



UNIVERSIDAD
**SAN IGNACIO
DE LOYOLA**

FACULTAD DE HUMANIDADES

Carrera de Psicología

**PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL ADULT SELF
REPORT SCALE (ASRS V1.1) EN ESTUDIANTES DE
UNA UNIVERSIDAD PRIVADA DE LA MOLINA**

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología

CANDY SANTAMONICA ARIZA CRUZ

Asesor:

Jhonatan Steeven Baruch Navarro Loli

Lima – Perú

2019

Dedicatoria

Este trabajo va dedicado para mi maestro Cesar Merino Soto, Ana Lorena, Susana y mi asesor de tesis Jhonatan Navarro Loli por su gran ayuda, paciencia y respaldo. A mi familia quienes son el motor y motivo más importante que tengo en mi vida. A Dios quien me bendice y me guía en todo momento y no importa si hago ciencia o no pero siempre siento parte de su obra en mí, no espero ser irremplazable en la vida solo espero ser inolvidable con todo lo que puedo ofrecer. De igual forma, parte del significado de la carrera que elegí es poder servir a los demás y espero que mediante este proyecto pueda contribuir en el bien de todas aquellas personas que lo necesitan.

Agradecimiento

En primer lugar, agradezco a mi maestro Cesar Merino, quién confió en mí para poder conocer y difundir parte del amplio mundo de la estadística, con quien hemos compartido momentos muy gratos y desagradables en el ámbito académico, fue la persona que me impulso y preparo académicamente para poder brindar exposiciones nacionales e internacionales sobre el tema estadístico. De la misma manera, al profesor Jhonatan Navarro quien con su paciencia y énfasis en los detalles ha hecho que este proyecto se lleve a cabo. Igualmente, agradezco a Ana Lorena por sus clases maestras, su retroalimentación y sus recomendaciones que me han ayudado a seguir adelante, a la Dra. Rosa que me enseñó infinitas cosas en el ámbito académico y personal confiando y resaltando siempre los aspectos positivos que observó de mí y a Susana quien siempre me da la mano cuando más lo necesito.

Igualmente, agradezco a mis padres quienes han hecho de mí lo que soy ahora y a mis hermanos a quienes espero ser de inspiración para que puedan seguir su propio camino con mucho éxito, teniendo en cuenta que siempre podrán contar conmigo.

Finalmente agradecer a mis amigos a quienes he conocido en el transcurso de mi vida, a aquellos que me han brindado su apoyo en el momento menos esperado y han compartido momentos de éxito y aprendizaje, espero poder seguir contando con todos ustedes siempre, ya que yo también estaré para ustedes.

Resumen

El propósito del presente estudio fue determinar las propiedades psicométricas del *Adult Self Report Scale* (ASRS v1.1) en estudiantes de una universidad privada de La Molina; instrumento que mide el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adultos. Se recolectó evidencias de validez de la estructura interna y en relación con otras variables, además de identificar la confiabilidad. La muestra fue de 316 estudiantes universitarios (varones = 127 y mujeres = 189) con una edad promedio de 21 años. Los resultados del análisis factorial exploratorio encontró una estructura de dos factores con cargas superior a .40 y una correlación leve entre ambas. En cuanto a la validez externa se determinó correlaciones negativas entre *Inatención* y *Eutrés* ($r = -.318$), mientras que se observó correlaciones positivas entre *Inatención*, *impulsividad/hiperactividad* y *Distrés* ($r = .43$ y $r = .23$ respectivamente). Finalmente, con respecto a la confiabilidad reporta un coeficiente Omega (ω) superior a .75 para ambos factores. En conclusión, estas primeras evidencias indican que el ASRS v1.1 presenta propiedades psicométricas adecuadas para la inferencia psicométrica, pudiendo ser aplicado con fines de descripción grupal.

Palabras Clave: TDAH, ASRS v1.1, Análisis factorial Exploratorio, Validez, confiabilidad.

ABSTRACT

The purpose of the present study was to determine the psychometric properties of the Adult Self Report Scale (ASRS v1.1) in students of a private university of La Molina, instrument that measures attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. We collected evidence of the validity of the internal structure and in relation to other variables, in addition to identifying reliability. The sample was of 316 university students (males = 127 & females = 189) with an average age of 21 years. The results of the exploratory factor analysis found a bifactorial structure with loads greater than .40 and a slight correlation between both. Regarding external validity, negative correlations between Inattention and Eutrés ($r = -.318$) were determined, while positive correlations were observed between Inattention, impulsivity / hyperactivity and Distress ($r = .43$ and $r = .23$ respectively). Finally, with respect to reliability, it reports an Omega coefficient (ω) greater than .75 for both factors. In conclusion, these first evidences indicate that the ASRS v1.1 presents psychometric properties suitable for psychometric inference and can be applied for group description purposes.

Keywords: ADHD, ASRS v1.1, Exploratory factor analysis, Validity, reliability.

Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es definido por el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM V), la *American Psychological Association* (APA, 2013) y CIE – 10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) como una alteración del neurodesarrollo que pertenece a un modelo neurobiológico caracterizado por inatención e hiperactividad – impulsividad. Además, presenta una línea evolutiva (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 2013) porque el TDAH es un trastorno que inicia en la infancia que desaparece en la adultez, no obstante, diversos estudios empíricos han corroborado que los síntomas permanecen y persisten en la edad adulta (Kessler et al., 2007). Los principios para indicar que la prevalencia de que este trastorno repercute en la edad adulta por lo siguiente: a) adultos con TDAH carentes de diagnóstico desde la infancia, b) personas diagnosticadas con un incumplimiento del tratamiento, c) personas diagnosticadas, pero con interrupción en el tratamiento y d) tratamiento inadecuado en personas diagnósticas con este trastorno (Ramos et al., 2006, Soutullo & Díez, 2007).

El predominio de este trastorno generalmente va entre 3% (Aragónés et al., 2010) a 4.4% en adultos (Kessler et al., 2006). Incluso entre la adolescencia y principios de la vida adulta hay un 50% a 70% de personas que siguen presentando este trastorno (Franquiz & Ramos, 2015) y solo un 25% de los casos en adultos son diagnosticados en etapas tempranas (Faraone et al., 2005). Por otra parte, en cuanto a población universitaria existe un 2% a 4% que presentan TDAH (Ortiz & Jaimes, 2007).

La prevalencia del TDAH en adultos comparados con otros trastornos como esquizofrenia y/o trastorno bipolar es considerable, además, la OMS (2013) indica una prevalencia del TDAH de 5% en niños y un 2.5% en adultos a nivel mundial, asimismo indica que 1 de cada 20 adultos o 9 millones de personas presentan este trastorno (Kessler et., 2005). En Estados Unidos esta cifra asciende en un 4% a 5% (Barkley, 2011) y según la Asociación Peruana de Déficit de Atención indica que entre el 5% al 10% de niños presenta este trastorno y un 3% a 6% de adultos presenta esta condición (APDA, 2016). También presenta una comorbilidad psiquiátrica con otros trastornos de ánimo (depresión), ansiedad, trastornos conductuales, trastornos de aprendizaje, trastornos por abusos de sustancias (Rodríguez et al., 2015).

Un estudio desarrollado en Lima Metropolitana muestra que de 4445 encuestados el 2.7% tenía antecedentes de TDAH en la niñez, el 31.3% se encontraba en una situación de pobreza en comparación al 21.4% de peruanos que no presentaban antecedentes de TDAH. Además, el 23.8% de adultos con antecedentes de TDAH respondieron positivamente a la presencia de otro trastorno psiquiátrico y la calidad de vida en la adultez es menor en personas diagnosticadas con TDAH en la niñez independientemente de la prevalencia y el diagnóstico actual (Miyagusuku-Chang & Saavedra, 2018).

En el hospital Hermilio Valdizán se obtuvieron las historias clínicas de 412 pacientes varones drogodependientes, el 29.37% cumplía los criterios para ser diagnosticado con TDAH comórbido con cualquier trastorno por dependencia a sustancias psicoactivas, es decir que tres de cada 10 pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias presentarían el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (Velásquez & Ordóñez, 2015). En el 2018 la oficina de estadística del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas estimó que 10.1% de niños y adolescentes asistieron a consulta externa de los departamentos de Neuropediatría y Neurología de la conducta con el diagnóstico de TDAH. Sin embargo, no hay más estudios de prevalencia o incidencia en el Perú que hayan sido publicados en los últimos años.

Para el diagnóstico del TDAH, el DSM V y CIE – 10 han planteado una serie de indicadores. El DSM V divide este trastorno en dos indicadores: 1) Inatención y 2) Hiperactividad e impulsividad, estos deben estar presentes durante al menos seis meses y que altere el ámbito social, académico y laboral, teniendo en cuenta que no forme parte del nivel de desarrollo. Antes de los 12 años deben estar presentes los síntomas y puede presentarse como mínimo dos síntomas (Inatención e hiperactividad, hiperactividad – impulsividad o inatención e impulsividad). También, puede haber comorbilidad con los trastornos de ansiedad o estados de ánimo.

En cuanto al primer indicador en la adolescencia a partir de los 17 años y en la edad adulta, es requisito cumplir un mínimo de cinco síntomas:

- a. No prestar atención a los detalles o cometer desaciertos en las tareas, durante la labor (imprecisiones en la finalización de una tarea) u otras actividades.
- b. Frecuentes Inconvenientes para prestar atención adecuada en tareas y/o actividades extracurriculares.

- c. Frecuentemente la persona parece ausente cuando se pretende seguir una conversación.
- d. Presentan dificultades para seguir indicaciones y no concluyen las tareas, deberes en el hogar y/o trabajo.
- e. Habitualmente tienen inconvenientes para organizar tareas y actividades (desorganización, mala gestión del tiempo, incumplimiento de plazos).
- f. Falta de iniciativa en realizar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (leer un artículo extenso, completar formularios extensos).
- g. Con frecuencia extravía materiales necesarios para actividades cotidianas o trabajos (llaves, útiles escolares, libros, billetera, celulares).
- h. Habitualmente la distracción es con estímulos externos o cambios de pensamientos de un tema a otro sin relación.
- i. Frecuentemente se presentan olvidos de realizar actividades cotidianas (pagar facturas, asistir a citas, responder mensajes o llamadas).

En el segundo criterio (hiperactividad e impulsividad) para adolescentes mayores y adultos se requiere al menos cinco síntomas como requisito.

- a. Frecuentemente golpea las manos, los pies o dificultad para mantenerse quieto en el asiento.
- b. No permanece sentado habitualmente en un solo lugar y en diferentes situaciones (en clases, en la oficina, en casa).
- c. Corren, suben de un lugar a otro en lugares o situaciones que no son convenientes (los adultos pueden limitarse a estar inquietos).
- d. Con frecuencia es difícil ocuparse o mantener el juego de actividades recreativas.
- e. Usualmente actúan como si estuvieran ocupados (presentan inquietud cuando están en un lugar durante un prolongado tiempo).
- f. Presentan verborrea.
- g. Frecuentemente interrumpen las preguntas para dar una respuesta (terminar una frase de otra persona, no respeta el turno de los demás)
- h. Frecuentemente transgreden normas (dificultad para esperar un turno)
- i. Con frecuencia toman parte de un asunto que no les corresponde (adelantarse o inmiscuirse en asuntos de otras personas).

B. Antes de los 12 años algunos síntomas de falta de atención o hiperactivo – impulsivo están presentes.

C. Diversos síntomas descritos en ambos criterios están presentes en más de un contexto (Casa, colegio, trabajo, reuniones).

D. Existen pruebas contundentes de la interferencia de estos síntomas en diferentes ámbitos de la vida de una persona.

E. Los síntomas no son producto de un trastorno psicótico (esquizofrenia) y no son indicadores de otros trastornos mentales como: trastornos del estado de ánimo, trastornos disociativos, trastorno de ansiedad, trastorno de personalidad, abstinencia de sustancias o intoxicación de esta).

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE – 10, (2003) los criterios para diagnosticar TDAH o también llamado como trastorno hiperactivo son los siguientes:

Déficit de atención.

- a. Con frecuencia muestra incapacidad para prestar atención a los detalles acompañados de desaciertos en diferentes actividades.
- b. Incapacidad en la focalización de la atención en una tarea o juego.
- c. A menudo parece no escuchar y seguir una conversación.
- d. Habitualmente incumple tareas asignadas o pasa por alto algunas cosas.
- e. A menudo presenta disminución en organizar actividades o tareas.
- f. Presentar dificultad en realizar tareas que requieren una atención sostenida.
- g. Con frecuencia olvida materiales importantes para el desarrollo de tareas o actividades escolares, laborales, familiares.
- h. Distracción con estímulos externos.
- i. Habitualmente olvida realizar actividades diarias.

Hiperactividad

- a. A menudo muestra movimientos motores de manos o pies, sin mantenerse en un lugar.

- b. No permanece sentado en un solo lugar.
- c. Frecuentemente se comporta de manera inadecuada en diferentes situaciones (corre, trepa).
- d. Falta de control en un juego.
- e. Habitualmente persiste en un patrón de actividad que no puede ser modificada o detenida por el entorno.

Impulsividad.

- a. Responder o exclamar antes de haber culminado una pregunta.
- b. A menudo no hay capacidad de esperar un turno.
- c. Con frecuencia interviene conversaciones ajenas.

Importante.

- Para realizar un diagnóstico de TDAH la CIE establece que la persona debe cumplir por lo menos seis de los síntomas de inatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad, estos indicadores deben estar presentes antes de los siete años y presentarse en dos o más aspectos de la vida de la persona. Debe presentarse los tres síntomas en el paciente (inatención, hiperactividad e impulsividad). Así como, no debe presentarse comorbilidad con otros trastornos (trastorno de ansiedad o trastornos del estado de ánimo).

Tanto el DSM V y el CIE-10, indican 18 síntomas que deben ser presentados durante más de seis meses en diferentes ámbitos de la vida del ser humano, de igual modo consideran que debe haber un deterioro funcional a causa orgánica y finalmente coinciden que la sintomatología no puede ser explicado por otro trastorno.

Por otro lado, el TDAH tiene investigaciones desde el siglo pasado que evidencian validez de este diagnóstico en población adulta (Barkley, 2006). Sin embargo, es fundamental indicar que el origen del TDAH no ha sido determinado, pero en diferentes estudios se menciona factores ambientales, genéticos y alteraciones cerebrales (Soutullo & Mardomingo, 2010). Sobre el factor genético, se ha reportado que tiene una incidencia del 76% a 80% en el TDAH de acuerdo a los indicadores de heredabilidad encontrada en estudios de genética molecular de gemelos (existe mayor relación entre gemelos

homocigóticos que dicigóticos) (Faraone et al., 2005), y en otras investigaciones con gemelos este porcentaje asciende a un 90%, es decir si uno de los gemelos presenta síntomas de TDAH hay probabilidad de que el hermano presente este trastorno (González & Lazo, 2010), además, aproximadamente un 40% de adultos que presentan esta condición tienen al menos un familiar que presenta TDAH (Barkley, 2001) y finalmente, existe un 88% de heredabilidad para los síntomas hiperactivo – impulsivo y un 79% para el tipo inatento (McLoughlin et al., 2007).

Barkley (2001) sostiene que uno de los genes relacionados con el TDAH es el D4RD, el cual se asocia con la búsqueda de la novedad (una de las dimensiones de la personalidad), de modo que, hay mayor predisposición en la exploración de sensaciones sin medir los riesgos, la impulsividad e hipoactividad. El siguiente gen es el DAT1, que presenta una estrecha relación con la dopamina el cual regula la actividad de este neurotransmisor concretando la recaptación en el proceso intersináptico. Después se ha relacionado otros genes como el DRD1, DRD4, DRD5 y 5HT, con los riesgos ambientales y el TDAH, la relación del gen CHRNA 4 con el consumo de la nicotina durante el embarazo y el riesgo de presentar TDAH de tipo combinado y los genes DRD5 y el DAT1 con las conductas antisociales (Ramos et al., 2009).

El factor ambiental se considera que tiene un 20% a 30% de influencia en el TDAH, los factores relacionados con complicaciones de parto (bebés con bajo de peso al nacer), el consumo de drogas legales (alcohol) y/o ilegales (nicotina) durante el embarazo (Ramos et al., 2005) y la adversidad psicosocial como la alta vulnerabilidad en la toma de decisiones y la carencia de regulación (Rodillo, 2015).

Sobre aspectos neurológicos, Barkley (2001) sostiene la implicancia del lóbulo frontal (zona prefrontal dorsolateral) y los ganglios basales (globo pálido y núcleo caudado) para la regulación de las funciones motoras, la memoria de trabajo, la inhibición, tener metas a futuro, funciones ejecutivas y mantener la atención. De la misma manera, Gratch (2009) relaciona los trastornos del comportamiento y las conductas agresivas con el circuito orbitofrontal y considera que la relación entre el procesamiento de información de recompensa tiene que ver con el hipocampo y la amígdala, de igual manera, relaciona la inatención con el locus cerúleos y la formación reticular (relacionados con la regulación del estado de alerta o vigilia). Además, se evidencia alteraciones del sistema dopaminérgico

(relacionado con la hipoactividad, el exceso motor y déficit cognitivos) y de la noradrenalina (relacionado con la sobreactividad y el déficit de atención y memoria de trabajo) que afectan la estructura cerebral. Recientemente se implica a la serotonina, y estos hallazgos generan la hipótesis de una reducción de glucosa en diferentes áreas del cerebro, pero específicamente en la zona prefrontal superior y la zona premotora del lado izquierdo, relacionadas con la actividad motora y la regulación de la atención (Gallego & López, 2012). Con respecto a la dopamina y la noradrenalina los estudios determinan que los tratamientos para estos neurotransmisores han funcionado bien en pacientes con TDAH (Arruti, 2014)

El TDAH, en la adultez se manifiesta por problemas psicológicos, sociales y fisiológicos como: inconvenientes con la pareja debido a una insatisfacción sexual, dificultad en la expresión de emociones y ausencia de coherencia entre sus actos y la forma de pensar (Eakin et al., 2004), inestabilidad en sus relaciones afectivas, dificultad en las relaciones interpersonales, problemas de pareja y de consenso con respecto a temas importantes en una relación o en la crianza de los hijos (Eakin et al., 2004; Kessler et al., 2006).

Del mismo modo, se menciona que el mayor porcentaje de divorcios está presente en adultos con TDAH a diferencia de otras personas que no presentan este trastorno (Aguilar-Cárceles & Farrington, 2017). En el espacio de desarrollo profesional se evidencia un déficit en el desempeño y en la interacción con los compañeros de trabajo (Kessler et al., 2010), malestar psicológico en diferentes ámbitos de interacción social, dificultad en el desempeño académico (Joffre, García & Joffre, 2015). Green et al. (2018) menciona que prácticamente el 50% de los estudiantes universitarios abandona sus estudios sin concluirlos y se relaciona una menor formación académica en personas con TDAH que en aquellas que no presentan este trastorno según la OMS (Fayyad et al., 2007).

Los adultos diagnosticados con TDAH reflejan un bajo rendimiento académico con respecto a otras personas que no tienen este trastorno, aunque presenten un nivel inteligencia promedio (Barkley, Fischer & Murphy, 2008; Bierdeman et al., 2006). A pesar de que los síntomas de hiperactividad e impulsividad se encuentren reducidos en la adolescencia, el déficit de atención persiste en esta edad, el cual genera frustración constante en el aprendizaje de los jóvenes quienes empiezan a dudar de sus capacidades intelectuales hasta considerarse poco inteligentes para realizar estudios superiores (Gratch, 2009) problemas

sociales como infringir las leyes y normas, de igual forma el uso de sustancias ilícitas (Joffre et al., 2015; Pedrero & Puerta, 2007; Reyes, García & Palacios, 2013).

La impulsividad también se manifiesta en adultos con TDAH realizando varias actividades al mismo tiempo sin dar prioridad y dejando inconclusas algunas de ellas, realizar compras desmedidas sin aprobación de la pareja y generando gastos innecesarios. Asimismo, en el ámbito académico (Barkley et al., 2008; Joffre et al., 2015) las personas diagnosticadas con TDAH tienen un coeficiente de inteligencia promedio, pero muchos de ellos presentan un bajo rendimiento académico en la niñez, la adolescencia y la adultez. También presentan problemas en el rendimiento laboral (Barkley, 2006; Ramos et al., 2009). Del mismo modo, en diferentes estudios empíricos los universitarios se presentan un rendimiento pobre en el ámbito profesional y académico (Shifrin, Proctor, & Prevatt, 2009).

La comorbilidad que se encuentra entre una persona con TDAH y el trastorno del estado de ánimo (Depresión) y el trastorno de ansiedad es frecuente y oscila entre un 15% a 30% de relación con la depresión y entre un 20% a 25% con la ansiedad (Arruti, 2014, Chao et al., 2008, & Isorna, 2015), también Ramos et al. (2009) mencionan que entre un 10% a 40% de adultos con TDAH tiene la predisposición de presentar trastorno de ansiedad o depresión, y en algunos casos estos pacientes llegan a consulta por estos motivos y en realidad el diagnóstico es trastorno por déficit de atención e hiperactividad. La relación del TDAH con otros trastornos de ánimo como la depresión o ansiedad afectan la calidad de vida, el rendimiento académico y laboral es menor a lo esperado, los universitarios que presentan síntomas de TDAH y depresión mantienen un concepto negativo de su aspecto físico, preocupación por su imagen corporal y sobrepeso (Medrano & Ortiz, 2016).

Es frecuente que los fracasos constantes (como el bajo rendimiento académico, dificultad en las relaciones sociales, problemas familiares) de una persona con TDAH conllevan a tener pensamientos y creencias disfuncionales, a este tipo de pensamientos se les añade la falta de organización, planificación (características del TDAH) que se convierten en alteraciones del humor como depresión y trastorno de ansiedad, frustración, es decir estas alteraciones son consecuencias de no tratar los síntomas y las dificultades asociadas al TDAH (Ramos et al., 2009).

Esta reportado que la prevalencia del TDAH es mayor en países industrializados que en países en vías de desarrollo, probablemente esto se debe a una mayor atención sanitaria

en edades tempranas, además la clase media – baja y obrera es la que mayor incidencia presenta de este trastorno en comparación de otras clases sociales (Barkley, 2011), y la prevalencia en varones es mayor que en el de mujeres (Cerutti, Barrera, & Donolo, 2008; González, 2006). Otros estudios indican que la mayor incidencia del TDAH está presente en población no hispana que en hispanos o afroamericanos (Kessler et al., 2007).

En ese sentido, el impacto de la presente investigación es fundamental considerando la línea evolutiva de desarrollo del TDAH y que en el contexto peruano no existen instrumentos adaptados que ayude a su medición. Además, los hallazgos son fundamentales dentro de los alcances prácticos del presente estudio en la medida que al ser una medida breve y con instrucciones fáciles de entender puede ser de utilidad en futuras investigación de diferentes contextos, por ejemplo, el ámbito clínico, educativo, social y organizacional. Por otra parte, se espera estudiar en una futura investigación la sensibilidad y especificidad del ASRS v1.1 para diferenciar poblaciones clínicas y no clínicas, lo cual permitiría determinar su utilidad en el contexto clínico, y el papel de este constructo desarrolla en los diferentes trastornos psicopatológicos y el rol que tiene en la vida cotidiana del ser humano.

La evaluación del TDAH en adultos tiene como principal objetivo reunir información relevante de manera estructurada, que influye de manera positiva en los pacientes, ya que es importante brindar una mejor calidad de vida con la aplicación de un apropiado tratamiento multisistémico que disminuya gran parte o la mayoría de los diferentes síntomas del TDAH De acuerdo con Murphy y Gordon (1998) durante la evaluación del TDAH es vital considerar cuatro puntos, primero evaluar si la sintomatología del trastorno que se inició en la niñez tiene un nivel de frecuencia crónica o va en deterioro. En segundo lugar, indagar sobre la sintomatología actual del paciente, la latencia y frecuencia. En tercer lugar, investigar la existencia de una patología diferente al TDAH que explique un mejor cuadro clínico, por último, se estima la presencia de alguna condición comórbida presente en el diagnóstico del paciente (Vidal et al., 2012).

Para proporcionar un adecuado diagnóstico del trastorno es necesario conocer y distinguir los síntomas del TDAH respecto a otros trastornos, así como identificar la presencia de condiciones comórbidas que pueden cambiar el diagnóstico y el procedimiento del tratamiento. La evaluación de los adultos con TDAH requiere del análisis e integración de información de los antecedentes médicos completos, debido a que el objetivo es obtener

una mayor comprensión de la situación actual del paciente y de como resultado un adecuado diagnóstico. Por ello, la importancia de la evaluación del TDAH incluye el uso de instrumentos específicos orientado a indicadores clínicos menos subjetivos que ayuden al diagnóstico temprano de este trastorno, lo cual reduciría el efecto negativo que este trastorno en el aspecto social, emocional y cognitivo (Urzúa, Domic, Ramos, Cerda & Quiroz, 2010)

Un aspecto relacionado a lo anterior es la utilización de instrumentos de evaluación. Según la Comisión Internacional de Test (ITC), la comisión de Tests del Colegio Oficial de Psicólogos (COP) y la Comisión Europea sobre Test de la Federación Europea de Asociaciones Profesionales de Psicólogos (EFPPA) los instrumentos utilizados en el proceso de evaluación deben contar con adecuadas propiedades psicométricas como cumplir con los criterios de fiabilidad y validez estrictos que respalden la interpretación de las puntuaciones (Muñiz, 2015).

Además se debe tener en consideración las cuatro directrices (ámbito de aplicación, destinatarios, aspectos contextuales y conocimiento) propuestas por la ITC, así como estimar la utilidad de la capacidad de los test para evaluar, elegir instrumentos técnicamente correctos, test libres de sesgos, impartir información necesaria para la aplicación, realizar una adecuada aplicación, tener una puntuación y análisis adecuado de los instrumentos de medición, realizar una interpretación correcta de los resultados, comunicar los resultados de manera clara y precisa y realizar la verificación del uso y adecuación de los test (COP, 2004). Asimismo, los test deben contar con una equivalencia lingüística (el significado de la palabra y la oración), equivalencia estructural (evaluación del mismo constructo en todas las versiones, mediante un análisis factorial) y equivalencia de establecimiento de métrica (comparar los puntajes de todas las versiones, a través del análisis comparativo) (Mikulic & Muiños, 2005).

Uno de los puntos importantes para cumplir con los estándares planteados anteriormente, son las evidencias de validez. Validez es el nivel de certeza empírica y teoría que respalda la interpretación de una prueba (AERA, APA & NCME, 2014) es decir, significa el grado de certeza con el que se mide un constructo y si este puede ser utilizado para tal fin (Pérez & Medrano, 2010) y existen cinco fuentes de evidencias de validez (Mikulic & Muiños, 2005).

- *Evidencias de validez basada en la estructura interna:* Toma en consideración la fiabilidad y el análisis factorial porque forman parte de la evidencia que se requiere para designar si existe o no este tipo de validez. Existe este tipo de evidencia cuando se identifica que la estructura interna del instrumento (distribución de los ítems de acuerdo con subescalas) tiene correspondencia con la estructura teórica.
- *Evidencias de validez basada en el contenido:* este tipo de evidencia hace referencia a la correlación del contenido del test (ítems) y el constructo que se desea medir. Para lo cual es importante que los ítems sean representativos y relevantes para la representación del constructo. Por ello se considera a este tipo de evidencia como parte fundamental y fase inicial en la construcción de un test.
- *Evidencias de validez basada en relación con otras variables:* Lo que plantea este tipo de evidencia es identificar correlaciones teóricamente relevantes entre constructos de manera que sea evidencia empírica de que el instrumento está midiendo el constructo de interés. En este tipo de validez se describe, la evidencia convergente y divergente. La primera se refiere a la relación que existe entre las puntuaciones del test con otros instrumentos que miden el mismo constructo, el segundo se refiere a la medida de diferentes variables con el mismo método (Elosua, 2003). La técnica estadística más utilizada en este caso será el coeficiente de correlación de Pearson (las variables son cuantitativas) (Lozano & Turbany, 2013)
- *Evidencias de validez basada en el proceso de respuesta:* es la revisión del proceso que se realiza en el momento entre el examinador y el observador, para validar el proceso el/los calificadores deben haber sido capacitados debidamente. Además, la seguridad de los datos, la forma de calificación y la comunicación de los resultados se incluyen dentro de este tipo de validez. En este tipo de validez se destaca el uso de entrevistas cognitivas para recopilar pruebas basadas en los procesos de respuestas.
- *Evidencia de validez basada en el uso de los test:* Es evaluar si se ha logrado los resultados deseados y se han evitado los efectos no deseados, el método más utilizado para comprobar este tipo de validez es determinar los umbrales

de puntuación (los puntos de corte para determinar la aprobación o no aprobación o dar la gravedad de un síntoma como baja, moderada o alta)

Los métodos más usados para identificar las evidencias de validez de constructo son el análisis factorial exploratorio, el análisis factorial confirmatorio y las matrices multirrasgo-multimétodo, métodos correlacionales, análisis de los cambios en las diferencias individuales, análisis de las diferencias individuales que pone de manifiesto un test, y análisis lógico de los elementos del test (Chiner, 2011). Sin embargo, el análisis factorial exploratorio es el más usado actualmente en la construcción y validación de instrumento, porque explora las variables latentes que explican la relación de los ítems con el test.

El Análisis Factorial Exploratorio (AFE) es un modelo propuesto por Spearman (1904), y es una de las técnicas que se utiliza con mayor frecuencia cuando el propósito es desarrollar y/o validar un instrumento. Se basa en brindar información acerca de la estructura después de realizar un análisis sin contar con alguna hipótesis previa. Se debe tomar en cuenta cuatro aspectos importantes (Lloret, Ferreres, Hernández & Tomás, 2014).

1) El tipo de datos y la matriz de asociación: En este apartado se asume que los ítems se relacionan de manera lineal con los factores, por ello se debe revisar la distribución de estos como un primer paso, posteriormente utilizar la prueba KMO (medida entre .70 y .80 son considerados aceptables) para comprobar la adecuación de los datos para el análisis factorial (AF). Es recomendable en estos casos utilizar la matriz de correlaciones policóricas o tetracóricas dependiendo si los ítems tienen opciones de respuesta politómicas o dicotómicas.

2) Método de estimación de factores: Estudios recientes recomiendan utilizar el método de Mínimos cuadrados ordinarios, aquel que tiene como objetivo determinar la solución factorial para que los residuales se aproximen a cero tanto como sea posible. Dentro de este método se encuentra el método de ejes principales y mínimos cuadrados no ponderados (WLS por sus siglas en inglés), el cual es el más recomendado y se aplica cuando el número de variables es grande y el número de factores a retener es pequeño, además evita la aparición de casos *Heywood* (ocurre cuando se extrae varios factores o cuando la muestra

es muy pequeña) y funciona bien con muestras pequeñas (Pérez & Medrano, 2010).

3) Número de Factores: Es la relación entre los ítems y la composición de factores, se sugiere considerar tres aspectos: a) diversos criterios objetivos (mayormente depende del programa a utilizar y no generalmente del método de estimación de factores), b) la explicación de la solución realizada (se debe distinguir entre las factores comunes mayores y menores, se debe explicar la mayor parte de la varianza común, es decir escoger la variable que pueda ser más plausible y parsimoniosa), y c) la teoría de partida. El Análisis Paralelo de Horn de 1965 es el más recomendado en la actualidad, este análisis se basa en seleccionar los factores en base a valores propios significativos, además se usa para elegir a los factores comunes (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2014; Lloret, Ferreres, Hernández, y Tomas, 2017).

4) Método de rotación y asignación de ítems: Existe dos tipos de rotación, la primera es ortogonal, esta atribuye la autonomía de los factores, mientras que la segunda son las rotaciones oblicuas, las que asumen la correlación entre factores. Se recomienda utilizar la segunda, debido a que todos los fenómenos a utilizar en ciencias sociales y de la salud mantienen una relación entre sí, si los resultados de supuestas variables independientes muestran correlación entonces estas serán bajas permitiendo un análisis de rotación oblicua y si las correlaciones encontradas al utilizar la rotación oblicua fueran bajas ($> .30$ o $.20$) en estos casos utilizar la solución ortogonal sería más acertado (Lloret et al., 2014).

En cuanto a confiabilidad, según Muñiz (2003) afirma que un test es fiable cuando este no presente errores de medida, es decir que, al aplicarse un test a un grupo en un momento, el resultado debe ser el mismo si la aplicación del instrumento se realiza al mismo grupo en las mismas condiciones en diferentes ocasiones, por tanto, la confiabilidad es una puntuación concreta y consistente, observada en un instrumento de medida. En la teoría clásica de los test (TCT) la medida de distribución llamada también como “puntuación verdadera” debe ser correlativo a la puntuación observada en un primer momento y en caso se presente error de medida este debe ser aleatorio (producido por variables extrañas que no pueden ser controladas) y no sistemática (deficiencias de una prueba), el error de medida

que presenta un test es la diferencia entre la puntuación verdadera y la puntuación observada, es decir el error típico de medida (ETM) debido a que este indica la variabilidad que se puede obtener en cuanto a la puntuación verdadera (Prieto & Delgado, 2010) para determinar ello, se evidencia el índice de fiabilidad que oscila entre 0 a 1.

Los métodos para medir la fiabilidad son el test – retest, formas paralelas, consistencias entre las partes de una prueba y consistencias de las puntuaciones de diferentes calificadores. La confiabilidad por consistencia interna hace referencia a la congruencia o consistencia interna de los componentes de una prueba, los que deben medir lo mismo (un solo constructo), para medir este tipo de confiabilidad se usa el método de división por mitades o el método de la covarianza de los ítems, siendo el coeficiente alfa de Cronbach (1951) el más utilizado.

Los instrumentos de medición más utilizados del TDAH en adultos son: el *Conners Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV* (CAADID-parte II,) (Jeffery, Epstein, Johnson, & Conners, 2001) que fue diseñado tanto para niños y adultos, conformado por 18 ítems que van en relación con la publicación DSM-IV y de la OMS, asociada a la historia clínica del paciente. También está el *ADHD Rating Scale-IV* (Richarte et al., 2017), es un instrumento de 18 ítems, que hacen referencia a Inatención, hiperactividad e impulsividad, basados en los criterios del DSM IV y puede ser rellenada por el profesor o padre de familia, Finalmente está el *ASRS v1.1 Adult Self-Report Scale v1.1*, es calificado por ser breve y auto aplicable que sirve de ayuda para un diagnóstico inicial de personas que presenta el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), además cuenta con evidencia empírica obtenida a través de estudios instrumentales. Al principio el ASRS estuvo conformado por 18 ítems basado en los criterios del Manual de diagnósticos y trastornos mentales (DSM IV-TR) de la asociación Americana de Psiquiatría, posterior a ellos se extrae un subgrupo conformado por seis ítems con el objetivo de reducir las descripciones dobles, reducir las ambigüedades en el significado y crear un enfoque temporal consistente.

Para ello, tomaron en cuenta la importancia de mantener al menos seis síntomas que caracterizan al TDAH según el DSM IV y utilizaron la regresión logística paso a paso para optimizar la concordancia de la clasificación clínica. En base a los resultados, los seis ítems obtuvieron una sensibilidad de (68.7%) y especificidad de (99.5%), la más alta exactitud total de la clasificación del constructo (97.9%) y k (0.76) el cuál supero al cuestionario de

18 ítems sensibilidad (56.3%), especificidad (98.3%), exactitud de la clasificación (96.2%) y k (0.58) (Kessler et al. 2005).

Las implicancias de contar con un cuestionario breve para la evaluación en el ámbito práctico son diversas (Dominguez, 2017). En primer lugar, puede ser tomada como una medida de despistaje al inicio de la presunción diagnóstica con el objetivo de iniciar una evaluación más exhaustiva con respecto al trastorno; en segundo lugar, al ser una medida breve y con instrucciones fáciles de entender, servirá como una prueba autoaplicada en los procesos de diagnóstico y servir de ayuda como una medida de despistaje en otros ámbitos del espacio clínico, educativo, programas de prevención y tratamiento; en tercer lugar, los profesionales capacitados en este ámbito podrán optimizar sus procesos en cuanto al diagnóstico y emplear más tiempo en la creación de tratamientos y programas de prevención, y finalmente, generar alcances teóricos para futuras investigaciones con respecto al TDAH en adultos.

Las propiedades psicométricas del ASRS v1.1 han sido estudiadas en diferentes partes del mundo. Por ejemplo, Green et al. (2018), tuvo como objetivo proporcionar una evidencia preliminar de confiabilidad y validez del ASRS v1.1 en una muestra comunitaria de adolescentes. La muestra estuvo conformada por 2472 estudiantes entre 11 años a 18 años de edad quienes rellenaron el *Adult ADHD self-report scale* v1.1 (ASRS v1.1), *Strengths and difficulties questionnaire* (SDQ) y un cuestionario de ausencias y tardanzas en los colegios. Los análisis estuvieron conformados por el alfa de Cronbach (α), Coeficiente H y el coeficiente omega (ω) para obtener la confiabilidad, el análisis factorial confirmatorio (AFC) para realizar el ajuste de la hipótesis de un modelo unifactorial, así como la correlación de Pearson y para evaluar la validez concurrente se estimó el modelo de regresión múltiple. Los resultados muestran una adecuada consistencia interna ($\alpha = .80$; coeficiente H = $.97$; $\omega = .96$), asimismo menciona que el modelo de un factor se ajusta bien a los datos. La asociación de las puntuaciones encontrada entre la escala del ASRS v1.1 y la sub escala hiperactividad/inatención del SDQ fueron significativas ($r = .58$) y significativamente menos fuerte con las escalas de problemas emocionales ($r = .41$), problemas de conducta ($r = .35$), problemas con los compañeros ($r = .30$) y comportamientos prosociales ($r = -.15$) y según el modelo de regresión múltiple se encontró una asociación significativa con las puntuaciones del ASRS, las puntuaciones de la sub escala de hiperactividad/ inatención del ADQ y las inasistencias y tardanzas de los alumnos, mientras que las asociaciones entre el

ASRS v1.1 y las otras y sub escalas permanecieron significativas. En conclusión, el ASRS v.1.1 presenta adecuadas propiedades psicométricas que se ajustan a un factor y con indicadores adecuados de validez y confiabilidad.

Asimismo, Lozano et al. (2016), realizaron una investigación que tuvo como propósito identificar evidencia de confiabilidad y validez de los puntajes del ASRS (escala de autoevaluación en adultos) en ambas versiones y analizar los procedimientos de puntuación en una muestra persona con trastorno por uso de sustancias (SUD). En la presente investigación se empleó una muestra conformada por 170 pacientes ambulatorios diagnosticados con SUD. Se utilizó como principal instrumento de investigación el ASRS, seguido de la *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI) y la *Substance Dependence Severity Scale*. El análisis factorial confirmatorio (AFC) mostró un ajuste adecuado a la estructura propuesta por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (4ª ed., *DSM-IV*) en la versión de 18 elementos. En la escala de cribado (seis ítems), se encontró el mejor ajuste para un modelo con dos factores correlacionados (falta de atención e hiperactividad). El análisis factorial exploratorio (EFA) evidenció que los elementos del TDAH convergen y se diferencian de los síntomas de abstinencia. Finalmente, los autores concluyeron en que las dos versiones de la ASRS muestran adecuadas propiedades psicométricas y que el puntaje dicotómico o politómico es fundamental en la clasificación del paciente.

En este mismo enfoque, Hesse (2012), tuvo como objetivo probar si versión de seis ítems (ASRS-6), mide la falta de atención e hiperactividad de forma independiente. La muestra fue de 234 estudiantes universitarios y 157 pacientes ambulatorios tratados por la dependencia de drogas. Se plantearon dos hipótesis estructurales, la primera con un factor general y la segunda con dos factores correlacionados (falta de atención e hiperactividad). Los resultados mostraron que, en ambas muestras, la solución de dos factores se ajustó mejor a los datos. Las subescalas diferían en sus correlatos de manera que reflejen los correlatos de falta de atención e hiperactividad en la literatura publicada sobre TDAH. En la muestra de los estudiantes, la fiabilidad de la prueba y la nueva prueba fue adecuada para la hiperactividad ($r = .70$) y la falta de atención ($r = .77$). En conclusión, el ASRS-6 mide dos constructos correlacionadas, en lugar de un constructo unitario.

Por otro lado, Reyes, García y Palacios (2013), identificaron las evidencias de validez para la versión larga (18 ítems) y breve (6 ítems) del ASRS. La muestra fueron 447 estudiantes de licenciatura ($M = 23.59$), donde 287 fueron mujeres (64.21%). Se realizó un análisis de los coeficientes de correlación de Pearson, asimismo se dicotomizaron los valores de las escalas y finalmente de cálculo k (Kappa de Cohen) para determinar el grado de consistencia entre los dos instrumentos. Los resultados muestran que ambas escalas obtuvieron correlaciones positivas y significativas ($r = .79$) y el índice del ASRS y la FASCT fueron adecuados ($r = .78$), el ASRS en su versión corta y la FASCT obtuvo un Kappa de Cohen de 0.58, mientras que el ASRS en su versión larga obtuvo $k = .37$. Resalta que la mayoría de casos de TDAH fueron detectados por el ASRS (Versión larga) (61.07% de casos), por ende, mencionan que ambos instrumentos deben ser tomados como instrumentos de tamizaje y no como entrevistas diagnósticas. Finalmente argumentan la validez del ASRS en su versión larga y su versión corta.

Además, Pedrero y Puerta (2007), estudiaron el instrumento de detección de TDAH en adultos, el ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1) en su versión completa (18 ítems) y versión reducida (seis ítems), con el objetivo de comprender sus características psicométricas, valor convergente y discriminante frente a otras pruebas de cribado de TDAH. La aplicación del cuestionario fue a una muestra de 280 personas. Con respecto a los resultados, se observó un alfa de Cronbach de .68 para la versión del ASRS de seis ítems y 0.92 para la versión de 18 ítems. Sobre el análisis factorial se obtuvo un $KMO = 0.67$, y con un análisis de componentes principales se obtuvo dos factores. En conclusión, los análisis psicométricos evidencian una fiabilidad adecuada, en cuanto a validez factorial se muestran dos factores con autovalores superiores a 1, asimismo en la validez con otras variables se observa una mayor correlación del ASRS v1.1 con ADHD IV y con el MCMI – II y finalmente se observa una validez criterial que indica un 19% de la muestra supera el punto de corte de 4.

En esta misma línea Kessler et al. (2007), desarrollaron un estudio para la validación del cuestionario ASRS, versión de seis ítems, su principal objetivo fue realizar una validación cruzada de los ASRS en muestras independientes. La aplicación de las pruebas fue de 2 veces para los análisis de fiabilidad (test-retest) y el tercero durante la entrevista DSM-IV. Se utilizó el análisis de regresión logística y se empleó todas las formas de subgrupos correspondientes en el poder predictivo general. La selección de una de las escalas

con mayor consistencia en sus valores psicométricos se realizó de acuerdo con un análisis de subgrupos, asimismo se desarrolló un análisis factorial confirmatorio (AFC), la consistencia interna se obtuvo del alfa de Cronbach, además se utilizó las correlaciones de Pearson y el modelo de ecuaciones estructurales. La aplicación de las pruebas se dio en una muestra de 668 personas suscritas al plan de Salud de U.S.A. Los resultados mostraron un alfa de Cronbach entre 0.63 - 0.72, la correlación de Pearson se encontraba en el intervalo de 0.58 a 0.77 y mostraba una fuerte concordancia con los diagnósticos clínicos obteniendo 0.90 en el *receiver operating characteristic curve* (curva de ROC) y presenta un modelo de un factor, dado que las cargas factoriales en 2 factores son bajas, por ello menciona una correlación fuerte de las dos dimensiones con el factor en general del TDAH. En conclusión, el instrumento cribado del ASRS en su versión corta de 6 ítems muestra óptimos puntajes en los parámetros estadísticos contemplados y esto conlleva a afirmar el uso del instrumento en estudios epidemiológicos, clínicos y la iniciativa de hallar y reafirmar casos de TDAH en adultos.

Finalmente, debido a que el TDAH en adultos es una problemática presente que tiene impacto directo en el ámbito laboral, familiar y educativo; que el proceso de evaluación y diagnóstico es importante para su identificación y tratamiento, y que en el contexto peruano no existen instrumentos de evaluación adaptados a la población, surge la necesidad de identificar las propiedades psicométricas del ASRS, el cual cuenta con evidencia científica que respalda su utilización en población anglosajona. En Latinoamérica este cuestionario breve ayudará al despistaje del TDAH y añadir información a la teoría existente que existe sobre el TDAH en la adultez. En consecuencia, el objetivo del presente estudio es identificar los primeros parámetros psicométricos de la versión *screening* en estudiantes de una universidad privada del distrito de la Molina, y así poder comparar y sumar a las anteriores investigaciones producidas en países anglosajones que permiten proponer programas de prevención y tratamiento en adultos con TDAH.

Método

Tipo y objetivo de la investigación

El tipo de investigación del presente estudio es instrumental transversal (Ato, López, & Benavente, 2013), el cual tiene como objetivo determinar las propiedades psicométricas del *Adult Self Report Scale* (ASRS V1.1) en estudiantes de una universidad privada de la Molina, mediante el análisis de parámetros estadísticos en un tiempo determinado.

Participantes

La selección de los participantes fue a través de un muestreo no probabilístico (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014), y estuvo conformada por 316 estudiantes (entre mujeres y varones) provenientes de una universidad privada del distrito de la Molina. Se obtuvo información demográfica, sexo, edad, ciclo universitario, carrera y estado civil. Se encontró que la mayor parte vive en Lima, además, la carrera de mayor frecuencia fue de ingeniería y en cuanto a la situación laboral, la mayoría de los estudiantes solo se encuentra estudiando (ver tabla 1).

Tabla 1

Distribución de la muestra por demográficos

Variable	F	%
Sexo		
Varón	127	40
Mujer	189	60
Lugar de Nacimiento		
Lima	179	57
Fuera de Lima	137	43
Estado Civil		
Soltero	311	98
Casado	5	2
Facultad		
Administración	72	23
Arquitectura	20	6
Comunicaciones	6	2
Derecho	3	1
Economía	12	4
Humanidades	40	13
Ingeniería	99	31
Psicología	29	9
Salud	9	3
Hotelería y Gastronomía	15	5
Otros	11	3
Situación Laboral		
Laborando	88	28
No laborando	228	72
Edad		
16 – 18	54	17
19 – 21	140	44
22 – 28	113	36
29 – 44	9	3

Nota: f: frecuencia.

Instrumentos

El ASRS V1.1 es un cuestionario de evaluación del TDAH en adultos, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud OMS (2003). Presenta 18 ítems y un subgrupo de 6 ítems en su versión corta, cada ítem se encuentra relacionados con los indicadores del DSM-IV, los cuales evalúan la sintomatología presente durante los 6 meses anteriores a la evaluación (Kessler et al., 2005). El ASRS ayuda al acierto o despistaje del TDAH en adultos en conjunto con otras técnicas psicológicas. en la versión breve, los ítems hacen referencia a la inatención (cuatro ítems) como hiperactividad (dos ítems) y tienen un formato de respuesta de tipo de Likert que van desde Nunca = 0, Raramente = 1, A veces = 2, A menudo = 3 y Muy a menudo = 4, este cuestionario es aplicado a personas mayores de 16 años.

El estudio original reportó una consistencia interna de .68, una adecuada validez factorial (medida de adecuación de Kaiser-Meyer-Olkin .67; prueba de esfericidad de Barlett <0.001) (Pedrero & Puerta, 2007). Asimismo, un estudio de la OMS reporta que las propiedades psicométricas de la versión corta frente a la versión larga de 18 ítems muestran mejores resultados en cuanto a sensibilidad (68.7% vs 56.3%), especificidad (99.5% vs 98.3%) y exactitud clasificatoria (97.9% vs 96.2%) de acuerdo con los estudios realizados (Kessler et al., 2005).

El *Inventario Multicultural de la Depresión, Estado – Rasgo* (IMUDER) desarrollado por Moscoso (2012), evalúa la depresión mediante un enfoque multidimensional bajo los postulados de estrés agudo y crónico, donde se determina la presencia y la tendencia a la ocurrencia de la depresión. Consta de 24 ítems, donde la escala A (Estado) evalúa la severidad de la depresión, mientras que la escala B (Rasgo) evalúa la tendencia a la ocurrencia del trastorno depresivo. En la escala estados las preguntas se enfocan en ¿cómo se siente en este momento?, en cambio en la escala rasgo las preguntas se centran en ¿cómo se siente generalmente?, las respuestas para cada escala están determinadas tipo Likert, en la escala A (desde *No en absoluto =1 hasta Mucho=4*) y en la escala B (desde *Casi nunca=1 hasta Siempre=4*). Los ítems muestran las 4 subescalas que componen los 2 factores del instrumento, donde la escala *Estados* encuentra conformado por Eutrés Estado y Distrés estado representados por los 12 ítems de la escala A, en cuanto a la escala *Rasgos* también se representa por 12 ítems de la Escala B donde se mide Eutrés Estado y Distrés Rasgo (Moscoso, Lengacher & Knapp, 2012). En la presente investigación solo se utilizó la escala de Rasgo.

Procedimientos

Se elaboró el protocolo de evaluación a través de Google Forms, este comprendía el mismo contenido que el material en físico y seguía el mismo formato de presentación. Este documento fue enviado a través de correo electrónico y vía redes sociales a los estudiantes universitarios que se encontraban en horas de clases. Se realizaba una presentación del objetivo de evaluación y previo al acceso de los instrumentos, cada participante debía aceptar el consentimiento informado (Ver Anexo 1) que garantiza la confidencialidad a los participantes y solo se consideraron a las personas que aceptaban el llenado de los instrumentos a través de esta primera sección, donde se recalcaba que la evaluación era

anónima, voluntaria, que los datos solo serían utilizados para fines de investigación, el tiempo aproximado de la evaluación, que podían realizar sus dudas a través de correo electrónico y que se aseguren de responder a los instrumentos en un lugar cómodo y que cuenten con una adecuada conexión a internet; todo ello siguiendo las sugerencias de *The Standards for Educational and Psychological Testing* (AERA, APA, & NCME, 2014). En la sección 2 se pedía llenar los datos generales (sexo, fecha de nacimiento, distrito de residencia, ciclo que cursa actualmente, estado civil, carrera y lugar de nacimiento) (Lobo & Muñoz, 1996). Para ser utilizados en los análisis descriptivos de la muestra.

Cada participante al ingresar al enlace solo podía avanzar a la siguiente pregunta si respondía la anterior y solo podían acceder a este formulario electrónico por única vez porque el sistema de Google Forms reportaba si en caso se quería volver a ingresar a la encuesta. Durante las horas de clases las preguntas que surgían fueron resueltas por el evaluador.

2.5 Plan de análisis

Para las evidencias de validez de la estructura interna, se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) con el programa Factor v. 10 (Fernando & Lorenzo-Seva, 2014) para conocer las intercorrelaciones de los ítems se utilizó el test de esfericidad de Bartlett y la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), se espera encontrar valores mayores a .70 que indiquen la posibilidad de realizar el AFE (Lloret, Ferreres, Hernández & Tomás, 2014). Se utilizó el método de máxima verosimilitud para la extracción de datos (Lloret et al., 2017), se utilizó el análisis paralelo de Horn (López, 2009) para la identificación del número de factores. Es necesario recalcar que todos los análisis se realizaron con matrices policóricas por ser adecuadas cuando las medidas con categóricas (Fernando & Lorenzo-Seva, 2014). Finalmente se consideraron cargas factoriales mayores a .40 como aceptables.

Las evidencias de validez en relación con otras variables fueron identificadas a través de análisis de correlación con el coeficiente de Pearson, donde valores alrededor de .20 son considerados como bajo, .50 como promedio o medio y .80 como alto (Ferguson, 2009).

Para la confiabilidad de las puntuaciones, se utilizó el coeficiente omega, siendo aceptable, en ambos casos, valores mayores a .70 (Prieto y Delgado, 2010).

Resultados

Análisis Descriptivo

Con respecto al análisis descriptivo, se encuentra que la asimetría y curtosis de los ítems del ASRS se encuentran dentro del rango del valor absoluto de 1, por lo que no se encuentra evidencia de asimetría o conglomeración de los datos (curtosis).

Tabla 2

Análisis descriptivo

Ítems	M	DE	g1	g2
ASRS1	1.563	.792	.407	.214
ASRS2	1.756	.884	.359	-.107
ASRS4	1.870	.908	.029	-.219
ASRS3	1.459	.870	.535	-.028
ASRS5	2.329	1.075	-.114	-.844
ASRS6	1.725	1.038	.399	-.412

Nota: n = 316; g1: Asimetría; g2: Curtosis

Análisis Factorial Exploratorio

Preliminar al AFE, se realizó el análisis de la prueba de esfericidad de Bartlett y el KMO, donde se obtuvo un valor de 0.711 ($p < .05$), valor que es considerado aceptable y permite la realización del AFE.

Los resultados de la tabla 2 indican que existe una estructura bifactorial donde, el primer factor, denominado *inatención*, se encuentra compuesto por los ítems 1, ítem 2, ítem 3 e ítem 4, todos presentando cargas factoriales superiores a .40. Con respecto al segundo factor, denominado *Hiperactividad/Impulsividad* este se encuentra compuesto por los 2 últimos ítems que también presentan una carga factorial mayor a 0.40.

Finalmente, en cuanto al análisis de validez interna convergente, se encuentra una correlación baja entre ambos factores, lo cual permite la interpretabilidad diferenciada de ambos factores.

Tabla 2.

Análisis factorial exploratorio, communalidades y correlación interfactorial

Ítems	F1	F2	h^2
ASRS1	.527	.080	.311
ASRS2	.792	-.058	.602
ASRS4	.644	.020	.452
ASRS3	.568	.205	.320
ASRS5	.207	.508	.367
ASRS6	.245	.407	.338
F1		0.313	

Nota: F1: Inatención, F2: Hiperactividad e impulsividad, h^2 : Comunalidad

Análisis de confiabilidad

El análisis de confiabilidad del ASRS para el factor inatención indica un valor de $\omega = .731$, mientras que para el factor hiperactividad/impulsividad es de $\omega = .347$

Evidencias en relación con otras variables

En la tabla 3 se observa que, para el factor de inatención, se encuentran una correlación negativa de magnitud baja con la variable Eutrés (afecto positivo), mientras que existe una correlación positiva de magnitud moderada con la variable Distrés (afecto negativo). Con respecto a la impulsividad, se halló una correlación positiva baja con la variable Distrés.

Tabla 4.

Correlación entre las dimensiones del ASRS y el IMUDER

Factor	Eutrés	Distrés
Inatención	-.318	.431
Impulsividad	.005	.228

Discusión

La presente investigación tuvo por objetivo identificar evidencias de las propiedades psicométricas mediante un análisis de la estructura interna y en relación con otras variables del ASRS en población de universitarios. Para tal objetivo se realizó un análisis factorial exploratorio, análisis de fiabilidad, y análisis de correlación con variables externas.

Los resultados indican que la estructura interna original, de dos factores relacionados es la que se replica en los datos. Cuatro de los ítems muestran una carga factorial para el primer factor *Inatención* el cual es caracterizado por pensamientos y creencias disfuncionales, falta de organización, planificación, frustraciones y alteraciones del humor que conlleva a fracasos constante en el ámbito académico (Joffre et al., 2015), social y familiar (Ramos et al., 2009), mientras que dos ítems para el segundo factor *Hiperactividad/Impulsividad* el cual es caracterizado por el exceso motor, la hipoactividad, toma de decisiones basadas en sus emociones presentando conflictos en las relaciones interpersonales, problemas maritales y en los consensos de normas y conducción de sus hijos (Eakin et al., 2004; Kessler et al., 2006). Además, estos resultados concuerdan con los estudios previos de Pedrero y Puerta (2007), Hesse (2012) y Lozano et al. (2016) quienes reportaron en sus investigaciones cargas factoriales mayores a .40 en todos los ítems lo que indica que cada ítem representa un aspecto importante del factor. Es por ello que, lo señalado anteriormente respalda los aspectos teóricos planteados por el DSM IV-V y el CIE -10, quienes plantean que los rasgos distintivos para la evaluación y diagnóstico del TDAH son la Inatención e Hiperactividad (AERA, APA & NCME, 2014).

En cuanto a la fiabilidad de las puntuaciones, el factor Hiperactividad e Impulsividad obtuvo un valor considerado como inaceptable, que indica la existencia de un alto nivel de error de medición en las puntuaciones, no obstante el factor Inatención supera el punto de corte de .70 lo que asegura una proporción de error de medición aceptable según las recomendaciones propuestas (Prieto & Delgado, 2010) y *The standards for educational and psychological testing* (AERA, APA & NCME, 2014; DSM V, 2013). Esto es especialmente relevante cuando los resultados de la evaluación tienen incidencia directa sobre la persona (Barkley, 2011).

Sobre las evidencias en relación con otras variables, los dos factores reportados indican asociaciones teóricamente relevantes con aspectos de la depresión, sin embargo, solo

se considerará para el análisis las puntuaciones del factor inatención debido al valor de la confiabilidad. En este caso, los datos indican que el factor *inatención* se relaciona de forma negativa con *eutrés* o emociones positivas y de forma positiva con *distrés* o emociones negativas. Esta relación se puede explicar debido a que la inatención e hiperactividad en el ámbito académico está asociado a un bajo rendimiento académico y pobre rendimiento laboral (Barkley et al., 2008; Bierdeman et al., 2006, Kessler et al., 2007), dificultad en la adaptación social (Joffre et al., 2015; Pedrero & Puerta, 2007; Reyes, García, & Palacios, 2013), conflictos interpersonales y el funcionamiento cognitivo y emocional son relevantes al nivel de severidad de los síntomas del TDAH, los cuales a través del tiempo pueden generar que emociones como la tristeza, desmotivación, frustración, rabia, sean las que estén presentes y en tiempos prolongados se produzca una depresión.

Además, las asociaciones reportadas contribuyen al estudio del TDAH con otros trastornos, específicamente con el trastorno depresivo debido a la relación que presenta con el TDAH y a los altos porcentajes que se refleja en las investigaciones de Isorna (2015), Arruti (2014), Ramos et al. (2006), Ramos et al. (2009). Dicho de otro modo, los resultados del ASRS v1.1 muestran correlaciones positivas con una de las subescalas de la depresión identificada como *Distrés* la cual está compuesta por la presencia de emociones negativas que se relaciona con mayor fuerza con el primer factor (Inatención). Estas correlaciones mostrarían parte de la explicación de los problemas psicosociales que presentan los adultos con TDAH (Barkley, 2006), debido a que el déficit de atención genera frustración constante en el aprendizaje de los jóvenes quienes empiezan a dudar de sus capacidades cognitivas (Gratch, 2009; Joffre et al., 2015) y probablemente responde a la aseveración de Wolf (2003) al mencionar que aproximadamente el 50% de universitarios abandona sus estudios.

Entre las limitaciones del estudio se pueden considerar que solo se ha realizado un análisis factorial exploratorio, lo que limita las evidencias de validez. También, la muestra fue clasificado a través de un procedimiento no probabilístico, lo que limita las inferencias realizadas y que no se ha trabajado con muestras clínicas lo cual puede dar evidencia de la utilización del instrumento como apoyo diagnóstico. Por ello, se recomienda evaluar la dimensionalidad del constructo por métodos más consistentes como por ejemplo el análisis factorial confirmatorio, utilizar muestras probabilísticas y de preferencia personas diagnosticadas con TDAH. Finalmente, el proceso de evaluación se puede considerar como una limitación porque quizá no se contó con la supervisión necesaria en el transcurso de la

aplicación para responder a las dudas con respecto al instrumento, lo cual pudo afectar a la confiabilidad de las puntuaciones.

En conclusión, el *Adult Self Report Scale* V1.1 (ASRS v1.1) es un instrumento que cuenta con propiedades psicométricas parcialmente adecuadas para seguir con estudios de evidencias de correlaciones de variables observadas utilizando otros criterios más rigurosos en los análisis, por ejemplo, el análisis factorial confirmatorio. Estructuralmente evalúa las dos principales características asociadas al TDAH, sin embargo, a nivel de confiabilidad, solo se sugiere utilizar el factor Inatención para evaluaciones grupales en población de universitarios. Sin embargo, es importante tener en cuenta que, para dar un diagnóstico certero, un instrumento breve debe ser acompañada de entrevistas semiestructuradas y la técnica de observación, debido a que uno de los criterios de DSM IV es poder realizar un diagnóstico del TDAH con estas tres técnicas de recopilación de información. Otro aspecto por considerar es que la fuerte asociación del primer factor con el estrés explicaría la probabilidad de existencias comórbidas con los trastornos de ánimo que deben ayudar a los diferentes profesionales de la salud, educadores y profesiones a fines de tener en cuenta uno de los dos trastornos y al momento de evaluar a los pacientes tomar una prueba sencilla y en el menor tiempo posible para realizar una presunción diagnóstica.

Referencias

- Aguilar-Cárceles, M. & Farrington, D. (2017). Attention deficit hyperactivity disorder, impulsivity, and low self-control: which is most useful in understanding and preventing offending? *Crime Psychology Review*, 3(1), 1-22. doi: 10.1080/23744006.2017.1365470
- American Educational Research Association, American Psychological Association and National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for Educational and Psychological Testing* (1ª ed.). Washington DC: American Educational Research Association.
- American Psychiatric Publishing. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª ed.). Washington. APA
- Aragonés, E., Piñol, J., Ramos, J., López-Cortacans, G., Caballero, A. & Bosch, R. (2010). Prevalencia del déficit de atención e hiperactividad en personas adultas según el registro de las historias clínicas informatizadas de atención primaria. *Revista Española de Salud Pública*, 84(4), 417-422.
- Arturi, I. (2014). *Análisis sobre la situación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad* (Tesis de Licenciatura). Recuperado de <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/2534/arruti.garaizar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Asociación Peruana de Déficit de Atención (2016). ¿Qué es el TDAH? [deficitdeatencionperu.com]. Recuperado de: <http://deficitdeatencionperu.com/que-es-tdah/>
- Ato, M., López-García, J. & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales De Psicología*, 29(3), 1038-1059. doi:10.6018/analesps.29.3.178511
- Barkley, R., Fischer, M., Edelbrock, C. & Smallish, L. (1990). The Adolescent Outcome of Hyperactive Children Diagnosed by Research Criteria: I. An 8-Year Prospective Follow-up Study. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(4), 546-557. doi:10.1097/00004583-199007000-00007

- Barkley, R. (2006). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. *Journal of Attention Disorders*, 11(2), 179–180.
- Barkley, R., Fischer, M. & Murphy, K. (2008). *TDAH en adultos lo que nos dice la ciencia*. Madrid, España: J and C Ediciones Médicas.
- Barkley, R., Murphy K. & Bush T. (2001). Time perception and reproduction in young adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 15(3), 351-360.
- Barkley, R. (2011). *TDAH: Diagnóstico, Demografía y Clasificación en Subtipos*. Charleston: Gilford.Johnson Flooring.
- Biederman, J., Monuteaux, M., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. & Silva, J. et al. (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 36(02), 167. doi:10.1017/s0033291705006410
- Cerutti, V., Barrera, M. & Donolo, D. (2008). ¿Desatentos? ¿Desatendidos?: una mirada psicopedagógica del TDAH en estudiantes universitarios. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 3(2), 4-13.
- Chao, C., Gau, S., Mao, W., Shyu, J., Chen, Y. & Yeh, C. (2008). Relationship of attention-deficit-hyperactivity disorder symptoms, depressive/anxiety symptoms, and life quality in young men. *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, 62(4), 421-426. doi: 10.1111/j.1440-1819.2008.01830.
- Chiner, E. (2011). *Materiales docentes de la asignatura Métodos, Diseños y Técnicas de Investigación Psicológica*. Alicante: Departamento de Psicología de la Salud.
- Colegio Oficial de Psicólogos. (2004). *Directrices Internacionales para el Uso de los Tests*. Recuperado de https://www.intestcom.org/files/guideline_test_use_spanish.pdf
- Conners, C., Epstein, J. & Johnson, D. (2001). *Conner's Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV*. North Tonawanda (N.Y.): MHS
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Salud Pública De México*, 45(5), 408-411. doi: 10.1590/s0036-36342003000500011

- Dominguez, S. (2017). Construcción de una escala de autoeficacia para la investigación: primeras evidencias de validez. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 11(2), 308-322. doi: <http://dx.doi.org/10.19083/ridu.11.514>.
- Eakin, L., Minde, K., Hechtman, L., Ochs, E., Krane, E., Bouffard, R., Greenfield, B. & Looper, K. (2004). The marital and family functioning of adults with ADHD and their spouses. *Journal of Attentional Disorders*, 8(1), 1-10.
- Elousa, P. (2003). Sobre la validez de los tests. *Psicothema*, 15(2), 315-321.
- Franquiz, F. & Ramos, S. (2015). *TDAH: Revisión teórica del concepto, diagnóstico, evaluación y tratamiento* (Tesis de licenciatura). Recuperada de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/3184/TDAH+Revision+teorica+del+concepto,+diagnostico,+evaluacion+y+tratamiento.pdf?sequence=1>
- Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., ... & Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190(5), 402-409. doi:10.1192/bjp.bp.106.034389
- Faraone, S., Perlis, R., Doyle, A., Smoller, J., Goralnick, J., Holmgren, M., & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention – deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1313-1323.
- Ferguson, C. (2009). An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 532-538.
- Ferrando, J. & Lorenzo-Seva, U. (2014). El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: algunas consideraciones adicionales. *Anales de Psicología*, 30(3), 1170-1175. doi: <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199991>
- Green, J., DeYoung, G., Wogan, M., Wolf, E., Lane, K. & Adler, L. (2018). Evidence for the reliability and preliminary validity of the Adult ADHD Self-Report Scale v1.1 (ASRS v1.1) Screener in an adolescent community sample. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(1), 1-751.

- Gallego, J. & López, N. (2012). *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Intervenciones en Psicología Clínica*. (Tesis de licenciatura). Recuperada de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/8743/1/TRASTORNO%20POR%20DEFICIT%20DE%20ATENCI%C3%93N%20CON%20HIPERACTIVIDAD%2C%20INTERVENCIONES%20EN%20PSICOLOGIA%20CLINICA.pdf>
- González, H. & Lazo, R. (2010). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad. *Revista Médica MD*, 2(1), 23-27. doi: md-2010/md101f.pdf
- Gratch, L. (2009). *El trastorno por déficit de atención (ADD-ADHD)* (2nd ed.). Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hesse, M. (2012). The ASRS-6 Has Two Latent Factors: Attention Deficit and Hyperactivity. *Journal Of Attention Disorders*, 17(3), 203-207. doi: 10.1177/1087054711430330
- Isorna, M. (2015). Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad: orientaciones para familiares y docentes. *ResearchGate*. doi:10.13140/RG.2.1.1214.4483
- Jeffery, N. Epstein, E. Johnson, I. & Conners, K. (2001). Neuropsychological Assessment of Response Inhibition in Adults With ADHD, *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 23(3), 362-371, doi: [10.1076/jcen.23.3.362.1186](https://doi.org/10.1076/jcen.23.3.362.1186)
- Joffre, V., García, G. & Joffre, L. (2015). Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad de la infancia a la vida adulta. *Archivos en Medicina Familiar*, 9(4), 176-181. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50712865005>.
- Kessler, R., Adler, L., Ames, M., Barkley, R., Birnbaum, H., Greenberg, P., ... & Ustun, T. (2005). The Prevalence and Effects of Adult Attention Deficit/Hyperactivity Disorder on Work Performance in a Nationally Representative Sample of Workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(6), 565-572. doi: 10.1097/01.jom.0000166863.33541.39

- Kessler, R., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., & Hiripi, E., ... & Walters, E. (2005). The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245-256. doi:10.1017/s0033291704002892
- Kessler, R., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C., Delmer, O., ... & Zaslavsky, A. (2006). The Prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *The American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716-723. doi: 10.1176/ajp.2006.163.4.716
- Kessler, R., Adler, L., Gruber, M., Sarawate, C., Spencer, T. & Van Brunt, D. (2007). Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(2), 52-65. doi: 10.1002/mpr.208
- Lozano, Ó., Carmona, J., Muñoz-Silva, A., Fernández-Calderón, F., Díaz-Batanero, C. & Sanchez-Garcia, M. (2016). Adult ADHD Self-Report Scale: Comprehensive Psychometric Study in a Spanish SUD Sample. *Journal of Attention Disorders*. doi: 10.1177/1087054716664410
- Lozano, L. & Turbany, J. (2013). *Validez*. Barcelona: FUOC.
- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A. & Tomás, I. (2017). The exploratory factor analysis of items: Guided analysis based on empirical data and software. *Anales de Psicología*, 33(2),417-432. doi: 10.6018/analesps.33.2.270211
- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A. & Tomás, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales De Psicología*, 30(3), 1151-1169. doi: 10.6018/analesps.30.3.199361
- López, J. (2009). El Análisis Paralelo de Horn: Un Estudio Monte Carlo de las Ecuaciones de Regresión para la Selección de Componentes. *Avances En Medición*, (7), 31–42.
- Manor, I., Vurembrandt, N., Rozen, S., Gevah, D., Weizman, A. & Zalsman, G. (2012). Low self-awareness of ADHD in adults using a self-report screening questionnaire. *European Psychiatry*, 27(5), 314-320. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.08.013

- Medrano, A. & Ortiz, S. (2016). Trastorno por déficit de atención en la edad adulta y en universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 59(5), 6-14. doi: S0026-17422016000500006
- McLoughlin, G., Ronald, A., Kuntsi, J., Asherson, P. & Plomin, R. (2007). Genetic Support for the Dual Nature of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Substantial Genetic Overlap Between the Inattentive and Hyperactive-impulsive Components. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 999-1008. doi: 10.1007/s10802-007-9149-9
- Mikulic, I. & Muiños, R. (2005). La construcción y uso de instrumentos de evaluación en la investigación e intervención psicológica: el Inventario de Calidad de Vida Percibida (ICV). *Anuario de investigaciones*, 12, 193-202.
- Miyagusuku-Chang, A. & Saavedra, J. (2018). Calidad de vida en adultos con antecedente de Trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la niñez sin sospecha actual del trastorno en Lima Metropolitana. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(2), 73-81. doi: <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i2.3333>
- Moscoso, M., Lengacher, C. & Knapp, M. (2012). Estructura factorial del inventario multicultural de la depresión, estado-rasgo: Rol de las emociones positivas de la depresión. *Persona*, 0(015), 115-136. doi: <http://dx.doi.org/10.26439/persona2012.n015.129>
- Muñiz, J. (2014). *El Uso de los Tests y otros Instrumentos de Evaluación en Investigación*. Recuperado de <https://www.cop.es/pdf/ITC2015-Investigacion.pdf>
- Oficina de Estadística e Informática, Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Estadísticas. (2018, 4 de enero). Diez primeras causas de morbilidad en consulta externa: departamento de I.D.A.E en enfermedades Trasmisibles: servicio de neuropediatría año 2018. [Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas]. Recuperado de: <http://www.incn.gob.pe/>
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Informe sobre la salud en el Mundo 2003: forjemos el futuro* (1ª ed.). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Ortiz, S. & Jaimes, A. (2007). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad en estudiantes universitarios. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 50 (3), 125-127.
- Pedrero Pérez, E. & Puerta García, C. (2007). El ASRS v.1.1. Como instrumento de cribado del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adultos tratados por conductas adictivas: propiedades psicométricas y prevalencia estimada. *Adicciones*, 19(4), 393-407. doi: 10.20882/adicciones.298
- Pérez, E. & Medrano, L. (2010). Análisis Factorial Exploratorio: Bases Conceptuales y Metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 2(1), 58-66.
- Perroud, N., Cordera, P., Zimmermann, J., Michalopoulos, G., Bancila, V., Prada, P., ... & Jean-Michel, A. (2014). Comorbidity between attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and bipolar disorder in a specialized mood disorders outpatient clinic. *Journal of Affective Disorders*, 168(1), 161-166. doi: 10.1016/j.jad.2014.06.053
- Prieto, G. & Delgado, A. (2010). Fiabilidad y Validez, *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 67-74.
- Lobo, A. & Muñoz, P.E. (1996). *Cuestionario de salud general de Goldberg: Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.
- Lloret, S., Ferreres, A., Hernández, A. & Tomás, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169.
- Sánchez-López, M. & Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4), 839-843.
- Silverstein, M., Faraone, S., Alperin, S., Leon, T., Spencer, T., Biederman, J., & Adler, L. (2017). 5.62 Validation of the Expanded Versions of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) v1.1 Symptom Checklist and the Adult ADHD Investigator Symptom Rating Scale (AISRS). *Journal of The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(10), 275-276. doi: 10.1016/j.jaac.2017.09.351

- Shifrin, J., Proctor, B. & Prevatt, F. (2009). Work Performance Differences Between College Students with and Without ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 13(5), 489-496. doi: 10.1177/1087054709332376.
- Soutullo, C. & Díez, A. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Madrid: Médica Panamericana.
- Soutullo, C. & Mardomingo, M. (2010). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Médica Panamericana.
- Ramos, J., Bosh, R. & Casas, M. (2009). *Comprender el TDAH en adultos*. Barcelona: Amat editorial.
- Ramos, J., Bosch, R., Castells, X., Nogueira, M., García, E. & Casas, M. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Revista de neurología*; 42(10), 600-606.
- Ramos, J., Bosch, R., Nogueira, M., Castells, X., Escuder, G. & Casas M. (2005). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos. *Current Psychiatry Reports*, 2, 27-33.
- Ramos, J., Bosch, R., Castells, X., Escuder G. & Casas, M. (2005). TDAH en el adulto: impulsividad desde la infancia. En Ros S., Peris MD., Gracia R, Casas M. (Eds) *Impulsividad* (pp. 123-132) Barcelona: Ars Medica.
- Ramos J., Bosch, R., Castells, X., Nogueira, M., García, E. & Casas, M. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Revista de Neurología 2006*; 42(10), 600-606.
- Ramos J., Daigre, C., Valero, S., Bosch, R., Gómez-Barros, N., Nogueira, M., ... & Casas, M. (2009). Validation of the Spanish version of the attention deficit hyperactivity disorder adult screening scale (ASRS v. 1.1): A novel scoring strategy. *Revista de neurología*. 48, 449-52.
- Reyes, E., García, K. & Palacios, L. (2013). Validación concurrente en población mexicana universitaria de la escala de autorreporte de TDAH en el adulto de la Organización Mundial de la Salud. *Revista de Investigación Clínica*, 65(1), 30 – 38.

- Richarte, V., Corrales, M., Pozuelo, M., Serra-Pla, J., Ibáñez, P., Calvo, E., Corominas, M., Bosch, R., Casas, M. & Ramos, J. (2017). Validación al español de la ADHD Rating Scale (ADHD-RS) en adultos: relevancia de los subtipos clínicos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(4), 185-191.
- Rodillo, B. (2015). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 52-59. doi: 10.1016/j.rmclc.2015.02.005
- Rodríguez, C., Núñez, J., Rodríguez, F., Parrales, A., Bringas, C. & García, T. (2015). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Prevalencia y Características Sociodemográficas en Población Reclusa. *Psicología: Reflexão E Crítica*, 28(4), 698-707. doi: 10.1590/1678-7153.201528407
- Tiffon, B. (2008). Una Trimorbilidad Forense Emergente: Una Trimorbilidad Forense Emergente: El Trastorno de Personalidad, el Trastorno del Control de los Impulsos y el Abuso de Sustancias Tóxicas. *Anuario de Psicología Jurídica*, 18, 91-97.
- Urzúa, A., Domic, M., Ramos, M., Cerda, A. & Quiroz, J. (2010). Propiedades psicométricas de tres escalas de evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en escolares chilenos. *Revista Panamericana De Salud Pública*, 27(3), 157–167. doi: 10.1590/s1020-49892010000300002
- Velásquez, E. & Ordóñez, C. (2015). Trastornos por uso de sustancias y trastorno por déficit de atención e hiperactividad: frecuencia en pacientes varones hospitalizados en un servicio de adicciones. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 78(2), 73-79.
- Vidal, R., Bosch, R., Nogueira, M., Casas, M. & Ramos, J. (2012). *Tratamiento psicológico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: revisión.* (Spanish). *Actas Españolas De Psiquiatría*, 40(3), 147-154.
- Van de Glind, G., van den Brink, W., Koeter, M., Carpentier, P., van Emmerik-van Oortmerssen, K., ... & Kaye, S. (2013). Validity of the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) as a screener for adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(3), 587-596. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.04.010

Anexo 1

Consentimiento Informado

El propósito de este documento es explicar en qué consiste su participación en esta investigación. La presente investigación titulada "Evidencia de Validez del Adult Self Report Scale (ASRS V1.1) En Estudiantes Universitarios de Lima Metropolitana" es conducida por Candy S. Ariza Cruz y tiene como objetivo plantear la adaptación del instrumento para medir Trastorno de Déficit de Atención e hiperactividad (TDAH) en adultos.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder un cuestionario y una hoja de información, que tomará menos de 10 minutos.

Su participación es voluntaria, y anónimo. Responda a todas las preguntas de manera sincera, leyendo cuidadosamente las instrucciones. Cabe resaltar que es muy importante el consentimiento informado y que el participante no puede pasar sin haber aceptado esto.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en ella. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Le agradecemos su participación.

Cualquier información adicional, mandar un correo a:

arizacandy@gmail.com

ACEPTO PARTICIPAR	
SÍ	NO

Anexo 2

Edad: _____

Ciclo: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Profesión/Carrera:

Fecha de evaluación: ____/____/____

Sexo

Masculino

Femenino

Estado civil

Soltero

Casado

Conviviente

Divorciado / Separado

Lugar de nacimiento


Lima

Fuera de Lima:

Trabajo actual:

Sí:

No

<p>Estrés significa una situación en que una persona se siente tensa, inquieta, nerviosa o ansiosa, que tiene problemas para dormir, debido a su mente está preocupada todo el tiempo. ¿Usted se siente así en estos días?</p> <p>Casi nada <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mucho</p>	<p>Puedo hacer frente a las dificultades (problemas) que se me presentan:</p> <p><input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo <input type="checkbox"/> En desacuerdo <input type="checkbox"/> Entre uno y otro <input type="checkbox"/> De acuerdo <input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p>
<p>En general podría decir que su salud física general es:</p> <p><input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala</p>	<p>Considere todos los aspectos de su trabajo, y marque el rostro que mejor describa lo que siente sobre su trabajo en general</p> <p></p>
<p>En términos generales, ¿podría decir que está satisfecho con su vida?</p> <p><input type="checkbox"/> Muy satisfecho <input type="checkbox"/> Aceptablemente <input type="checkbox"/> No muy satisfecho <input type="checkbox"/> Para nada satisfecho</p>	<p>¿Con qué frecuencia ha tenido problemas de memoria (por ejemplo, olvidar dónde puso las cosas), atención (por ejemplo, pobre concentración) o acción (por ejemplo, hacer mal algo) en el trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Muy frecuentemente</p>
<p>En los últimos 12 meses, ¿ha tenido accidentes menores en el trabajo (pequeños cortes o moretones) que no requirieron atención médica?</p> <p><input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Muy frecuentemente</p>	<p>En los últimos 12 meses, ¿qué cantidad de accidentes ha tenido en el trabajo, que han requerido atención médica de algún tipo (por ejemplo, primeros auxilios, hospitalización)? Marque su respuesta</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8</p>

Si no trabaja actualmente, responda sobre su experiencia de trabajo anterior.