, 2008; Jacob et al., 2007).

A pesar del interés creciente acerca de la relación entre personalidad y TDAH, la literatura actual no ha tenido en consideración los subtipos clínicos de TDAH establecidos en el DSM-IV (Ame-

Fecha recepción: 09/3/2009 • Fecha aceptación: 27/7/2009

Correspondencia: Yolanda Martínez Ortega
Centre de Salut Mental

Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa
08243 Manresa, Barcelona (Spain)
e-mail: ymartinezo@althaia.cat

ican Psychiatric Association, 1994) –predominantemente inatento (TDAH-I), predominantemente hiperactivo/impulsivo (TDAH-HI), y combinado (TDAH-C) – sino que ha estudiado el trastorno como entidad única. El objetivo de este estudio consiste en identificar los rasgos de personalidad diferenciales y discriminativos entre los subtipos diagnósticos de TDAH. Para ello se estudiaron las características de personalidad de una muestra clínica de adultos diagnosticados de TDAH desde el *Modelo Alternativo de Cinco Factores de Zuckerman* (Zuckerman, Kuhlman, Joireman, Teta, y Kraft, 1993) y desde el *Modelo Biosocial* de Millon (1969).

Método

Participantes

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Psiquiatría del *Hospital Universitari Vall d'Hebron* dentro del Programa Integral del Déficit de Atención en el Adulto (PIDAA), que proporciona asistencia pública en régimen ambulatorio. La muestra inicial estaba formada por 152 participantes diagnosticados consecutivamente de TDAH, durante el primer semestre de 2007. Se excluyeron 6 personas que no cumplían los criterios de inclusión. La muestra final consistió en 146 adultos, 94 varones (64,4%) y 52 mujeres. El rango de edad era de 18 a 56 años ($M=33,73$; $DE=10,27$). Respecto al nivel de estudios, el 22,6% de la muestra había cursado estudios primarios, el 46,6% secundarios y el 30,1% universitarios.

Instrumentos

Cuestionario de Personalidad de Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ) (Zuckerman y Kuhlman, 1993): instrumento autoadministrado de 99 ítems de respuesta *verdadero/falso*. Dicho instrumento permite obtener información sobre cinco dimensiones de personalidad: *Neuroticismo-Ansiedad* (*N-Anx*), que describe aspectos emocionales como tensión, preocupación, indecisión obsesiva, falta de autoconfianza y susceptibilidad ante la crítica; *Actividad* (*Act*), describe la preferencia y necesidad por llevar una vida activa y ocupada, poca capacidad para relajarse y elevado nivel de energía; *Sociabilidad* (*Sy*), describe la preferencia y gusto por las relaciones sociales; *Impulsividad-Búsqueda de sensaciones* (*ImpSS*), describe la falta de planificación, la tendencia a actuar impulsivamente y la búsqueda de experiencias estimulantes; y *Agresión-Hostilidad* (*Agg-Host*), que describe la facilidad para expresar agresiones verbales o comportamentales, así como conductas antisociales. Consta además de una escala de *Infrecuencia*, que permite detectar errores, falta de atención al responder, o una tendencia a dar respuestas deseables. Las propiedades psicométricas del instrumento han sido estudiadas en muestras españolas, obteniéndose buenos resultados de validez y fiabilidad (Gomà-i-Freixanet, Soler, Valero, Pascual, y Pérez, 2008; Gomà-i-Freixanet, Valero, Muro, y Albiol, 2008; Gomà-i-Freixanet, Valero, Puntí, y Zuckerman, 2004; Gomà-i-Freixanet, Wismeijer, y Valero, 2005). Actualmente la adaptación española dispone de baremos normativos según edad y sexo (Gomà-i-Freixanet y Valero, 2008).

Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II) (Millon, 1987; Millon, 2002): instrumento autoadministrado de 175 ítems de respuesta *verdadero/falso*. Fue diseñado en base al sistema diagnóstico de los trastornos mentales DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) y a la teoría de Millon (1969). En este

estudio se consideraron las 10 escalas de trastornos de personalidad y las 3 escalas de trastornos de personalidad graves. Dicho instrumento proporciona puntuaciones tasa base, según baremos de población comunitaria y clínica española, diferenciados para varones y mujeres (Millon, 2002). El rango de puntuaciones va de 0 a 115. Se considera que puntuaciones superiores a 74 indican elevada probabilidad de *presencia* de trastorno, y puntuaciones por encima de 84 se interpretan como una mayor probabilidad de éste, *muy destacado*. Las características psicométricas del instrumento se consideran adecuadas (Millon, 2002).

Procedimiento

Los participantes formaban parte de un proyecto de investigación más amplio, en el que se evaluaban también otros aspectos clínicos, genéticos, y neuropsicológicos (Ramos-Quiroga et al., 2008; Ribases et al., 2008). Se incluyeron personas mayores de 18 años diagnosticadas de TDAH según criterios DSM-IV-TR. Se consideraron criterios de exclusión: presentar dificultades de comprensión oral y/o escrita en catalán o en castellano, CI inferior a 70 y obtener puntuaciones no interpretables en las escalas de validez de los instrumentos de evaluación de la personalidad.

Las variables fueron recogidas por profesionales del equipo del PIDAA, entrenados en la administración del protocolo. Los pacientes respondían los cuestionarios en su domicilio y los devolvían en la siguiente visita, en la que se revisaba sistemáticamente que no hubieran quedado respuestas en blanco y/o dudosas.

El procedimiento de este estudio no difiere del seguido en la práctica clínica habitual del PIDAA, que ha sido aprobada por el Comité Ético del propio hospital. Los participantes firmaban un consentimiento informado en el marco de un estudio más amplio. La participación era voluntaria y no se ofreció ninguna remuneración.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de interés por subtipos diagnósticos. La consistencia interna del ZKPQ se calculó mediante el alfa de Cronbach. Dicho dato no se pudo obtener para el MCMI-II ya que su sistema de corrección es informatizado. A continuación, se aplicó un modelo lineal univariante para comparar las puntuaciones en las variables de personalidad entre los tres subtipos de TDAH, aplicando la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples. Previamente se analizó si los grupos eran comparables respecto a las variables edad y sexo.

El conjunto de variables que en el análisis anterior resultaron significativas, se introdujeron en un modelo de regresión logística (procedimiento de entrada condicional), con el objetivo de determinar qué conjunto reducido de variables mantenía su significación estadística en un contexto multivariante. Se analizaron distintos puntos de corte probabilístico en el modelo logístico para determinar cuál de ellos suponía un mejor ajuste del modelo.

Resultados

En la muestra estudiada, el subtipo más prevalente fue el TDAH-C (46,57%), seguido del TDAH-I (41,09%) y del TDAH-HI (12,32%). Los resultados descriptivos de los datos sociodemográficos se muestran en la Tabla 1. Los subtipos diagnósticos no se

diferenciaron significativamente en la distribución de la variable sexo, $\chi^2(2)=0,696$; $p=0,706$, ni en el nivel de estudios, $\chi^2(4)=0,571$; $p=0,966$, pero sí que se diferenciaron significativamente en edad, $F(2,143)=3,77$; $p=0,025$.

La media de la consistencia interna de las escalas del ZKPQ fue de 0,804, con valores que oscilaron entre 0,75 (*Agg-Host*) y 0,86

(*N-Anx*). Dichos coeficientes son adecuados y muy similares a los obtenidos en otras muestras (Gomà-i-Freixanet, et al. 2004; Gomà-i-Freixanet y Valero, 2008). Las diferencias preliminares en personalidad entre grupos fueron evaluadas para todas las escalas mediante un modelo lineal univariante (Tabla 2), aplicando la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples. Esto es,

Variable	TDAH-I (n = 60)	TDAH-HI (n = 18)	TDAH-C (n = 68)	Total (n = 146)
Sexo (%)				
Hombres	68,3	61,1	61,8	64,4
Mujeres	31,7	38,9	38,2	35,6
Edad				
Media (DE)	32,97 (10,98)	39,83 (7,74)	32,78 (9,76)	33,73 (10,27)
Mín - Máx	18 - 53	20 - 52	18 - 56	18 - 56
Estudios (%)				
Sin estudios	-	-	1,5	0,7
Primarios	20,0	27,8	23,5	22,6
Secundarios	48,3	44,4	45,6	46,6
Universitarios	31,7	27,8	29,4	30,1

TDAH-I, inatento; TDAH-HI, hiperactivo/impulsivo; TDAH-C, combinado

Escala de personalidad	TDAH-I		TDAH-HI		TDAH-C		F^a	P^b	η^2	Contrastes de Bonferroni ^c
	M	DE	M	DE	M	DE				
ZKPQ										
N-Anx	10,41	4,86	11,44	5,52	11,80	4,41	1,39	0,250	0,019	ns
Act	6,93	3,23	9,83	5,53	10,35	3,42	17,31	0,0005**	0,196	I<HI, I<C
Sy	6,80	4,29	6,05	3,48	7,79	6,67	1,16	0,315	0,016	ns
ImpSS	10,38	4,19	10,50	4,46	12,73	4,31	5,01	0,008*	0,066	ns
Agg-Host	7,60	3,58	9,61	3,34	9,86	3,01	7,94	0,001**	0,101	I<C
MCMI-II										
Esquizoide	62,38	27,90	62,33	26,25	45,16	29,76	6,15	0,003*	0,080	ns
Fóbica	45,97	34,72	51,67	31,20	44,25	28,14	0,35	0,700	0,005	ns
Dependiente	52,40	32,07	42,50	37,28	42,93	33,59	1,42	0,243	0,020	ns
Histriónica	56,50	31,97	62,83	27,80	77,31	29,70	7,65	0,001**	0,097	I<C
Narcisista	55,33	30,86	73,72	34,60	77,07	24,60	9,78	0,0005**	0,121	I<C
Antisocial	53,40	35,09	71,28	34,38	70,41	34,35	5,33	0,006*	0,070	ns
Agresivo/sádica	49,32	32,37	74,22	38,28	72,76	30,77	9,38	0,0005**	0,117	I<HI, I<C
Compulsiva	55,28	33,29	69,72	33,55	50,85	35,91	1,03	0,361	0,014	ns
Pasivo/agresiva	49,10	30,77	71,28	30,97	71,84	31,98	9,46	0,0005**	0,118	I<HI, I<C
Autodestructiva	41,72	27,83	53,39	31,13	52,57	29,82	2,51	0,085	0,034	ns
Esquizotípica	56,78	30,10	66,11	30,10	55,87	26,99	0,83	0,436	0,012	ns
Límite	44,53	25,15	61,00	30,26	62,96	29,82	7,70	0,001**	0,098	I<C
Paranoide	49,52	32,04	77,44	41,96	64,24	28,56	6,97	0,001**	0,089	I<HI, I<C

TDAH-I, inatento; TDAH-HI, hiperactivo/impulsivo; TDAH-C, combinado; N-Anx, Neuroticismo-Ansiedad; Act, Actividad; Sy, Sociabilidad; ImpSS, Impulsividad-Búsqueda de sensaciones; Agg-Host, Agresión-Hostilidad

(a) Grados de libertad $F(2, 143)$

(b) * $p < 0,05$, ** $p < 0,0027$ (corrección de Bonferroni para múltiples F s)

(c) Grupo I, TDAH-I, grupo HI, TDAH-HI, grupo C, TDAH-C.

Tabla 3
Modelos de regresión logística de las variables de personalidad discriminativas del subtipo TDAH

Escala de personalidad		B	Wald	Sig	Exp(B)	IC
ZKPQ	Act	0,311	23,59	0,0005	1,365	1,20 – 1,54
	Agg-Host	0,246	13,16	0,0005	1,279	1,12 – 1,46
MCMI-II	Esquizoide	-0,026	11,12	0,001	0,974	0,96 – 0,98
	Narcisista	0,023	9,708	0,002	1,023	1,00 – 1,03
	Autodestructiva	0,023	8,604	0,003	1,023	1,00 – 1,03
ZKPQ y MCMI-II	Act	0,309	20,66	0,0005	1,363	1,192 – 1,557
	Agg-Host	0,204	7,673	0,006	1,227	1,062 – 1,418
	Esquizoide	-0,027	9,544	0,002	0,973	0,956 – 0,990
	Autodestructiva	0,019	4,036	0,045	1,019	1,000 – 1,037

Act, Actividad; Agg-Host, Agresión-Hostilidad; TDAH-C= 1; TDAH-I= 0

0,05 fue dividido por 18, el número total de comparaciones realizadas, para determinar el nivel de significación ($p < 0,0027$) a considerar. Debido a que los grupos se diferenciaban significativamente en edad, se realizó un análisis de covarianza. Los resultados respecto a las diferencias entre los grupos en las variables de personalidad, con o sin la edad como covariante, fueron prácticamente idénticos, controlando dicha variable, por lo que se optó por tomar el modelo lineal univariante por su mayor parsimonia. Una vez aplicada la corrección de Bonferroni, los grupos se diferenciaron significativamente en las dimensiones *Act* y *Agg-Host* del modelo de Zuckerman, y en las escalas *Histriónica*, *Narcisista*, *Agresivo/sádica*, *Pasivo/agresiva*, *Límite* y *Paranoide*, del modelo de Millon.

Según comparaciones múltiples, el TDAH-I presentaba puntuaciones significativamente más bajas que los grupos TDAH-HI y TDAH-C en las escalas *Act*, *Agresivo/sádica*, *Pasivo/agresiva* y *Paranoide*. Asimismo, el subtipo inatento presentaba puntuaciones significativamente más bajas que el subtipo combinado en las escalas *Agg-Host*, *Histriónica*, *Narcisista* y *Límite*. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables de personalidad entre el TDAH-C y el TDAH-HI.

Con el propósito de identificar los rasgos de personalidad discriminativos que permitieran clasificar a las personas diagnosticadas de TDAH en las subcategorías diagnósticas, se planteó un modelo de regresión logística, teniendo en cuenta los subtipos TDAH-I y TDAH-C. Debido a la baja prevalencia del grupo TDAH-HI en nuestra muestra y la consiguiente dificultad para generalizar los resultados, dicho grupo no se incluyó en la regresión logística. En la Tabla 3 se muestran los resultados de dicha regresión. Inicialmente, se analizó de forma independiente cada cuestionario de personalidad y, posteriormente, la combinación de ambos, incluyendo únicamente las variables que habían entrado en los modelos de regresión por separado. Las variables *Act* y *Agg-Host* del ZKPQ clasificaron correctamente al 75% de las personas con TDAH-I y al 77% con TDAH-C, sin embargo, las variables *Esquizoide*, *Narcisista* y *Autodestructiva* del MCMI-II sólo clasificaron correctamente al 63% de TDAH-I y al 71% de TDAH-C. Combinando ambos modelos persistieron las variables *Act*, *Agg-Host*, *Esquizoide* y *Autodestructiva*, que permitieron clasificar correctamente al 80% de los inatentos y al 75% de los combinados, teniendo en cuenta el valor de 0,5 como punto de corte probabilístico.

Finalmente, se analizaron otros puntos de corte probabilístico para mejorar el ajuste del modelo (véase Tabla 4). A partir de los

resultados obtenidos, se optó por mantener el valor de 0,5 puesto que éste suponía un porcentaje de clasificación elevado y al mismo tiempo homogéneo para cada uno de los subtipos de TDAH analizados.

Tabla 4
Puntos de corte y ajuste del modelo para el modelo combinado (ZKPQ y MCMI-II) y porcentaje de concordancia con el diagnóstico de subtipo de TDAH.

Punto de corte	TDAH-I	TDAH-C	Total
0,2	31,7	94,1	64,8
0,3	50,0	89,7	71,1
0,4	61,7	80,9	71,9
0,5	80,0	75,0	77,3
0,6	91,7	70,6	80,5
0,7	91,7	66,2	78,1
0,8	95,0	54,4	73,4

Discusión y conclusiones

Los resultados indican que existen rasgos de personalidad diferenciales entre los tres subtipos de TDAH en las dimensiones *Act* y *Agg-Host* del ZKPQ y en las escalas *Histriónica*, *Narcisista*, *Agresivo/sádica*, *Pasivo/agresiva*, *Límite* y *Paranoide* del MCMI-II. No se hallaron diferencias en ninguna de las variables de personalidad entre los grupos TDAH-HI y TDAH-C. Esta similitud entre los subtipos combinado e hiperactivo/impulsivo es congruente con estudios previos que sugerían su equivalencia (Marsh y Williams, 2004). Sin embargo, la literatura existente no es del todo concluyente, ya que otros estudios sugieren que el TDAH-HI difiere significativamente de los otros dos subtipos (Carlson, Shin, y Booth, 1999; Woo y Rey, 2005). De todas formas, no se dispone de datos suficientes al respecto dado que el hiperactivo/impulsivo es el menos prevalente y el menos estudiado, especialmente en población adulta.

Así pues, se compararon los subtipos TDAH-C y TDAH-I para estudiar la capacidad discriminativa de las variables de personalidad. Dos variables del ZKPQ, *Act* y *Agg-Host*, permitieron clasificar correctamente al 75% de los TDAH-I y al 77% de los TDAH-C. El modelo muestra que a medida que aumentan las puntuaciones en tales dimensiones, aumenta la probabilidad de pertenecer al subtipo combinado. La combinación de ambos modelos

de personalidad no aportó mejoras considerables en la predicción. Se ha optado por la solución de las dimensiones *Act* y *Agg-Host* del ZKPQ, por ser más parsimoniosa, ya que añadir más variables no aporta mejoras sustanciales en la capacidad discriminativa del modelo. Un estudio previo utilizando el NEO-FFI analizó el grado de asociación entre las variables de personalidad y las características sintomáticas del TDAH (Parker et al., 2004). Los resultados indicaron que la varianza explicada por las escalas del NEO-FFI fue del 41% con respecto a los síntomas de inatención y del 26% a los de hiperactividad/impulsividad. Desgraciadamente, los datos aportados no permiten determinar la capacidad de clasificación de este modelo en los mismos términos que aplicamos en el presente trabajo. Así pues, de los tres modelos de regresión examinados en el presente estudio, el modelo de Zuckerman es el que ha mostrado un porcentaje de clasificación elevado y a la vez homogéneo para ambos subtipos de TDAH. Por tanto, se considera que dicho modelo permite discriminar mejor las características distintivas de los subtipos de TDAH.

Los resultados sugieren que los adultos con TDAH tendrían, además de los síntomas propios del trastorno, rasgos de personalidad distintivos en función del subtipo diagnóstico. Los adultos con TDAH-C, en comparación con los TDAH-I, presentarían una vida más activa y ocupada, y una menor capacidad para relajarse, así como una mayor facilidad para expresar agresión verbal e incluso para manifestar conductas antisociales. Estas características del TDAH-C son congruentes con lo aportado por algunos estudios previos sobre las particularidades del TDAH como entidad única en comparación con grupos controles, que sugerían que los TDAH obtenían puntuaciones menores en *Amabilidad* y *Responsabilidad* (Jacob et al., 2007; Nigg et al., 2002; Parker et al., 2004; Ranssen et al., 1998; Retz et al., 2004). La similitud con nuestros resultados referentes al TDAH-C podría explicarse por una elevada presencia del subtipo combinado en tales muestras. Los hallazgos del presente estudio ponen de manifiesto la necesidad de diferenciar el subtipo diagnóstico, ya que las conclusiones sobre el TDAH como entidad única en lo referente a las características de personalidad, no son aplicables a cada uno de los subtipos.

Despierta interés el hecho de no haber hallado diferencias en la escala *ImpSS* del ZKPQ, dado que la impulsividad es característica del TDAH-C y no del TDAH-I. Además, estudios previos indicaban que los adultos con TDAH mostraban puntuaciones superiores en la escala de *Búsqueda de sensaciones* en comparación con el grupo control (Anckarsater et al., 2006; Jacob et al., 2007). A pesar de no hallar diferencias estadísticamente significativas, si se comparan las puntuaciones obtenidas en *ImpSS* con el grupo normativo de referencia (Gomà-i-Freixanet y Valero, 2008), puede apreciarse que nuestra muestra de adultos con TDAH obtiene puntuaciones superiores, especialmente en el subtipo combinado. Además, teniendo en cuenta los criterios diagnósticos del TDAH, que requieren la presencia de seis o más síntomas de cada dimensión (hiperactividad/impulsividad o inatención) es posible, y habitual, que las personas diagnosticadas del subtipo TDAH-I presenten también síntomas de la dimensión hiperactividad/impulsividad, sin cumplir el requisito para ser diagnosticados de TDAH-C. Asimismo, los síntomas de hiperactividad/impulsividad disminuyen con la edad (Biederman, Mick, y Faraone, 2000; Faraone, Biederman, y Mick, 2006), de forma que personas que en la infancia o adolescencia pertenecían al subtipo TDAH-C, pasen en la etapa adulta a ser diagnosticados como TDAH-I, pudiendo presentar además algunos síntomas de impulsividad y/o hiperactividad.

En cuanto a los resultados obtenidos a partir del modelo del MCMI-II, las puntuaciones elevadas en la escala *Esquizoide* en el subtipo TDAH-I respecto al TDAH-C pueden interpretarse en el sentido de que los primeros presentan mayor tendencia al distanciamiento social y a la apatía que los segundos. En ambos subtipos, desde un punto de vista clínico, las puntuaciones no se considerarían patológicas. Las diferencias en la escala *Autodestructiva* pueden interpretarse del mismo modo (puntuaciones no patológicas), aunque en este caso son más elevadas en el subtipo combinado con respecto al inatento, de forma que los TDAH-C posiblemente presentan mayor tendencia a la autocrítica. Puntuaciones elevadas en la escala *Narcisista* del subtipo TDAH-C mostrarían una tendencia a la ambivalencia entre mostrarse como personas especiales y en cierta medida superiores, y a la vez inseguros, conscientes de sus limitaciones y dependientes de la atención y aprobación de los demás. En resumen, los inatentos mostraron mayor tendencia al distanciamiento social que los combinados, mientras que los combinados presentaron mayor tendencia a mostrarse como personas especiales a la vez que proclives a la autocrítica.

Debemos mencionar las principales limitaciones de este estudio. En primer lugar, la decisión de excluir el subtipo TDAH-HI, debido a su baja prevalencia, en el modelo de regresión no permitió disponer de datos suficientes para la caracterización completa del trastorno. Sin embargo, esto ocurre habitualmente en otros estudios (Grevet et al., 2006; Murphy, Barkley, y Bush, 2002; Sobanski et al., 2008) dado que la prevalencia de este subtipo es menor en población general y clínica, especialmente en adultos. En segundo lugar, la concurrencia de otros trastornos mentales puede haber afectado a la validez interna de los resultados. A pesar de ello, consideramos que dada la elevada comorbilidad habitual en adultos con TDAH (Jacob et al., 2007; Sprafkin, Gadow, Weiss, Schneider, y Nolan, 2007; Young, Toone, y Tyson, 2003), la exclusión de los participantes con otros trastornos mentales concurrentes hubiera afectado en gran medida a la generalización de los resultados.

En conclusión, el presente estudio aporta datos acerca de que el TDAH no es una entidad homogénea respecto a las características de personalidad. Existen diferencias relevantes con respecto a la personalidad entre los subtipos diagnósticos propuestos por el DSM-IV. Este es el primer estudio que analiza las características de personalidad en adultos con TDAH teniendo en cuenta los subtipos clínicos, y el único desde el modelo de personalidad de Zuckerman. Los resultados sugieren que existen diferencias significativas en variables de personalidad entre el subtipo TDAH-C y el TDAH-I pudiendo discriminar adecuadamente entre ambos subtipos. Así pues, los estudios sobre TDAH deberían diferenciar el subtipo diagnóstico, ya que los hallazgos sobre el trastorno como entidad única no son aplicables a cada uno de los tres subtipos.

Finalmente, mencionar que es necesario tener en consideración la presencia de rasgos diferenciales de personalidad entre los subtipos clínicos de TDAH, ya que puede resultar de gran utilidad en el proceso de evaluación diagnóstica, y especialmente en la planificación de los tratamientos. Los programas de intervención deberían tener en cuenta las diferencias existentes entre los subtipos, e incluir componentes de tratamiento específicos para cada uno de ellos. Esto permitiría mejorar la eficacia de las intervenciones y la calidad de vida de estas personas.

Referencias

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition, Revised)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anckarsater, H., Stahlberg, O., Larson, T., Hakansson, C., Jutblad, S.B., Niklasson, L., et al. (2006). The impact of ADHD and autism spectrum disorders on temperament, character, and personality development. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 1239-1244.
- Biederman, J., Mick, E., y Faraone, S.V. (2000). Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: Impact of remission definition and symptom type. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 816-818.
- Carlson, C.L., Shin, M., y Booth, J. (1999). The case for DSM-IV subtypes in ADHD. *Mental Retardation and Developmental Disabilities*, *5*, 199-206.
- Downey, K.K., Pomerleau, C.S., y Pomerleau, O.F. (1996). Personality differences related to smoking and adult attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Substance Abuse*, *8*, 129-135.
- Faraone, S.V., Biederman, J., y Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, *36*, 159-165.
- Faraone, S.V., Kunwar, A., Adamson, J., y Biederman, J. (2008). Personality traits among ADHD adults: implications of late-onset and subthreshold diagnoses. *Psychological Medicine*, Published online by Cambridge University Press 30 Jun 2008 doi:10.1017/S0033291708003917.
- Gomà-i-Freixanet, M., Soler, J., Valero, S., Pascual, J.C., y Pérez, V. (2008). Discriminant validity of the ZKPQ in a sample meeting BPD diagnosis vs. normal-range controls. *Journal of Personality Disorders*, *22*, 178-190.
- Gomà-i-Freixanet, M., y Valero, S. (2008). Spanish normative data of the Zuckerman-Kuhlman personality questionnaire in a general population sample. *Psicothema*, *20*, 324-330.
- Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Muro, A., y Albiol, S. (2008). Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire: Psychometric properties in a sample of the general population. *Psychological Reports*, *103*, 845-856.
- Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Puntí, J., y Zuckerman, M. (2004). Psychometric properties of the Zuckerman-Kuhlman personality questionnaire in a Spanish sample. *European Journal of Psychological Assessment*, *20*, 134-146.
- Gomà-i-Freixanet, M., Wismeijer, A.J., y Valero, S. (2005). Consensual validity parameters of the Zuckerman-Kuhlman personality questionnaire: Evidence from self-reports and spouse reports. *Journal of Personality Assessment*, *84*, 279-286.
- Grevet, E.H., Bau, C.H., Salgado, C.A., Fischer, A.G., Kalil, K., Victor, M.M., et al. (2006). Lack of gender effects on subtype outcomes in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: Support for the validity of subtypes. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *256*, 311-319.
- Jacob, C., Romanos, J., Dempfle, A., Heine, M., Windemuth-Kieselbach, C., Kruse, A., et al. (2007). Co-morbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *257*, 309-317.
- Marsh, P.J., y Williams, L.M. (2004). An investigation of individual typologies of attention-deficit hyperactivity disorder using cluster analysis of DSM-IV criteria. *Personality and Individual Differences*, *36*, 1187-1195.
- May, B., y Bos, J. (2000). Personality characteristics of ADHD adults assessed with the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II: Evidence of four distinct subtypes. *Journal of Personality Assessment*, *75*, 237-248.
- Miller, C.J., Miller, S.R., Newcorn, J.H., y Halperin, J.M. (2008). Personality characteristics associated with persistent ADHD in late adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *36*, 165-173.
- Millon, T. (1969). *Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia: Saunders.
- Millon, T. (1987). *Millon Multiaxial Clinical Inventory-II: Manual*. Minneapolis: National Computer System.
- Millon, T. (2002). *MCMII-II. Inventario clínico multiaxial de Millon (3ª ed.)*. Madrid: TEA.
- Murphy, K.R., Barkley, R.A., y Bush, T. (2002). Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: Subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *190*, 147-157.
- Nigg, J.T., Goldsmith, H.H., y Sachek, J. (2004). Temperament and attention deficit hyperactivity disorder: The development of a multiple pathway model. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *33*, 42-53.
- Nigg, J.T., John, O.P., Blaskey, L.G., Huang-Pollock, C.L., Willcutt, E.G., Hinshaw, S.P., et al. (2002). Big five dimensions and ADHD symptoms: Links between personality traits and clinical symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*, 451-469.
- Parker, J.D.A., Majeski, S.A., y Collin, V.T. (2004). ADHD symptoms and personality: Relationships with the five-factor model. *Personality and Individual Differences*, *36*, 977-987.
- Ramos-Quiroga, J.A., Bosch, R., Castells, X., Valero, S., Nogueira, M., Gómez, N., et al. (2008). Effect of switching drug formulations from Immediate-Release to Extended-Release OROS methylphenidate: A chart review of Spanish adults with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *CNS Drugs*, *22*, 603-611.
- Ranseen, J.D., Campbell, D.A., y Baer, R.A. (1998). NEO PI-R Profiles of Adults with Attention Deficit Disorder. *Assessment*, *5*, 19-24.
- Retz, W., Retz-Junginger, P., Hengesch, G., Schneider, M., Thome, J., Pajonk, F.G., et al. (2004). Psychometric and psychopathological characterization of young male prison inmates with and without attention deficit/hyperactivity disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *254*, 201-208.
- Ribasés, M., Hervas, A., Ramos-Quiroga, J.A., Bosch, R., Bielsa, A., Gastaminza, X., et al. (2008). Association study of 10 genes encoding neurotrophic factors and their receptors in adult and child attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, *63*, 935-945.
- Sobanski, E., Brüggemann, D., Alm, B., Kern, S., Philippen, A., Schmalzried, H., et al. (2008). Subtype differences in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) with regard to ADHD-symptoms, psychiatric comorbidity and psychosocial adjustment. *European Psychiatry*, *23*, 142-149.
- Sprafkin, J., Gadow, K.D., Weiss, M.D., Schneider, J., y Nolan, E.E. (2007). Psychiatric comorbidity in ADHD symptom subtypes in clinic and community adults. *Journal of Attention Disorders*, *11*, 114-124.
- White, J.D. (1999). Personality, temperament and ADHD: a review of the literature. *Personality and Individual Differences*, *27*, 589-598.
- Woo, B.S.C., y Rey, J.M. (2005). The validity of the DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *39*, 344-353.
- Young, S., Toone, B., y Tyson, C. (2003). Comorbidity and psychosocial profile of adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Personality and Individual Differences*, *35*, 743-755.
- Zuckerman, M., y Kuhlman, D. (1993). Norms for the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ) (Unpublished manuscript, Univer. of Delaware).
- Zuckerman, M., Kuhlman, D., Joireman, J., Teta, P., y Kraft, M. (1993). A comparison of three structural models for personality: The Big Three, the Big Five, and the Alternative Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, *65*, 757-768.