

# 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

R. Rodríguez-Jiménez, G. Ponce, R. Monasor, M. Jiménez-Giménez, J.A. Pérez-Rojo, G. Rubio, M.A. Jiménez-Arriero, T. Palomo

## VALIDATION IN SPANISH POPULATION OF THE WENDER-UTAH RATING SCALE FOR THE RETROSPECTIVE EVALUATION IN ADULTS OF ATTENTION DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER IN EARLY AGES

**Summary.** Introduction. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is one of the most common neuropsychiatric disorders in the early ages. Recently, it has been verified that presence of ADHD in early ages could be a vulnerability factor for developing different psychiatric disorders in adults, such as substance abuse and personality disorders. The retrospective diagnosis of this disorder in early ages of adult patients is specially problematic. Objective. The Wender-Utah Rating Scale (WURS) has been translated and adapted with the purpose of validate it in spanish population. Patients and method. It was administrated the questionnaire to 266 patients of an Addictive Behaviours Unit. In 82 cases it was realized a clinical diagnosis of ADHD in early ages, and others 184 cases did not show antecedents of this disorder. Results. 25 items which better discriminate cases from controls were chosen. The Cronbach's coefficient for this subscale was 0.94. The cut-off 32 optimized sensibility (91.5%) and specificity (90.8%). The positive and negative predictive values was 81% and 96% respectively. The total of incorrect classified subjects was 9%. Conclusions. Our version of the WURS shows an adequate psychometric characteristics, that indicate an adequate validity for the detection of adult patients with antecedents of ADHD in early ages. In our population of patients with addictive behaviours, it has demonstrated to be very useful to differentiate an important subgroup of patients with antecedents of ADHD in early ages. It would be very interesting the replication of this studies in other psychopathological and neurological conditions. [REV NEUROL 2001; 33: 138-44]

**Key words.** Addictions. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. Diagnosis. Factorial analysis. Psychometric characteristics. Wender-Utah Rating Scale.

## INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en la infancia y la adolescencia. Tiene su inicio durante la infancia temprana y afecta a un porcentaje importante de niños, que oscila entre el 5 y el 20% [1-3]. Se caracteriza por un patrón de conducta con la presencia, en diferente proporción, de dificultades para mantener la atención, impulsividad y exceso de actividad no propositiva. Se distinguen, habitualmente, tres formas clínicas de presentación: una, con predominio del déficit de atención; otra, con predominio de la hiperactividad e impulsividad; y una última, combinada, que es la más frecuente. Los datos empíricos más recientes apoyan la existencia de un déficit en el control inhibitorio de respuestas [4]; es decir, un fallo en la capacidad para inhibir los impulsos y pensamientos que interfieren en las funciones ejecutivas.

El TDAH se presenta a menudo en la infancia junto con dificultades de aprendizaje, problemas de conducta y otros trastornos neuropsiquiátricos, como el síndrome de Gilles de la Tourette [5-10]. En su etiología intervienen factores adquiridos, como las lesiones neurológicas tempranas, y genéticos, habiéndose relacionado su existencia con variaciones alélicas de genes que codifican proteínas fundamentales en el sistema dopaminérgico, como el receptor D4 y el transportador de dopamina [11-13].

En los últimos años se ha convertido en un importante foco de discusión la constatación de que el TDAH infantil puede ser un

factor de vulnerabilidad para el desarrollo de diferentes trastornos psiquiátricos en el adulto, como la adicción a sustancias y los trastornos de personalidad [14-20].

Durante la infancia, el diagnóstico del TDAH se basa en los datos de la historia clínica, completados por las aportaciones de la familia y los profesores, a los cuales se pueden sumar, como apoyo, los resultados de pruebas psicométricas, como las escalas de Conners, y pruebas complementarias, como EEG, estudios de potenciales evocados y pruebas neuropsicológicas como CPT (del inglés, *Continuous Performance Tests*) [21-23]. La realización, en población adulta, del diagnóstico de antecedente de TDAH en la infancia presenta una serie de problemas, tales como: que muchos de los síntomas infantiles pueden haber desaparecido en el adulto; la dificultad para recoger información familiar y de educadores; y el propio sesgo de los recuerdos.

En el ámbito anglosajón se utiliza con frecuencia la WURS (del inglés, *Wender-Utah Rating Scale*), para la evaluación retrospectiva de pacientes adultos. Se trata de un cuestionario autoaplicado de 61 ítems, entre los que se han seleccionado 25 por su capacidad para discriminar a los pacientes adultos, con antecedente de TDAH en la infancia, de otras poblaciones –controles y pacientes depresivos–. En los estudios realizados por Ward et al [24], la WURS ha demostrado una consistencia interna y una estabilidad temporal satisfactorias. Las características psicométricas se han estudiado en diversos trabajos [25,26]. Se ha realizado asimismo una traducción y adaptación al español y se ha estudiado su aplicación y características psicométricas en población universitaria mexicana [27]. Las peculiaridades del idioma en ese país, con expresiones más propias de su cultura, tales como ‘berinchudo’, ‘maldadoso’, ‘enojón’, etc., desaconsejarían su utilización en España. Por ello, hemos procedido a su traducción y adaptación desde su idioma original, para estudiar la validez de su aplicación en población española.

Recibido: 09.01.01. Aceptado tras revisión externa sin modificaciones: 18.01.01. Unidad de Conductas Adictivas (UCA). Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid, España.

Correspondencia: Dr. Guillermo Ponce Alfaro. Hospital Doce de Octubre. Servicio de Psiquiatría. Avda. Córdoba, km 5,400. E-28041 Madrid. Fax: +34 913 908 538. E-mail: mjimenez@hdoc.insalud.es

© 2001, REVISTA DE NEUROLOGÍA

## PACIENTES Y MÉTODOS

### Muestra

Se seleccionó la muestra entre los pacientes que acudían a la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Se trata de una unidad para tratamiento ambulatorio de problemas relacionados con el alcohol, ludopatía y tabaquismo. Se decidió realizar el muestreo en esta población por la posibilidad de encontrar entre estos pacientes una mayor prevalencia de antecedentes de TDAH en la infancia, conforme a la bibliografía y según habíamos podido observar en la práctica clínica en esta unidad [28]. Se seleccionaron 82 pacientes con antecedente de TDAH en la infancia y otros 184 sin dicho antecedente. Estos últimos constituirían el grupo control.

### Instrumentos

#### WURS

Cuestionario autoaplicado de 61 ítems. Todos los ítems hacen referencia al encabezamiento 'De pequeño yo era (o tenía) (o estaba)'. Cada ítem puntúa 0 (nada en absoluto o casi nada), 1 (un poco), 2 (moderadamente), 3 (bastante) o 4 (mucho). Los 42 primeros recogen información sobre conductas, estados de ánimo, problemas de relación con familiares, compañeros y figuras de autoridad; los siete ítems siguientes recogen problemas médicos; y los últimos 12, problemas escolares y académicos.

Se procedió a la traducción y adaptación de la WURS desde su idioma original, siguiendo las recomendaciones de Geisinger [29]. Se realizaron reuniones de consenso entre neurólogos, psiquiatras infantiles y los autores del trabajo, con el fin de aumentar la comprensión y representatividad de los ítems. Posteriormente se aplicó el cuestionario a 20 voluntarios sanos, así como a 20 voluntarios con antecedente de TDAH en la infancia, para estudiar y corregir posibles problemas de comprensión de los ítems. La versión final del cuestionario que se utilizó para el proceso de validación aparece en la tabla I.

#### Entrevista clínica semiestructurada

Diseñada para este estudio, en ella se recogían todos los criterios del TDAH incluidos en el DSM-IV.

#### Metodología

Tras cumplimentar nuestra versión de la WURS, todos los individuos fueron evaluados por dos psiquiatras expertos en trastornos infantiles, siguiendo la entrevista clínica semiestructurada antes citada. Estos profesionales desconocían el resultado del cuestionario de cada sujeto. El diagnóstico de antecedente de TDAH en la infancia se confirmaba con los datos proporcionados por la familia. Se diagnosticó la existencia de TDAH durante la infancia en 82 pacientes, independientemente de la persistencia o no de algún tipo de sintomatología residual, y se consideró que claramente no habían padecido este trastorno infantil 184 pacientes. Se excluyeron, como casos dudosos, aquellos en los que no se podía contar con datos fidedignos aportados por la familia.

Se estudiaron diferencias en las variables edad y sexo entre el grupo TDAH y el grupo control. Se obtuvo la diferencia en la puntuación de los diferentes ítems entre ambos grupos, para posteriormente seleccionar los 25 ítems que mejor discriminaban entre el grupo TDAH y el grupo control. Se estudió la fiabilidad, el punto de corte que maximiza sensibilidad y especificidad, el valor predictivo positivo, el valor predictivo negativo, el total de sujetos mal clasificados, el punto de corte con sensibilidad 95%, el punto de corte con especificidad 95%, el área bajo la curva ROC, su desviación estándar (DE) y su intervalo de confianza. Se realizó un análisis factorial, empleando rotación VARIMAX.

El análisis estadístico de los datos obtenidos se realizó con el programa SPSS, a excepción de los datos referentes a la curva ROC, que se realizaron con el programa EPIDAT.

## RESULTADOS

La media de edad en el grupo TDAH fue 34,5 años (DE 10,2) y en el grupo control, de 33,3 años (DE 10,7). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (t de Student). El grupo TDAH estaba constituido por un 78,1% de varones (n= 64) y un 21,9% de mujeres (n= 18); el grupo control, por 67,4% de varones (n= 124) y 32,6% de mujeres (n= 60). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ( $\chi^2$ ).

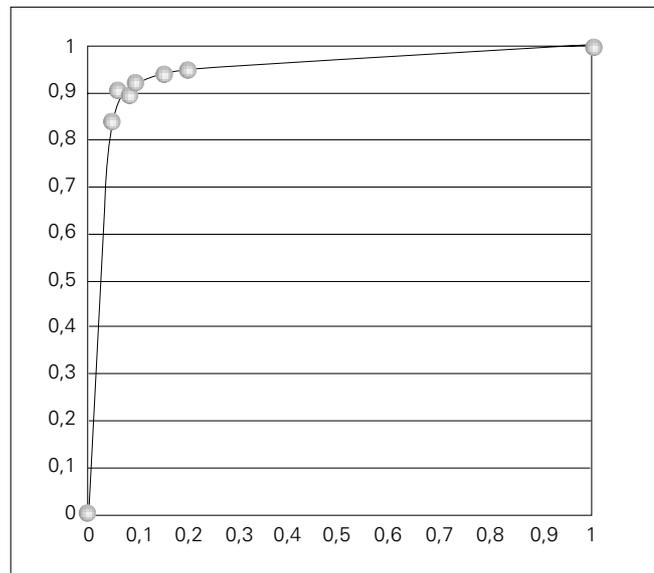


Figura. Curva ROC.

La media de las puntuaciones en los diferentes ítems obtenidas por el grupo TDAH y el grupo control se muestran en la tabla II. En esta tabla se recoge además, el orden de los ítems con relación a dichas diferencias. Los 25 ítems seleccionados para la validación se encuentran sombreados en la tabla I.

El coeficiente alfa de Cronbach para los 25 ítems seleccionados fue de 0,94. Dicho coeficiente se mantiene en 0,94 al considerar los 61 ítems del cuestionario. El punto de corte de 32 maximiza sensibilidad y especificidad, siendo respectivamente de 91,5 y 90,8%. El valor predictivo positivo es de 81% y el valor predictivo negativo es de 96%. El total de sujetos mal clasificados es del 9%. Con el punto de corte de 28 se obtiene una sensibilidad del 95%, y con el punto de corte de 37, una especificidad del 95%. El área bajo la curva ROC es de 0,94, con DE de 0,018 y un intervalo de confianza de 0,906-0,975 (nivel de confianza: 0,950). La curva ROC se encuentra representada en la figura.

El análisis factorial con rotación VARIMAX agrupa los 25 ítems en cuatro factores, como se muestra en la tabla III. El factor I agrupa los ítems 4, 17, 20, 21, 25, 26, 27, 39, 40; el factor II, los ítems 13, 15, 24, 28, 35, 36, 41; el factor III, los ítems 1, 5, 7, 9, 11; y el factor IV, los ítems 3, 6, 10, 19.

## DISCUSIÓN

Nuestra versión del instrumento presenta unas características psicométricas –fiabilidad, sensibilidad, especificidad, valor predictivo, área bajo la curva ROC– que indican una adecuada validez para la detección de pacientes adultos con antecedentes infantiles de TDAH.

En los trabajos de validación del cuestionario original, Ward et al [24] seleccionan los 25 ítems en los que existe más diferencia de puntuación entre los adultos con un diagnóstico de TDAH y los considerados controles. Estos ítems seleccionados se muestran sombreados en la tabla I. A partir de la puntuación obtenida en esos 25 ítems se determinó que el punto de corte de 36 separaba a los adultos con TDAH durante la infancia de los controles con una sensibilidad del 96% y una especificidad del 96%; además, un punto de corte de 46 identificaba correctamente al 86% de pacientes con TDAH, a 99% de sujetos normales y a 81% de pacientes deprimidos. En nuestra adaptación, y con la selección de los 25 ítems que más discriminan entre los grupos TDAH y control de nuestra muestra, obtenemos que con un punto de corte de 32, la sensibilidad del cuestionario es del 91,5% y la especificidad, del 90,8%.

En el análisis factorial se aprecia la existencia de cuatro fac-

**Tabla 1.** Wender-Utah Rating Scale (WURS): traducción al castellano. Se han sombreado los 25 ítems seleccionados por su capacidad para discriminar a los pacientes con TDAH durante la infancia.

De pequeño yo era (o tenía) (o estaba):	Nada en absoluto o casi nada	Un poco	Moderada- mente	Bastante	Mucho
1. Activo, no paraba nunca					
2. Miedo de las cosas					
3. Problemas de concentración, me distraía con facilidad					
4. Ansioso, preocupado					
5. Nervioso, inquieto					
6. Poco atento, 'en las nubes'					
7. Mucho temperamento, saltaba con facilidad					
8. Tímido, sensible					
9. Explosiones de genio, rabietas					
10. Problemas para terminar las cosas que empezaba					
11. Testarudo, cabezota					
12. Triste, deprimido					
13. Imprudente, temerario, hacía travesuras					
14. Insatisfecho con la vida, no me gustaba hacer ninguna cosa					
15. Desobediente con mis padres, rebelde, contestón					
16. Mala opinión de mí mismo					
17. Irritable					
18. Extravertido, amigable, me gustaba la compañía de los demás					
19. Descuidado, me organizaba mal					
20. Cambios de humor frecuentes: alegre, triste...					
21. Enfadado					
22. Popular, tenía amigos					
23. Me organizaba bien, ordenado, limpio					
24. Impulsivo, hacía las cosas sin pensar					
25. Tendencia a ser inmaduro					
26. Sentimientos de culpa, remordimientos					
27. Perdía el control de mí mismo					
28. Tendencia a ser o a actuar irracionalmente					
29. Poco popular entre los demás chicos, los amigos no me duraban mucho, no me llevaba bien con los demás chicos					
30. Mala coordinación, no hacía deporte					
31. Miedo a perder el control					
32. Buena coordinación, siempre me escogían de los primeros para el equipo					
33. Un chico (sólo si es mujer)					
34. Me escapaba de casa					
35. Me metía en peleas					
36. Molestaba a otros niños					
37. Líder, mandón					
38. Dificultades para despertarme					

**Tabla I.** Wender-Utah Rating Scale (WURS): traducción al castellano. (Continuación)

De pequeño yo era (o tenía) (o estaba):	Nada en absoluto o casi nada	Un poco	Moderada- mente	Bastante	Mucho
39. Me dejaba llevar demasiado por los demás					
40. Dificultad para ponerme en el lugar de otros					
41. Problemas con las autoridades, en la escuela, visitas al jefe de estudios					
42. Problemas con la policía, condenas					
<b>Problemas médicos en la infancia:</b>					
43. Dolor de cabeza					
44. Dolor de estómago					
45. Estreñimiento					
46. Diarrea					
47. Alergia a alimentos					
48. Otras alergias					
49. Me orinaba en la cama					
<b>De niño, en la escuela yo era (o tenía):</b>					
50. En general un buen estudiante, aprendía rápido					
51. En general un mal estudiante, me costaba aprender					
52. Lento para aprender a leer					
53. Leía despacio					
54. Dislexia					
55. Problemas para escribir, deletrear					
56. Problemas con los números o las matemáticas					
57. Mala caligrafía					
58. Capaz de leer bastante bien pero nunca me gustó hacerlo					
59. No alcancé todo mi potencial					
60. Repetí curso (¿Cuál? _____ )					
61. Expulsado del colegio (¿Qué cursos? _____ )					

tores, que muestran coherencia con la interpretación del trastorno y con lo observado por otros autores en población adulta y también en población infantil [22,26]: problemas emocionales subjetivos (factor I), impulsividad-trastornos de conducta (factor II), impulsividad-hiperactividad (factor III) y dificultades atencionales (factor IV). Existe un cierto solapamiento entre los tres primeros factores y algunos ítems puntúan más de 0,4 en dos de ellos; queda más claramente definido el factor de dificultades atencionales. Este hecho concuerda con las conceptualizaciones actuales acerca de las distintas formas de presentación del trastorno y con las relaciones estrechas entre ciertos subtipos y la presencia de trastornos de conducta de la línea disocial.

En relación con los 25 ítems seleccionados en la versión original y los seleccionados en nuestra versión existe diferencia en seis de ellos. En los ítems seleccionados que están en la WURS original y no en nuestra versión –ítems 12, 16, 29, 51, 56, 59– predominan síntomas emocionales y dificultades escolares. En cambio, en los seis ítems seleccionados en nuestra versión y no en la original –ítems 1, 13, 19, 35, 36, 39– predominan signos de hiperactividad y problemas de conducta. En esta diferencia

podrían intervenir, evidentemente, sesgos de selección de la muestra. Quizá los pacientes con TDAH y trastorno de conducta comórbido sean los que más fácilmente desarrollen una adicción –pudiendo estar sobrerrepresentados en nuestra muestra– y, por tanto, pueden existir puntuaciones más elevadas como media en los ítems que señalan los problemas de comportamiento. Por otro lado, podrían estar menos representados pacientes en los que predomine el déficit de atención y no la hiperactividad-impulsividad, en los cuales podría haber más repercusión escolar y menos problemas de conducta. También podrían haber diferencias motivadas por peculiaridades culturales, en cuanto a la mayor o menor tolerancia a los trastornos de conducta y al fracaso escolar en los niños. Planteándonos la posibilidad de añadir estos u otros ítems a nuestra selección inicial, hemos de señalar que dicho aumento en el número de ítems seleccionados no mejoraba sustancialmente la sensibilidad y especificidad obtenidas y, sin embargo, disminuía la coherencia clínica del análisis factorial.

En resumen, se trata de un instrumento sencillo, de fácil comprensión por parte de los pacientes, autoaplicado y de rápida corrección. En nuestra población de pacientes con conductas adic-

**Tabla II.** Relación de ítems con la puntuación media en casos y controles, especificando el número de orden según la diferencia entre ambos grupos.

Ítem	TDAH	Control	Orden según diferencia	Ítem	TDAH	Control	Orden según diferencia
1	2,93	1,61	16	32	2,12	1,77	48
2	1,49	1,17	50	33	0,55	0,23	51
3	2,41	0,75	5	34	0,88	0,11	31
4	2,04	0,80	18	35	1,66	0,29	14
5	2,98	1,03	1	36	1,14	0,21	25
6	2,24	0,64	8	37	1,33	0,76	38
7	2,61	1,04	10	38	1,51	0,78	32
8	2,22	1,89	49	39	2,01	0,95	23
9	2,61	0,95	6	40	1,72	0,58	19
10	1,99	0,64	15	41	1,96	0,18	4
11	2,96	1,46	11	42	0,33	0,02	53
12	1,35	0,43	26	43	0,77	0,46	54
13	2,66	0,82	2	44	0,72	0,35	47
14	0,95	0,24	33	45	0,66	0,35	52
15	2,12	0,49	7	46	0,47	0,18	56
16	1,18	0,40	30	47	0,18	0,06	59
17	1,96	0,52	12	48	0,64	0,23	46
18	2,87	2,61	57	49	0,80	0,20	35
19	1,87	0,77	20	50	1,71	2,60	61
20	2,00	0,59	13	51	1,33	0,47	28
21	1,46	0,48	24	52	0,87	0,39	40
22	2,65	2,50	58	53	1,13	0,54	37
23	1,49	2,36	60	54	0,52	0,08	43
24	2,69	0,87	3	55	0,65	0,22	44
25	1,96	0,71	17	56	1,08	0,49	36
26	1,90	0,80	21	57	1,36	0,82	39
27	1,86	0,29	9	58	1,57	0,78	29
28	1,35	0,28	22	59	1,73	1,04	34
29	0,78	0,36	45	60	0,65	0,17	41
30	1,22	0,76	42	61	0,33	0,03	55
31	1,37	0,46	27				

tivas ha demostrado ser muy útil para diferenciar un subgrupo importante de pacientes con antecedente de TDAH en la infancia. La detección de este trastorno en las poblaciones de pacientes con trastornos adictivos podría tener implicaciones terapéuticas importantes, ya que permite la evaluación de psicofármacos específicos, que en principio no se considerarían para el tratamiento de las adicciones, como los psicoestimulantes. También permite la comprensión de actitudes y tendencias conductuales desde una óptica que posibilita un acercamiento psicoterapéutico más espe-

cífico. Son también importantes las implicaciones evolutivas, pues el diagnóstico de esta condición permite prever formas típicas de evolución con complicaciones características, para su abordaje y prevención tempranos. Por otro lado, resultaría de gran utilidad la detección de este trastorno en el estudio general de factores de vulnerabilidad a las adicciones, que pueden o no estar relacionados —como el trastorno antisocial de la personalidad—, así como también la posibilidad de rastrear este trastorno en familiares adultos de los pacientes, para la comprensión de los factores familiares.

**Tabla III.** Análisis factorial (se han sombreado los ítems por grupos según el factor en que se agrupan).

Item	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Enunciado ítem
26	<b>0,75213</b>	0,15619	0,05588	0,09481	Sentimientos de culpa, remordimientos
20	<b>0,72238</b>	0,25019	0,18861	0,23908	Cambios de humor frecuentes: alegre, triste...
21	<b>0,67417</b>	0,33518	0,25330	-0,02334	Enfadado
27	<b>0,63975</b>	0,51027	0,14847	0,19293	Perdía el control de mí mismo
4	<b>0,61559</b>	0,00942	0,17275	0,39972	Ansioso, preocupado
39	<b>0,58466</b>	0,03659	0,11905	0,27670	Me dejaba llevar demasiado por los demás
40	<b>0,54776</b>	0,27020	0,26900	0,15773	Dificultad para ponerme en el lugar de otros
17	<b>0,53010</b>	0,48762	0,34710	0,15383	Irritable
25	<b>0,48611</b>	0,30710	0,08935	0,41403	Tendencia a ser inmaduro
36	0,13344	<b>0,71913</b>	0,07317	0,08546	Molestaba a otros niños
35	0,21304	<b>0,71648</b>	0,21321	0,14961	Me metía en peleas
41	0,20563	<b>0,67132</b>	0,27576	0,31116	Problemas con las autoridades, en la escuela, visitas al jefe de estudios
15	0,21680	<b>0,62096</b>	0,29848	0,23470	Desobediente con mis padres, rebelde, contestón
13	0,05782	<b>0,56477</b>	0,52343	0,22571	Imprudente, temerario, hacia travesuras
28	0,54504	<b>0,55461</b>	0,02869	0,25306	Tendencia a ser o a actuar irracionalmente
24	0,30059	<b>0,55309</b>	0,27783	0,36250	Impulsivo, hacía las cosas sin pensar
1	0,03567	0,17897	<b>0,75740</b>	0,18507	Activo, no paraba nunca
5	0,31005	0,10953	<b>0,72957</b>	0,31067	Nervioso, inquieto
7	0,30703	0,42160	<b>0,57079</b>	0,02332	Mucho temperamento, saltaba con facilidad
9	0,32617	0,50134	<b>0,51642</b>	0,03461	Explosiones de genio, rabieta
11	0,21801	0,38232	<b>0,44265</b>	0,08513	Testarudo, cabezota
3	0,28288	0,12873	0,39321	<b>0,73168</b>	Problemas de concentración, me distraía con facilidad
19	0,03895	0,36885	-0,00718	<b>0,72580</b>	Descuidado, me organizaba mal
10	0,32592	0,22702	0,11888	<b>0,68260</b>	Problemas para terminar las cosas que empezaba
6	0,34364	0,09305	0,35949	<b>0,66347</b>	Poco atento, 'en las nubes'

Nuestro trabajo tiene limitaciones evidentes, al tratarse de una muestra de pacientes con adicción al alcohol, al juego o a la nicotina. Si bien el instrumento resulta útil para la detección del TDAH en nuestra población y muestra unas adecuadas características psicométricas para los ítems seleccionados, podría comportarse de manera distinta en otras poblaciones. Ya en el trabajo inicial, Ward et al encuentran que el punto de corte debe ser distinto para separar

adultos con TDAH de controles, que para separarlos de pacientes con patología depresiva, que se comportan de forma especial frente al cuestionario. Por ello, consideramos de gran importancia la copia de estos trabajos en distintas poblaciones, pues sería de gran interés la aplicación de esta herramienta en otras condiciones psicopatológicas –como los trastornos afectivos y los trastornos de personalidad– y neurológicas –como el síndrome de Gilles de la Tourette.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Swanson JM, Sergeant JA, Taylor E, Sonuga-Barke EJ, et al. Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. *Lancet* 1998; 351: 429-33.
- Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA. DSM-III disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44: 69-76.
- Miranda A, Jarque S, Soriano M. Trastorno de hiperactividad con déficit de atención: polémicas actuales acerca de su definición, epidemiología, bases etiológicas y aproximaciones a la intervención. *Rev Neurol* 1999; 28 (Suppl 2): S182-8.
- Narbona-García J, Sánchez-Carpintero R. Neurobiología del trastorno de la atención e hiperactividad en el niño. *Rev Neurol* 1999; 28 (Suppl 2): S160-4.
- Lampreave JL, Bittini A, Mateos F, Manzano S, Domínguez P. Técnicas de neuroimagen en el síndrome de Gilles de la Tourette. *Rev Neurol* 1996; 24: 921-5.
- Knell ER, Comings DE. Tourette's syndrome and attention-deficit hyperactivity disorder: evidence for a genetic relationship. *J Clin Psychiatry* 1993; 54: 331-7.
- Castellanos FX, Giedd JN, Hamburger SD, Marsh WL, Rapoport JL. Brain morphometry in Tourette's syndrome: the influence of comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neurology* 1996; 47: 1581-3.
- Lichter DG, Dmochowski J, Jackson LA, Trinidad KS. Influence of family history on clinical expression of Tourette's syndrome. *Neurology* 1999; 52: 308-16.
- Sheppard DM, Bradshaw JL, Purcell R, Pantelis C. Tourette's and co-

- morbid syndromes: obsessive compulsive and attention deficit hyperactivity disorder. A common etiology? *Clin Psychol Rev* 1999; 19: 531-52.
10. Spencer T, Biederman J, Harding M, O'Donnell D, Wilens T, Faraone S, et al. Disentangling the overlap between Tourette's disorder and ADHD. *J Child Psychol Psychiatry* 1998; 39: 1037-44.
  11. Waldman ID, Rowe DC, Abramowitz A, Kozel ST, Mohr JH, Sherman SL, et al. Association and linkage of the dopamine transporter gene and attention-deficit hyperactivity disorder in children: heterogeneity owing to diagnostic subtype and severity. *Am J Hum Genet* 1998; 63: 1767-76.
  12. Comings DE, González N, Wu S, Gade R, Muhleman D, Saucier G, et al. Studies of the 48 bp repeat polymorphism of the DRD4 gene in impulsive, compulsive, addictive behaviors: Tourette syndrome, ADHD, pathological gambling, and substance abuse. *Am J Med Genet* 1999; 88: 358-68.
  13. Lopera F, Palacio LG, Jiménez I, Villegas P, Puerta IC, Pineda D, et al. Discriminación de factores genéticos en el déficit de atención. *Rev Neurol* 1999; 28: 660-4.
  14. Manuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, Lapadula M. Adult outcome of hyperactive boys. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 565-76.
  15. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA, et al. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition and psychosocial functioning in adults with ADHD. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1792-8.
  16. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA* 1990; 264: 2511-8.
  17. Merikangas KR, Risch NJ, Weissman MM. Comorbidity and co-transmission of alcoholism, anxiety and depression. *Psychol Medicine* 1994; 24: 69-80.
  18. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Benjamin J, Krifcher B, Moore C, et al. Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder: patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 728-38.
  19. Pliszka SR. Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 7): 50-8.
  20. Hornig M. Addressing comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 7): 69-75.
  21. Farré-Riba A, Narbona J. Índice de hiperquinesia y rendimiento escolar: validación del cuestionario de Conners en nuestro medio. *Acta Pediatr Esp* 1989; 47: 103-9.
  22. Farré-Riba A, Narbona J. Escalas de Conners en la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: nuevo estudio factorial en niños españoles. *Rev Neurol* 1997; 25: 200-4.
  23. Smeyers P. Estudios de potenciales evocados en niños con síndrome por déficit de atención e hiperactividad. *Rev Neurol* 1999; 28 (Suppl 2): S173-6.
  24. 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 Psychiatry* 1993; 150: 885-90.
  25. Rossini DE, O'Connor MA. Retrospective self-reported symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder: reliability of the Wender Utah Rating Scale. *Psychol Rep* 1995; 77: 751-4.
  26. Stein MA, Sandoval R, Szumowski E, Roizen N, Reinecke MA, BlonDIS TA, Klein Z. Psychometric characteristics of the Wender Utah Rating Scale (WURS): reliability and factor structure for men and women. *Psychopharmacol Bull* 1995; 31: 425-33.
  27. Lara-Muñoz C, Herrera-García S, Romero-Ogawa T, Torija L, García ML. Características psicométricas de la Escala de Evaluación Retrospectiva del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad Wender-Utah en español. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1998; 26: 165-71.
  28. Ponce G, Rodríguez-Jiménez R, Pérez-Rojo JA, Monasor R, Rubio G, Jiménez-Arriero MA, Palomo T. 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.
  29. Geisinger KF. Cross-cultural normative assessment: translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. *Psychological Assessment* 1994; 4: 304-12.

#### 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

**Resumen.** Introducción. *El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en la infancia. Recientemente se ha constatado que el TDAH infantil puede ser un factor de vulnerabilidad para diferentes trastornos psiquiátricos en el adulto, como adicción a sustancias y trastornos de personalidad. El diagnóstico retrospectivo de este trastorno en la infancia de pacientes adultos resulta especialmente problemático. Objetivo. Se realiza una traducción y adaptación de la Wender-Utah Rating Scale (WURS) para su validación en población española. Pacientes y métodos. Se administra el cuestionario a 266 pacientes de una Unidad de Conductas Adictivas. En 82 casos se ha realizado un diagnóstico clínico de TDAH durante la infancia, y los 184 restantes no presentan antecedentes de este trastorno. Resultados. Se eligieron los 25 ítems que mejor discriminaban los casos de los controles. El coeficiente de Cronbach para esta subescala fue de 0,94. El punto de corte de 32 optimizaba sensibilidad (91,5%) y especificidad (90,8%). Los valores predictivos positivo y negativo fueron 81 y 96%, respectivamente. El total de sujetos mal clasificados fue del 9%. Conclusiones. Nuestra versión del instrumento presenta unas características psicométricas que indican una adecuada validez para la detección de pacientes adultos con antecedentes infantiles de TDAH. En nuestra población de pacientes con conductas adictivas ha demostrado ser muy útil para diferenciar un subgrupo importante de pacientes con antecedente de TDAH en la infancia. Sería de gran importancia la replicación de estos trabajos en otras condiciones psicopatológicas y neurológica. [REV NEUROL 2001; 33: 138-44]*

**Palabras clave.** Adicciones. Análisis factorial. Características psicométricas. Diagnóstico. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Wender-Utah Rating Scale.

#### VALIDAÇÃO NA POPULAÇÃO ESPANHOLA ADULTA DA WENDER-UTAH RATING SCALE PARA A AVALIAÇÃO DE PERTURBAÇÕES POR DÉFICE DE ATENÇÃO E HIPERACTIVIDADE NA INFÂNCIA

**Resumo.** Introdução. *A perturbação por défice de atenção e hiperactividade (PDAH) é uma das doenças neuropsiquiátricas mais comuns na infância. Recentemente, constatou-se que a PDAH infantil pode ser um factor de vulnerabilidade para diferentes perturbações psiquiátricas no adulto, como abuso de substâncias e perturbação de personalidade. O diagnóstico retrospectivo desta perturbação na infância de doentes adultos é especialmente problemático. Objectivo. Realiza-se uma tradução e adaptação da escala de Wender-Utah Rating Scale (WURS) para a sua validação na população espanhola. Doentes e métodos. Submete-se um questionário a 266 doentes de uma Unidade de Conduta antitoxicoddependência. Em 82 casos fez-se um diagnóstico clínico de PDAH durante a infância, e os restantes 184 casos não apresentaram antecedentes desta perturbação. Resultados. Foram escolhidos os 25 itens que melhor discriminavam os casos dos controlos. O coeficiente de Cronbach para esta subescala foi de 0,94. O ponto de corte de 32 optimizava sensibilidade (91,5%) e especificidade (90,8%). Os valores preditivos positivo e negativo foram 81% e 96%, respectivamente. O total de indivíduos mal classificados foi de 9%. Conclusões. A nossa versão do instrumento apresenta características psicométricas adequadas, que indicam uma validade adequada para a detecção de doentes adultos com antecedentes infantis de PDAH. Na nossa população de doentes com comportamentos toxicodependentes demonstrou ser muito útil para diferenciar um subgrupo importante de doentes com antecedentes de PDAH na infância. Seria de grande importância a replicação destes trabalhos sob outras condições psicopatológicas e neurológicas. [REV NEUROL 2001; 33: 138-44]*

**Palavras chave.** Dependências Análise factorial. Características psicométricas. Diagnóstico. Perturbação por défice de atenção e hiperactividade. Wender-Utah Rating Scale.