



Fecha de recepción: junio 1 de 2020
Fecha de aceptación: agosto 2 de 2021

ARTÍCULO ORIGINAL

<https://dx.doi.org/10.14482/sun.37.3.616.858>

Parámetros Iniciales de Validación del Adult ADHD Self Report Scale (ASRS-6) en adultos jóvenes peruanos

Initial Parameters for the Validation of the Adult ADHD Self Report Scale V 1.1 (ASRS) in Peruvian Young Adults

CÉSAR MERINO SOTO¹, CANDY ARIZA-CRUZ²

¹ Universidad San Martín de Porras: Orcid: <http://orcid.org/0000-0002-1407-8306>. sikayax@yahoo.com.ar (cmerinos@usmp.pe)

² Candy Ariza-Cruz. Práctica privada. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2080-9427>. arizacandy@gmail.com

Correspondencia: César Merino-Soto. Instituto de Investigación de Psicología de la Universidad de San Martín de Porres, Av. Tomás Marsano 242 (5° piso) - Lima 34, Perú. cmerinos@usmp.pe - sikayax@yahoo.com.ar

Contribuciones de los autores: César Merino-Soto: del diseño, análisis de datos, interpretación y escritura del primer y subsecuentes borradores del manuscrito. Candy Ariza-Cruz contribuyó en la recolección de datos, información teórica y empírica, y aprobación final del manuscrito.

RESUMEN

Objetivo: Presentar los parámetros métricos iniciales del Adult ADHD Self Report Scale V 1.1 abreviado (ASRS-6) en participantes adultos jóvenes peruanos.

Material y métodos: Estudio observacional y transversal; 70 participantes (39 mujeres), de Lima Metropolitana (Perú); 26 en actividad laboral, entre 17 y 33 años (edad promedio 21.7), de varias carreras profesionales en estudio.

Resultados: La estructura interna fue unidimensional, con correlaciones ítem-test y cargas factoriales mayores a .35. La fiabilidad de consistencia interna fue alrededor de .64. La correlación con el GHQ y una medida de estrés fue alrededor de .32.

Conclusiones: Los resultados fueron similares al estudio original anglosajón, e indican parámetros psicométricos basales adecuados que dan soporte al estudio inicial de validación del ASRS.

Palabras clave: evaluación, trastorno de déficit de atención e hiperactividad, tamizaje, validez.

ABSTRACT

Objective. To present the initial metric parameters of the Adult ADHD Self Report Scale V 1.1 abbreviated (ASRS-6) in Peruvian young adult participants.

Material and methods. Observational and cross-sectional study; 70 participants (39 women), from Metropolitan Lima (Peru); 26 in work activity, between 17 and 33 years (average age 21.7), from various professional careers under study.

Results. The internal structure was one-dimensional, with item-test correlations and factor loads greater than .35. The internal consistency reliability was around .64. The correlation with GHQ and a measure of stress was around .32.

Conclusions. The results were similar to the original Anglo-Saxon study, and they indicate adequate psychometric baseline parameters that support the initial ASRS validation study.

Keywords: Assessment, attention-deficit/hyperactivity disorder, screening, validity.

INTRODUCCIÓN

El TDAH es un síndrome expresado por el incremento en la inatención, actividad e impulsividad (1, 2), cuya continuidad desde la niñez hasta la adultez ha sido puesta en relevancia (3). Sin embargo, en adultos es un problema que aparentemente no ha recibido intensa atención en habla hispana, especialmente en Latinoamérica (específicamente en Perú) y España. Pero en general no parece conocerse numerosos datos de prevalencia, estudios empíricos o instrumentos rigurosamente validados para detectar esta condición en la población adulta (1, 2, 3), y parece claro que la prevalencia aun es uno de los conocimientos faltantes en esta área de TDAH adulta (3). Una revisión informal de la literatura científica al respecto podría confirmar que la mayoría de la investigación proviene de contexto anglosajón, lo que provee de información acumulativa en una región del mundo pero ausente o parcial en otras regiones. En tal contexto, el desafío de la evaluación del TDAH también ocurre en la población de educación superior en ciencias de la salud, en que el reto parece consistir en implementar evaluaciones de detección eficientes, y asegurar servicios de intervención y reducción de los efectos psicosociales bien documentados (1, 4, 5, 6, 7, 8). El problema de la implementación de las evaluaciones de detección también parece no ser específico al contexto educativo adulto, sino también en la atención clínica primaria (6), lo que podría hacer pensar que este déficit evaluativo puede ser generalizado. Comparados con la investigación existente en población infantil, al menos en población anglosajona, en general existen pocos estudios en población de educación superior (1, 2), y con cualquier otro instrumento para el mismo fin, pero se estima en 2 a 8 % (1, 4). En la población general del rango de edad 18-29 años se estima una prevalencia sintomática de TDAH de alrededor de 8.5 % (3). Las implicaciones para la salud pública de adultos con TDAH sin tratamiento se orientan a una pobre adaptación social que compromete su funcionamiento en varias áreas de su vida, como el desempeño en los estudios y el trabajo, las relaciones interpersonales, y la conducta emocional (1, 7, 8, 9).

Considerando lo anterior, una medida de tamizaje es crítica para la detección temprana del TDAH en adultos. Esta medida puede participar eficientemente en evaluaciones dentro del contexto clínico y no clínico; por ejemplo, durante el primer semestre de estudios institucionalizados en una entidad superior se puede tamizar a los estudiantes con potenciales síntomas de atención decrementada. Aun con las limitaciones intrínsecas de las medidas de auto-informe en cuestionarios, el lector puede reconocer que la práctica profesional y de investigación habitualmente encuentran que estas son útiles aproximaciones para identificar entidades clínicas. Una herramienta efectiva y breve (6 ítems)

es el Adult ADHD Self Report Scale V1.1, ASRS-6 (10), una medida de síntomas de TDAH. El uso del ASRS-6 en población anglosajona de educación superior generalmente ha mostrado ser viable, válida y fiable (2, 3, 8), pero los trabajos científicos en población latinoamericana en población de la comunidad en general o en estudiantes, e hispana en general, son escasos. Dado el número reducido de observaciones de este estudio, el objetivo es presentar en un reporte breve los parámetros métricos iniciales del ASRS-6 en participantes adultos jóvenes peruanos. Este es el primer estudio sobre el ASRS-6 para crear una línea base con información empírica en muestra peruana.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se realizó en un diseño trasversal. La población de referencia fueron adultos jóvenes peruanos, en etapa de formación en educación superior. Los participantes fueron seleccionados con base en un muestreo de conveniencia, de varias universidades públicas y privadas de Lima Metropolitana. Fueron 70 sujetos (39 mujeres), 26 en actividad laboral, entre 17 y 33 años (edad promedio 21.7), de varias carreras profesionales en estudio. Se excluyeron participantes que no firmaron el consentimiento informado, no respondieron algún ítem de los cuestionarios o de información demográfica, y los que fueron identificados como valores extremos multivariados.

La versión utilizada del ASRS (de seis ítems, cada una con cinco opciones de respuesta, desde *Nunca* hasta *Muy a menudo*) fue la traducción argentina (disponible en: <https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/ir/adhd/>), debido a la cercanía con el país del estudio (*i.e.*, Perú). Se aplicó el ASRS en plataforma web, con el mismo ordenamiento de los materiales en cada participante, iniciando con el formulario de consentimiento informado. Para el análisis de la dimensionalidad, primero se obtuvo el gráfico scree test para identificar el número de dimensiones latentes potenciales. El método de estimación analítico factorial fue ejes principales (que corresponde al mismo método usado por Kessler et al. 10), método eficiente y aceptable en medidas con número pequeño de ítems y pequeña muestra (11). La validez de los ítems fue identificada mediante la correlación ítem-test corregido, y las cargas factoriales extraídas por el método de ejes principales. En segundo lugar, la fiabilidad de consistencia interna se hizo con los coeficientes alfa y omega (12); y tercero, la validez con otros constructos se hizo mediante su correlación lineal con el GHQ-12 (13), el cual es una medida general de salud mental y morbilidad psiquiátrica no psicótica; también se estimó su asociación con una medida de estrés general (14). Debido a las negativas implicaciones de los síntomas de TDAH con las respuestas adaptativas, con ambas medidas se

esperó correlaciones positivas (1, 7, 9, 8). Estas correlaciones de validación se hicieron con el puntaje total, y con su clasificación ordinal de cuatro estratos (10): puntajes de 0 a 9, 10 a 13, 14 a 17, y 18 a 24, respectivamente. Finalmente, se estimaron prevalencias preliminares usando la clasificación ordinal anterior, y el punto de corte del puntaje total en 14 o más (10).

RESULTADOS

Ninguno de los puntajes del ASRS-6 de los participantes fueron identificados como outliers multivariados, así que se mantuvo el número de participantes del estudio. Respecto a la estructura interna, la observación de gráfico scree test arrojó una sola predominante y potencial dimensión. Las correlaciones ítem-test (del ítem 1 al 6) fueron .317, .333, .409, .353, .569 y .350, respectivamente; por otro lado, las cargas factoriales para los mismos ítems fueron, respectivamente: .383, .401, .495, .463, .749 y .475. En conjunto estas fueron aceptables y superiores a .30, moderadamente elevadas, y su variabilidad parecida al estudio original (ver tabla 3 de Kessler et al. 10).

En relación con la fiabilidad mediante los coeficientes alfa (.655) y omega (.664), estas fueron de magnitud similar; respecto al coeficiente alfa obtenido en el estudio original (ver tabla 3 de Kessler et al. 10), también nuestros resultados fueron similares. Sobre su asociación con otras variables, la correlación del puntaje total del ASRS-6 con el GHQ-12 fue $r = .316$ ($p < .01$), y con una medida general de estrés fue $r = .315$ ($p < .01$). La clasificación ordinal del ASRS-6 con el GHQ-12 ($r = .304$, $p < .05$) y la medida de estrés ($r = .260$, $p < .05$).

La prevalencia obtenida con un punto de corte de 14 o más (10) fue de 24.3 %, lo cual es alrededor de tres veces más el monto máximo estimado de prevalencia en estudiantes de educación superior (1, 2), y alrededor de 2.5 veces más la prevalencia global en el rango edad de 18 a 29 años, estimada con el ARS en la población en general (3). Usando un esquema de clasificación ordinal de 4 estratos de acuerdo con los puntajes directos (10), la distribución fue la siguiente: 40 %, 35.7 %, 21.4 % y 2.9 %.

DISCUSIÓN

Debido que el TDAH puede considerarse como propio de niños y adolescentes, pero no de adultos (15), la infraestimación del número de adultos con TDAH puede ser más común de lo que se cree en los servicios de salud en instituciones clínicas, educativas y laborales. Aunque hay otras medidas validadas en español para el tamizaje del TDAH adulto (16), estas aún son extensas (más de seis ítems)

y reducen su eficiencia de tamizaje. Por este motivo, el ASRS-6 puede ser una medida eficiente, breve y bien aceptada para las evaluaciones de tamizaje (3). Los resultados obtenidos en este estudio respecto al ASRS-6 sugieren lo que la literatura generalmente encuentra; esto es, a) una sola dimensión presenta efectivamente a los ítems, con aparente replicabilidad de su validez comparado con el estudio original (10), b) la fiabilidad es adecuada para propósitos de tamizaje (10, 11), y c) que los síntomas asociados al TDAH en la adultez están involucrados con respuestas de malestar, la salud mental y el estrés generalizados (1, 7, 9, 10). Por otro lado, las prevalencias obtenidas sugieren adicional exploración debido a su contraste con las prevalencias obtenidas en el estudio original.

Una limitación importante del estudio es el tamaño muestral y su representatividad. Aunque el tamaño de la muestra impone un límite predominante en la generalización de los resultados, estos primeros hallazgos tienden a replicar las propiedades métricas del ASRS, y pueden ser tomadas optimistamente como parámetros iniciales efectivos y futuras hipótesis de trabajo. Sin embargo, requieren ser corroborados con menor error de muestreo. Dado que el impacto sobre la efectividad laboral, adaptación social y funcionamiento cognitivo son relevantes a la magnitud de los síntomas asociados al TDAH, esta medida breve puede tener un papel crítico dentro de un programa evaluativo en diferentes contextos del funcionamiento adulto, como el área laboral y educativa.

Conflicto de intereses: ninguno.

Fuente de financiamiento: ninguna.

REFERENCIAS

1. DuPaul G, Weyandt L, O'Dell S, Varejao M. College students with ADHD. *J Atten Disord.* 2009; 13(3):234-250. Doi: 10.1177/1087054709340650
2. Gray S, Woltering S, Mawjee K, Tannock R. The Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): utility in college students with attention-deficit/hyperactivity disorder. *PeerJ.* 2014;2:e324. Doi: 10.7717/peerj.324
3. Song P, Zha M, Yang Q, Zhang Y, Li X, Rudan I. The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *J Glob Health.* 2021;11:04009. Doi:10.7189/jogh.11.04009

4. Fleming A, McMahon R. Developmental context and treatment principles for ADHD among college students. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2012; 15(4):303-329. Doi: 10.1007/s10567-012-0121-z
5. Green A, Rabiner D. What do we really know about ADHD in college students? *Neurotherapeutics*. 2012;9(3):559-568. Doi: 10.1007/s13311-012-0127-8.
6. Hines J, King T, Curry W. The Adult ADHD Self-Report Scale for Screening for Adult Attention Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD). *J Am Board Fam Med*. 2012;25(6):847-853. Doi: 10.3122/jabfm.2012.06.120065
7. Jarrett M. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms, anxiety symptoms, and executive functioning in emerging adults. *Psychol Assess*. 2016;28(2):245-250. Doi: 10.1037/pas0000190
8. Shifrin J, Proctor B, Prevatt F. Work performance differences between college students with and without ADHD. *J Atten Disord*. 2009;13(5):489-496. Doi: 10.1177/1087054709332376
9. Kessler R, Adler L, Gruber M, Sarawate C, Spencer T, Van Brunt D. Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2007;16(2):52-65. Doi: 10.1002/mpr.208
10. Kessler R, Adler L, Ames M, Demler O, Faraone S, Hiripi E, et al. The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. 2005;35(2):245-256. Doi: 10.1017/s0033291704002892
11. de Winter JCF, Dodou D. Factor recovery by principal axis factoring and maximum likelihood factor analysis as a function of factor pattern and sample size. *J Applied Stat*. 2012; 39(4): 695-710. Doi: 10.1080/02664763.2011.610445
12. Dunn TJ, Baguley T, Brunsten V. From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *Br J Psychol*. 2014; 105: 399-412.
13. Hankins, M. The reliability of the twelve-item general health questionnaire (GHQ-12) under realistic assumptions. *BMC Public Health*. 2008; 8: 355. Doi: 10.1186/1471-2458-8-355
14. Elo A, Leppänen A, Jahkola A. Validity of a single-item measure of stress symptoms. *Scand J Work Environ Health*. 2003;29(6):444-451. doi: 10.5271/sjweh.752
15. Valdizán JR, Izaguerri-Gracia AC. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos. *Rev Neurol*. 2009; 48 (Supl 2): S95-S99. Doi: 10.33588/rn.48S02.2009017

16. Richarte V, Corrales M, Pozuelo M, Serra-Pla J, Ibáñez P, Calvo E, Corominas M, Bosch R, Casas M, Ramos-Quiroga JA. Validación al español de la ADHD Rating Scale (ADHD-RS) en adultos: relevancia de los subtipos clínicos. *Rev Psiq Sal Mental*. 2017; 10(4): 185-191. Doi: 10.1016/j.rpsm.2017.06.003