

TDAH en población adulta y el modelo de cinco factores de personalidad

CLAUDIA FERRER ASENCIO
al362957@uji.es

LAURA MEZQUITA GUILLAMÓN
lmezquit@uji.es

Resumen

Introducción: El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que continúa en la adultez en más de la mitad de los casos (Faraone, Biederman y Mick 2006). Se caracteriza por un déficit atencional y/o hiperactividad/impulsividad (Van Dijk et al. 2017) y se da en al menos dos ambientes (social, familiar, escolar o laboral) (Pedrero-Pérez y Puerta-García 2007). Debido a la escasez de estudios previos, el objetivo del presente trabajo fue explorar la relación entre el modelo de cinco factores (FFM; John 2021) y la sintomatología de TDAH. **Metodología:** La muestra está formada por 552 personas (edad media = 21,47, SD = 3,99; 33,15% hombres) que informaron sobre la sintomatología de TDAH y sus características de personalidad (i.e., apertura, extraversión, amabilidad, responsabilidad y estabilidad emocional) mediante los cuestionarios ASRSV.1.1 (WHO 2003) y BFPTSQ (Morizot 2014). **Resultados:** Los análisis de regresión mostraron que la extraversión ($\beta = 0,09$, $p < 0,05$), y sobre todo la baja responsabilidad ($\beta = -0,38$, $p < 0,001$) y la baja estabilidad emocional ($\beta = -0,29$, $p < 0,001$) se relacionan con el TDAH. **Discusión:** Igual que en estudios anteriores sobre el FFM y la estructura de la psicopatología, los síntomas del TDAH se asociaron con una baja responsabilidad y una baja estabilidad emocional, en la misma línea que el espectro externalizante e internalizante, respectivamente. Esto sugiere que es más apropiado conceptualizar los síntomas del TDAH en un factor de psicopatología diferenciado de los factores internalizantes y externalizantes (Etkin et al. 2020; Mann et al. 2020).

Palabras clave: TDAH, Modelo de Cinco Factores, personalidad, BFPTSQ y ASRSV.1.1.

Abstract

Introduction: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder that continues into adulthood in more than a half of the cases (Faraone, Biederman & Mick 2006). It is characterised by attention deficit and/or

hyperactivity/impulsivity (Van Dijk et al. 2017) and occurs in at least two settings (social, family, school, or work) (Pedrero-Pérez & Puerta-García 2007). Due to the paucity of previous studies, the aim of the present study was to explore the relationship between the five-factor model (FFM; John 2021) and ADHD symptomatology. **Method:** The sample consisted of 552 participants (mean age = 21.47, SD = 3.987; 33.15% male) who reported ADHD symptomatology and their personality characteristics (i.e., openness, extraversion, agreeableness, conscientiousness, and emotional stability) using the ASRSV.1.1 (WHO 2003) and BFPTSQ (Morizot 2014) questionnaires. **Results:** Regression analyses showed that extraversion ($\beta = 0.09$, $p < 0.05$), and especially low conscientiousness ($\beta = -0.38$, $p < 0.001$), and low emotional stability ($\beta = -0.29$, $p < 0.001$) were related to ADHD. **Discussion:** As in previous studies about the FFM and the structure of psychopathology, the ADHD symptoms were associated with low conscientiousness and low emotional stability in the same vein as the externalising and internalizing spectrum respectively. This suggests that it is more appropriate to conceptualise ADHD symptoms in a psychopathology factor differentiated from internalising and externalising factors (Etkin et al. 2020; Mann et al. 2020).

Key Words: ADHD, Five Factor Model, personality, BFPTSQ and ASRSV.1.1.

Introducción

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad o TDAH se considera un trastorno del neurodesarrollo, el cual comienza en la infancia y se mantiene en la edad adulta en más de la mitad de los casos (Faraone, Biederman y Mick 2006). Se caracteriza sobre todo por un déficit en la atención sostenida o una desproporcionada hiperactividad e impulsividad, o ambas combinadas (Van Dijk et al. 2017). Esta sintomatología es crónica y se da en al menos dos ambientes distintos, teniendo en cuenta: el social, familiar, escolar o laboral (Pedrero-Pérez y Puerta-García 2007). Este trastorno psiquiátrico es de los más prevalentes en la población adulta (Ramos Quiroga y Casas Brugué 2009).

La personalidad está configurada por un conjunto de rasgos, entendiéndose como rasgo de personalidad a las diferencias entre los individuos en una tendencia típica a comportarse, pensar o sentir en múltiples contextos y a lo largo del tiempo. Es decir, la existencia de una inclinación o predisposición a mostrar esos comportamientos, pensamientos o sentimientos en distintas situaciones y de forma consistente (Ashton 2017, 68).

La personalidad se ha investigado desde hace muchos años, dando lugar a varios modelos de personalidad, de entre los cuales el modelo que más aceptado y que mayor consenso y evidencia acumula es el modelo de cinco factores (John 2021). Este modelo propone cinco dimensiones generales de personalidad, que son las siguientes: apertura a la experiencia (O), extraversión (E), amabilidad (A), responsabilidad (C) y

neuroticismo (N) o estabilidad emocional (ES, que sería el polo opuesto a N dentro del mismo continuo) (Ortet et al. 2017).

Cada dimensión se compone de varias facetas. La apertura a la experiencia es una dimensión que representa las diferencias individuales en facetas como son la curiosidad intelectual, la imaginación, la apreciación de las diferentes ideas y expresiones artísticas, y la variedad de valores sociales y políticos; la extraversión es una dimensión que refleja las diferencias individuales en facetas como la sociabilidad, la asertividad, el nivel de actividad, la apreciación de las actividades emocionantes y la propensión a expresar emociones positivas; la amabilidad es una dimensión que revela las diferencias individuales en facetas como la prosocialidad, la empatía, la colaboración y la ayuda a los demás; la responsabilidad es una dimensión que representa las diferencias individuales en la propensión a ser organizado, a planificar las cosas con antelación, a controlar los impulsos y a respetar y cumplir las normas y reglas sociales convencionales; y el neuroticismo es la dimensión que hace referencia a las diferencias individuales en la inclinación a experimentar emociones negativas como la ansiedad, el miedo, el estado de ánimo depresivo y la irritabilidad y a tener una baja autoestima (Morizot 2014)□.

En cuanto a la relación entre la personalidad según el modelo de los cinco grandes y los síntomas de TDAH, estudios previos sugieren que el neuroticismo correlaciona de forma significativa con los síntomas de TDAH, especialmente con los síntomas de inatención (Martel y Nigg 2006; Nigg y Nikolas 2015; Ullsperger, Stanton y Watson 2016). De igual manera, la baja responsabilidad correlaciona significativamente con los síntomas de TDAH, pero en mayor medida con los síntomas de inatención (Martel y Nigg 2006; Nigg y Nikolas 2015; Ullsperger, Stanton y Watson 2016). Por otra parte, la baja amabilidad correlaciona significativamente con los síntomas de TDAH, pero más estrechamente con los síntomas de hiperactividad/impulsividad (Gómez y Corr 2014; McKinney, Canu y Schneider 2013; Stanton y Watson 2016).

La relación de la extraversión con los síntomas de TDAH está menos clara, ya que en ocasiones se encuentran relaciones significativas (Avisar y Shalev Mevorach 2011; Morizot 2014; Parker, Majeski y Collin 2004; Shi y Du 2019; Stanton y Watson 2016) y en otras no (Gómez y Corr 2014; McKinney, Canu y Schneider 2013). No obstante, cuando se encuentra relación significativa, esta es positiva con los síntomas de hiperactividad e impulsividad (Avisar y Shalev Mevorach 2011; Stanton y Watson 2016) y negativa con los síntomas de inatención (Parker, Majeski y Collin 2004; Stanton y Watson 2016). Por su parte, la apertura a la experiencia es la única dimensión que parece no correlacionar con la sintomatología de TDAH (Avisar y Shalev Mevorach 2011; Gómez y Corr 2014; McKinney, Canu y Schneider 2013; Morizot 2014; Parker, Majeski y Collin 2004; Stanton y Watson 2016). Cabe señalar que la mayoría de los estudios mencionados previamente utilizan muestras de nacionalidad no española a excepción del estudio de Etkin et al. (2020). No obstante, los autores utilizaron una muestra de adolescentes y evaluaron los síntomas de inatención e hiperactividad con tan solo unos pocos ítems.

Por todo ello, el objetivo de este estudio fue analizar la relación existente entre las diferentes dimensiones de personalidad del Modelo de Cinco Factores de personalidad y la sintomatología del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de adultos jóvenes españoles.

Hipotetizamos que mayor sintomatología de TDAH se relacionaría con menores niveles de estabilidad emocional, de amabilidad y de responsabilidad. Específicamente, se hipotetizó que la mayor inatención se relacionaría principalmente con la menor estabilidad emocional y una menor responsabilidad, y que la mayor hiperactividad se relacionaría con menor amabilidad.

Método

Participantes

La muestra original estaba compuesta por 698 estudiantes universitarios de la UJI. Sin embargo, se analizó solo los datos de aquellos que habían respondido a todas las preguntas del BFPTSQ.

En la siguiente sesión de evaluación se administró el ASRSV.1.1. al que respondieron un total de 557 personas.

Sin embargo, la N final son 552, ya que son de las personas de las que se obtienen todas las variables de estudio (sexo, edad, BFPTSQ y ASRSV.1.1).

El rango de edad de la muestra total fue de 18 a 51 años (33.15% hombres; edad media = 21,47; DT =3,99).

Los criterios de selección fueron: ser mayor de edad, ser estudiante universitario, y conocer y entender la lengua española.

Instrumentos

Los participantes cumplimentaron un cuestionario sobre características sociodemográficas (edad, sexo, nacionalidad).

Adult ADHD Self-Report Scale Version 1.1 [ASRSV.1.1; OMS, 2003] es un autoinforme que evalúa los síntomas de TDAH en población adulta, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud.

Este cuestionario permite realizar un cribado rápido del trastorno, cuyos 18 ítems coinciden con el listado de síntomas del TDAH del DSM-IV, haciendo referencia a los 6 meses antes de la evaluación. Este consta de una subescala de inatención (9 ítems) y otra de hiperactividad/impulsividad (9 ítems). El formato de respuesta es de tipo Likert de 5 opciones (de 0 = nunca a 4 = muy frecuentemente) (Park et al. 2016). Estudios previos muestran evidencias sobre la fiabilidad de las puntuaciones de la escala, así como de validez, sensibilidad y especificidad, y se refrenda su uso tanto clínico como para estudios de prevalencia (DuPaul Power, Anastopoulos y Reid 1998).

El Big Five Personality Trait Short Questionnaire [BFPTSQ; Morizot 2014] es un cuestionario que evalúa el modelo de personalidad de los cinco factores y cuyos ítems se han extraído y editado a partir del BFI (John y Srivastava 1999) y el NEO-PI-3 (McCrae y Costa 2010). Está compuesto por 50 ítems (10 para cada una de las 5 dimensiones del modelo) con un formato de respuesta tipo Likert de 5 opciones (de 0 = totalmente en desacuerdo a 4 = totalmente de acuerdo). Este cuestionario posee una adecuada amplitud conceptual (validez de contenido) de los rasgos primarios representados en

sus ítems, además hay evidencia de una validez factorial, validez convergente, validez de criterio adecuadas y validez de constructo aceptables; así como de una fiabilidad adecuada de las puntuaciones de sus escalas (Ortet Fabregat et al. 2017). Este cuestionario se puede administrar a adultos (Ortet Fabregat et al. 2017), adultos jóvenes (Mezquita Guillamón et al. 2019) y adolescentes (Morizot 2014).

Procedimiento

Este se trataba de un estudio longitudinal en el que cada 6 meses, durante 18 meses, los participantes respondieron a una batería extensa de cuestionarios a través de la plataforma Qualtrics, entre los que se encontraban el BFPTSQ y el ASRSV.1.1. La distribución de los cuestionarios se realizó a través de las listas de correo de los estudiantes.

Para contactar con los y las participantes, se envió un correo electrónico a través de las listas de correo del Servicio de Comunicación de la UJI invitando a participar a los estudiantes en el proyecto. La encuesta estuvo accesible hasta que los fondos del proyecto financiado destinados para el pago de participantes se agotaron.

En la primera pantalla de la encuesta online se les facilitó toda la información sobre el proyecto, así como el consentimiento informado. En el caso de aceptar su participación y firmar el consentimiento, los estudiantes accedían a la batería de cuestionarios.

Los participantes fueron remunerados en el laboratorio al finalizar la batería en las cuatro ocasiones con, 5 €, 10 €, 10 €, y 15 € respectivamente. Los datos utilizados en el presente estudio se obtuvieron en la primera oleada de evaluación.

Análisis

Se llevaron a cabo análisis descriptivos de los datos demográficos y del resto de las variables de estudio y se comprobó que los datos se distribuían de forma normal. Se realizaron pruebas *t* para comparar las diferencias de medias entre los grupos de sexo, se calculó el tamaño del efecto mediante la *d* de Cohen (Cohen 1992). También se llevaron a cabo análisis de fiabilidad de las escalas (i.e., alfas de Cronbach).

Se realizaron correlaciones bivariadas y análisis de regresión lineal, para explorar las asociaciones de la sintomatología de TDAH y las dimensiones de personalidad. Los análisis de regresión se realizaron por pasos, controlando el primer paso los efectos de la edad y el sexo. Para ello se utilizó el SPSS versión 24.

Resultados

Los resultados preliminares mostraron que los datos se distribuían de forma normal (asimetría y curtosis $< |3|$, Field 2013). En la tabla 1 se muestran las medias, desviaciones típicas y el α de Cronbach en cada subescala para toda la muestra y diferenciando por sexo.

Las alfas de Cronbach fueron adecuadas en todas las subescalas administradas, ya que oscilaron entre el 0,77 y 0,85. Las diferencias de medias más significativas entre hombres y mujeres fueron en responsabilidad (mujeres > hombres) y estabilidad emocional (hombres > mujeres). No obstante, el tamaño del efecto mostró que esas diferencias entre grupos de sexo eran pequeñas.

Tabla 1
Análisis descriptivos

	Muestra completa			Hombres		Mujeres		t	d
	X	SD	α de Cronbach	X	SD	X	SD		
Apertura a la experiencia	2,74	0,68	0,83	2,70	0,71	2,80	0,67	-1,82	0,01
Extraversión	2,52	0,74	0,84	2,48	0,72	2,59	0,75	-1,81	0,01
Amabilidad	2,71	0,61	0,77	2,63	0,62	5,75	0,61	-2,35	0,02
Responsabilidad	2,33	0,65	0,80	2,20	0,61	2,42	0,67	-4,07*	0,03
Estabilidad emocional	2,00	0,78	0,85	2,31	0,65	1,90	0,81	6,72***	0,06
Inatención	1,66	0,64	0,84	1,71	0,65	1,65	0,63	1,03	0,01
Hiperactividad/ Impulsividad	1,51	0,61	0,79	1,51	0,60	1,51	0,62	0,01	0,00

En relación al análisis correlacional de Pearson (véase la tabla 2), se puede observar que para tanto la puntuación total de TDAH, como las subescalas de inatención e hiperactividad correlacionaron de forma significativa con la baja amabilidad, la baja responsabilidad y la baja estabilidad emocional. Además, la inatención correlacionó significativamente con la introversión.

Tabla 2
Correlaciones de Pearson

	Apertura a la experiencia	Extraversión	Amabilidad	Responsabilidad	Estabilidad emocional
TDAH	-0,03	-0,05	-0,19***	-0,43***	-0,33***
Inatención	-0,05	-0,16***	-0,16***	-0,54***	-0,24***
Hiperactividad/ Impulsividad	-0,02	0,08	-0,18***	-0,19***	-0,34***

Los resultados de los análisis de regresión se presentan en la tabla 3. De forma similar a los resultados de las correlaciones, tanto la baja responsabilidad como la baja estabilidad emocional se asociaron a los síntomas de TDAH, a la inatención y a la hiperactividad. Además, la extraversión se asoció a la puntuación total de TDAH y a la hiperactividad, y la apertura a la experiencia con la intención.

Tabla 3
Análisis de regresión

	TDAH		Inatención		Hiperactividad / Impulsividad	
	β	ΔR^2	β	ΔR^2	β	ΔR^2
Paso 1		,00		,01		,00
Edad	-,06		-,09*		-,01	
Sexo	-,03		-,05		-,00	
Paso 2		,25***		,31***		,18***
Apertura	,08		,09*		,04	
Extraversión	,09*		-,05		,22***	
Amabilidad	-,01		,05		-,06	
Responsabilidad	-,38***		-,53***		-,13**	
Estabilidad emocional	-,29***		-,14**		-,38***	

Discusión y conclusiones

El objetivo de este trabajo consistió en examinar la relación entre los rasgos de personalidad del modelo de los cinco factores (John 2021) y los síntomas psicopatológicos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad a una muestra de adultos universitarios españoles.

Tal como se hipotetizó, y de manera similar a los estudios previos, características de personalidad como la baja responsabilidad, la baja amabilidad y la baja estabilidad emocional se relacionaron con mayores puntuaciones de TDAH (Avisar y Shalev Mevorach 2011; Gómez y Corr 2014; McKinney, Canu y Schneider 2013; Morizot 2014; Parker, Majeski y Collin 2004; Shi y Du 2019; Stanton y Watson 2016). Además, los análisis de regresión también mostraron una relación significativa entre la extraversión y la hiperactividad/impulsividad en la línea de lo esperado (Avisar y Shalev 2011). Al igual que la baja responsabilidad se asoció más estrechamente con la inatención que con la hiperactividad/impulsividad (Gómez y Corr 2014; Stanton y Watson 2016). No obstante, a pesar de que la baja estabilidad emocional se relaciona con los síntomas de inatención e hiperactividad/impulsividad, la magnitud de las asociaciones no fue la esperada. Así, la baja estabilidad emocional se asoció más estrechamente con la hiperactividad/impulsividad que con la inatención. Las discrepancias entre nuestros resultados

y los estudios previos (Stanton y Watson 2016) pueden deberse a diversas causas, como pueden ser las características de la muestra (e.g., edad o proporción de mujeres vs. hombres en el estudio) o a diferencias culturales, ya que hasta donde llega nuestro conocimiento, este es el primer estudio que relaciona el Modelo de los cinco factores de personalidad (FFM) con los síntomas de TDAH en adultos jóvenes españoles. Estudios futuros en los que se incluyan adultos jóvenes de diferentes nacionalidades resultan necesarios para testar si este hallazgo es puntual o dependiente del contexto cultural.

Clásicamente, se ha considerado el TDAH como un trastorno de tipo externalizante, como lo son los trastornos de conducta o el trastorno explosivo intermitente (Carragher et al. 2014). No obstante, estudios recientes sobre la estructura de la psicopatología muestran cómo el TDAH se conceptualizaría mejor como un factor diferenciado de los espectros internalizantes y externalizante (Achenbach, Dumenci y Rescorla 2001; Etkin et al. 2020; Mann et al. 2020; Sánchez-Sánchez et al. 2016). Los resultados del presente trabajo junto con los estudios sobre el FFM y la estructura de la psicopatología realizados en adolescentes (Etkin et al. 2020; Mann et al. 2020) apoyan esta diferenciación, ya que cada uno de estos factores (i.e., TDAH, internalizante y externalizante) se relacionan de forma diferencial con el FFM. Mientras que el TDAH se asociaría principalmente con la baja estabilidad emocional y baja responsabilidad, el espectro internalizante se asociaría principalmente con la baja estabilidad emocional y la introversión, y el espectro externalizante con la baja amabilidad (Etkin et al. 2020).

Cabe señalar que el presente estudio no está exento de limitaciones. La más destacada sería el hecho de que el propio cuestionario que se utilizó para evaluar los síntomas de TDAH fue un autoinforme. Por tanto, es posible que exista cierta subjetividad a la hora de informar los síntomas de hiperactividad e inatención. Estudios similares sobre el FFM y los síntomas de TDAH evaluados mediante pruebas neuropsicológicas ayudarán a esclarecer la relación entre la personalidad y el TDAH.

Además, los datos recogidos en esta investigación son transversales y resultaría interesante ver si estas relaciones se mantienen a lo largo del tiempo.

En resumen, el presente estudio es de los pocos existentes hasta el momento que relacionen el FFM con los síntomas de TDAH en población española, y muestra como los síntomas de TDAH se asocian con la baja responsabilidad de forma similar al espectro de exteriorización, pero también con la baja estabilidad emocional como los síntomas interiorizados. Estos resultados junto con estudios recientes sobre la estructura de la psicopatología señalan que es más adecuado conceptualizar los síntomas de TDAH en un factor de psicopatología diferenciado de los factores de interiorización y exteriorización (Etkin et al. 2020; Mann et al. 2020).

Referencias bibliográficas

- Achenbach, Thomas M., Levent Dumenci y Leslie A. Rescorla. 2001. «Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/6-18, TRF, and YSR». *Burlington, VT: University of Vermont*, 1-9.
- Adler, Lenard, Ronald C. Kessler, Thomas Spencer y World Health Organization. 2003. «Adult ADHD self-report scale (ASRS-V1.1) symptom checklist instructions». *World Health Organization*.

- Ashton, Michael C. 2017. *Individual Differences and Personality*. Academic Press: Londres.
- Avisar, Alon y Lilach Shalev Mevorach. 2011. «Sustained attention and behavioral characteristics associated with ADHD in adults». *Applied Neuropsychology*, 18.
- Carragher, Natacha, Robert F. Krueger, Nicholas R. Eaton, Kristian E. Markon, Katherine M. Keyes, Carlos Blanco, Tulshi D. Saha y Deborah S. Hasin. 2014. «ADHD and the externalizing spectrum: direct comparison of categorical, continuous, and hybrid models of liability in a nationally representative sample». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49: 1307-1317.
- Cohen, John. 1992. A power primer. *Psychological Bulletin*, 112:1.
- DuPaul, George J., Thomas J. Power, Arthur D. Anastopoulos y Robert Reid. 1998. *ADHD Rating Scale-IV: Checklists, norms, and clinical interpretation*. Guilford Press: 172-178.
- Etkin, Paula, Laura Mezquita Guillamón, Francisco J. López-Fernández, Generós Ortet Fabregat y Manuel I. Ibáñez Ribes. 2020. «Five Factor Model of Personality and structure of psychopathological symptoms in adolescents». *Personality and Individual Differences*, 163: 110063.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics (4th edition)*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Gómez, Rapson y Philip J. Corr. 2014. «ADHD and personality: a meta-analytic review». *Clinical Psychology Review*, 34: 376-388.
- John, Oliver P. 2021. «History, measurement, and conceptual elaboration of the Big-Five trait taxonomy: The paradigm matures». En *Handbook of personality: Theory and research*. 4^a edición. Guilford.
- John, Oliver P. y Sanjay Srivastava. 1999. *The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives* (vol. 2, pp. 102-138). Berkeley: Publicaciones de la Universidad de California.
- Mann, Frank D., Olivia E. Atherton, Colin G. DeYoung, Robert F. Krueger y Richard W. Robins. 2020. «Big five personality traits and common mental disorders within a hierarchical taxonomy of psychopathology: A longitudinal study of Mexican-origin youth». *Journal of Abnormal Psychology*, 129: 769-787.
- McCrae, Robert. R., y Paul T. Costa P. T Jr. 2010. «NEO Inventories for the NEO Personality Inventory-3 (NEO-PI-3), NEO Five-Factor Inventory-3 (NEO-FFI-3), NEO Personality Inventory-Revised (NEO-PI-R): Professional manual». Lutz, FL: *Psychological Assessment Resources*.
- McKinney, Ashley A., Will H. Canu y H. G. Schneider. 2013. «Distinct ADHD symptom clusters differentially associated with personality traits». *Journal of Attention Disorders*, 17: 358-366.
- Mezquita Guillamón, Laura, Adrián J. Bravo, Julien Morizot, Angelina Pilatti, Matthew R Pearson, Manuel Ignacio Ibáñez y Generós Ortet Fabregat. 2019. «Cross-cultural examination of the Big Five Personality Trait Short Questionnaire: Measurement invariance testing and associations with mental health». *PLoS ONE*, 14: 12.
- Morizot, Julien. 2014. «Construct Validity of Adolescents' Self-Reported Big Five Personality Traits: Importance of Conceptual Breadth and Initial Validation of a Short Measure». *Assessment*, 21: 580-606.

- Ortet, Generós, Tania Martínez, Laura Mezquita, Julien Morizot y Manuel I. Ibáñez. 2017. «Big Five Personality Trait Short Questionnaire: Preliminary validation with Spanish adults». *The Spanish Journal of Psychology*, 20: E7.
- Park, Hwanjin, Byung Seong Suh, Hye-Kyung Lee y Kounseok Lee. 2016. «Temperament and characteristics related to attention deficit/hyperactivity disorder symptoms». *Comprehensive Psychiatry*, 70: 112-117.
- Parker, James D. A., Sarah A. Majeski y V. Terri Collin. 2004. «ADHD symptoms and personality: Relationships with the five-factor model». *Personality and individual differences*, 36: 977-987.
- Pedrero-Pérez, Eduardo J. y Carmen Puerta-García. 2007. «ASRS v. 1.1., a tool for attention-deficit/hyperactivity disorder screening in adults treated for addictive behaviors: psychometric properties and estimated prevalence». *Adicciones*, 19: 393-407.
- Ramos Quiroga, Josep Antoni y Miguel Casas Brugué. 2009. «Do we pay sufficient attention to the lack of care of hyperactivity in adults?». *Atención primaria*, 41: 67-68.
- Sánchez-Sánchez, Fernando, Irene Fernández-Pinto, Pablo Santamaría, Miguel A. Carrasco y Victoria del Barrio. 2016. «Sistema de evaluación de niños y adolescentes». *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 3: 23-34.
- Shi, Meng y Tian Jiao Du. 2019. «Associations of personality traits with Internet addiction in Chinese medical students: the mediating role of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms». *BMC psychiatry*, 19: 183.
- Stanton, Kasey y David Watson. 2016. «Adult ADHD: Associations with personality and other psychopathology». *Journal of psychopathology and behavioural assessment*, 38: 195-208.
- Van Dijk, Fiona E., Jeannette Mostert, Jeffrey Glennon, Marten Onnink, Janneke Dammers, Alejandro Arias Vasquez y Jan K. Buitelaar. 2017. «Five factor model personality traits relate to adult attention-deficit/hyperactivity disorder but not to their distinct neurocognitive profiles». *Psychiatry Research*, 258: 255-261.
- Wallace, Alexander, Josie M. Ullsperger y Molly A. Nikolas. 2016. «Do personality traits explain the association between childhood attention-deficit hyperactivity disorder symptoms and substance use and problems in young adults?». *Personality and Individual Differences*, 92: 22-28.