

Síntomas de déficit de atención, ansiedad y depresión en estudiantes universitarios

Symptoms of attention deficit, anxiety, and depression in university students

María E. Navarro-Calvillo¹, Julio C. Flores-Lázaro^{2, 3}, Eliana Medrano²,
Narda D. Bustos-Rojas¹ y Luis R. Zapata-Enríquez¹

Universidad Autónoma de San Luis Potosí¹
Hospital Psiquiátrico “Dr. Juan N. Navarro”²
Universidad Nacional Autónoma de México³

Autor para correspondencia: Julio C. Flores-Lázaro, juliofnp@gmail.com.

RESUMEN

Antecedentes. El trastorno por déficit de atención del adulto (TDA-A), la ansiedad y la depresión se encuentran entre los problemas de salud mental más importantes en todo el mundo. *Método.* En este trabajo se analizaron los síntomas autorreportados de las tres condiciones clínicas en una muestra de estudiantes universitarios. *Procedimiento.* Se efectuó un tamizaje con 575 participantes, identificándose 110 (70 mujeres y 40 hombres) con suficientes indicadores clínicos que denotan síntomas de TDA-A, lo que representa 19% de la muestra. A quienes conformaron esta submuestra se les aplicó la versión de 18 ítems de la ASRS. v.1.1 y las escalas de ansiedad y depresión de Beck. *Resultados.* En ambos grupos, la correlación de síntomas ansiedad-depresión fue de moderada a alta. Sin embargo, fue más alta para las mujeres; en tanto que la correlación TDA-A/ansiedad fue más alta en los hombres. En la regresión lineal, la predicción de las variables ansiedad-depresión en las mujeres no fue significativa, ni de forma conjunta ni separada en los puntajes de síntomas TDA-A, a diferencia de los hombres, una predicción explicada únicamente por la ansiedad. *Discusión.* Los resultados indican diferencias de constructo entre mujeres y hombres, lo que denota la necesidad de desarrollar parámetros específicos de salud mental basados en los criterios de sexo y género.

Palabras clave: Ansiedad; Depresión; TDAH; Estudiantes universitarios.

ABSTRACT

Antecedents. Adult attention deficit disorder (A-ADHD), anxiety, and depression are among the first mental health problems globally. *Method.* The study examined symptoms reported for all three clinical conditions in a sample of university students. *Procedure.* Through screening 575 participants (ASRSv1.1 of 6 items), we identified 110 participants (70 women and 40 men) with the highest clinical indicators for A-ADHD, representing 19% of the total sample. Participants in this sub-sample also took the 18-item version of the ASRSv1.1 and the Beck anxiety and depression scales. *Results.* The anxiety-depression correlation was high in both groups, but for women was higher. In contrast, the anxiety-A-ADHD correlation was higher in men. For women, the anxiety-depression variables did not predict either together or separately the A-ADHD scores; however, for men, there

¹ Facultad de Psicología, Av. de Los Talleres 186, Valle Dorado, 78399 San Luis, S.L.P., México.

² Av. San Fernando 86, Col. Belisario Domínguez, Secc. 16, Tlalpan, 14080 Ciudad de México, México.

³ Facultad de Psicología, Av. Universidad 3004, Col. Copilco-Universidad, Coyoacán, 04510 Ciudad de México, México.



was a prediction explained solely by anxiety. Discussion. The results indicate differences between women and men, which add to the need to develop specific mental health parameters based on the sex-gender criterion.

Key words: Anxiety; Depression; ADHD; University students.

Recibido:18/02/2022

Aceptado:10/08/2022

Las dificultades de atención y concentración en la población juvenil son muy frecuentes y tienen diversas causas, siendo una de las más importantes el trastorno por déficit de atención del adulto (TDA-A en lo sucesivo) (Merikangas *et al.*, 2010; Miller *et al.*, 2013). En algunos estudios epidemiológicos extensos se ha encontrado que al menos dos terceras partes de los casos de TDA infantil persisten con dificultades clínicas y cognitivas en la vida adulta (Kessler *et al.*, 2010). Otras investigaciones muestran que alrededor de 25% de los casos identificados en la juventud o la adultez no fueron detectados oportunamente en la infancia o la adolescencia (Turgay *et al.*, 2012).

Los jóvenes con TDA-A muestran un menor nivel de escolaridad (32% no llega a terminar el bachillerato), baja eficiencia laboral, mayor deserción laboral, despidos frecuentes y un alto grado de dificultad en la interacción social (Barkley *et al.*, 2006). Algunas de estas características también se han identificado en sociedades con un alto nivel socioeconómico, como Japón (Kirino *et al.*, 2015), Noruega (Anker *et al.*, 2018) o Suiza (Estévez *et al.*, 2014). En diversos estudios con neuroimagen funcional se ha encontrado que las anomalías neurofuncionales observadas en la infancia pueden persistir hasta la adultez (Cortese *et al.*, 2013; McCarthy *et al.*, 2013; Sato *et al.*, 2012). Algunos metanálisis han mostrado que el índice de persistencia sindromática en adultos con diagnóstico infantil de TDA-A es bajo (15% a la edad de 25 años), pero el de la persistencia sintomática (sujetos que se encuentran en un nivel subumbral) es mucho mayor en los criterios del TDA-A: 65%. Si

bien las personas ya no cumplan algunos criterios diagnósticos, siguen teniendo dificultades en su vida diaria (Faraone *et al.*, 2006).

La prevalencia estimada de TDA-A en sujetos de 18 a 44 años de edad es de 4% de la población general (Merikangas *et al.*, 2010). En México, en el año 2015 se contabilizaban 3.6 millones de estudiantes universitarios (Instituto Nacional de Geografía y Estadística [INEGI], 2015), y en 2019 se estimaban ya 3.8 millones en programas presenciales (Organization for Economic Cooperation and Development [OECD], 2019), de los cuales hasta 150 mil (4%) satisfacían suficientes criterios como para ser diagnosticados con TDA-A; sin embargo, un número cercano al doble (300 mil) manifestaban datos sintomáticos (subclínicos), con las consecuentes dificultades en su desempeño laboral, vocacional y académico, lo que genera una calidad de vida más pobre (Barkley y Murphy, 2010; Stern *et al.*, 2017). Datos recientes muestran que los criterios de corte del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2015) podrían ser menos adecuados para detectar la citada condición en las mujeres (Guelzow *et al.*, 2017).

Comorbilidad en el TDA-A

En personas con TDA-A se reporta que la probabilidad de sufrir un trastorno comórbido es muy alta: 80% (Anker *et al.*, 2018; Kessler *et al.*, 2006); no obstante, las investigaciones realizadas en mujeres son aún escasas. Tun *et al.* (2016) efectuaron un metanálisis de 18 estudios (1,997 participantes) con niños y adolescentes para determinar la presencia y probabilidad de que los casos femeninos sufrieran comorbilidades. En las mujeres con TDA-A la probabilidad de sufrir ansiedad fue de 37.7 % (siendo de 13.9% la probabilidad reportada en población normativa), esto es, una probabilidad 3.2 mayor. En el caso de la depresión, la probabilidad es 4.2 veces mayor (10.3 vs. 2.9%); en los trastornos de conducta, es de 12.8% (9.4 veces), siendo el negativismo desafiante más de 5.6 veces el visto en dicha población. En aquellos con TDA-A, las comorbilidades más reportadas son el abuso de

drogas y los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Anker *et al.*, 2018). En un estudio llevado a cabo con 443 jóvenes universitarios de primer grado se encontró que las dos comorbilidades más frecuentes en el TDA-A eran la ansiedad y la depresión; las mujeres mostraron una probabilidad mayor de exhibir uno o más trastornos comórbidos que los hombres, principalmente depresión, debido a la elevada frecuencia de los trastornos depresivos, y en segundo lugar ansiedad (Anastopoulos *et al.*, 2018). En otro trabajo realizado con 548 adultos con TDA-A se halló que el trastorno con mayor frecuencia de comorbilidad en mujeres era la depresión mayor, y en los hombres el consumo de drogas. Un dato interesante fue que entre mayor era el nivel educativo, menor era la comorbilidad (Ankert *et al.*, 2018).

Ansiedad y depresión

La depresión y la ansiedad se encuentran entre los principales problemas de salud mental, no solo por su prevalencia sino por la cronicidad de las consecuencias psicológicas discapacitantes (Nandi *et al.*, 2009); en 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS) ubicó a la depresión como la tercera causa de discapacidad en el mundo, proyectando que en el 2030 podría llegar a ser la primera (Malhi y Mann, 2018), y en 2017 publicó los análisis comparativos de prevalencia por regiones en el mundo, reportando un promedio de prevalencia de los trastornos depresivos de 4.5%, y de 3.6% los de ansiedad (WHO, 2017).

La ansiedad es altamente comórbida con otras condiciones de salud mental. Al igual que en la depresión, las mujeres tienen hasta el doble de probabilidades que los hombres de padecer algún trastorno de ansiedad (Bandelow y Michaelis, 2015; Sassarini, 2016). La presencia de concurrencia (ambas condiciones clínicas en una misma persona) puede provocar por efecto sinérgico mayores dificultades de TDA-A (Hill *et al.*, 2008).

El enfoque dimensional en salud mental

En el año 2008, los Institutos Nacionales de Salud Mental de los Estados Unidos de América (NIMH)

iniciaron un macroproyecto para el cambio de paradigma en el estudio de la salud mental, ya que las evidencias científicas no apoyan el planteamiento dicotómico de presencia-ausencia de patología, esto es, de que hay sujetos normales y sujetos con patología. Los enfoques dimensionales han mostrado que desde la salud total hasta el TDA hay un progresivo acercamiento en el que las características clínicas se suman o exacerban a medida que los sujetos cumplen los requisitos de un diagnóstico psiquiátrico (Shaw *et al.*, 2011). Se advierte que, debido al enfoque dicotómico, un alto porcentaje de personas con condiciones subclínicas no reciben una adecuada caracterización científica ni clínica, y menos un tratamiento profesional, por lo que el estudio de las características de muestras comunitarias permitirá una mejor comprensión de las relaciones entre dimensiones relevantes, como por ejemplo de ansiedad, depresión y TDA-A.

Detección de TDA-A

Una de las escalas de tamizaje utilizadas para la detección del TDA-A es la ASRS-V1.1 (Kessler *et al.*, 2005), la cual se basa en los criterios DSM-5-TR y cuenta con dos variantes: un cribado de seis ítems y un autorreporte de dieciocho. En diversos estudios se ha utilizado este instrumento y se han encontrado porcentaje altos de indicadores clínicos: México, 60%; Italia, 43% y Estados Unidos, 46%; se considera que la escala es sensible a las dificultades de atención provocadas no únicamente por el TDA-A, sino también por otras condiciones de salud mental, como la ansiedad (Reyes *et al.*, 2013). Dicha escala ha sido validada en población universitaria en México por Reyes *et al.* (2009), quienes han determinado sus diversas propiedades psicométricas.

Los criterios clínico-conductuales del TDA-A no establecen diferencias entre hombres y mujeres, a pesar de que diversas investigaciones han encontrado diferencias significativas. En una de las más recientes, efectuada con 40 mil sujetos con TDA-A, se encontraron diversas diferencias clínico-psiquiátricas, por ejemplo un mayor nivel de dificultades emocionales en las mujeres (Solberg *et al.*, 2018). El TDA-A en ellas es aún más sub-

diagnosticado y subtratado que en los varones, ya que todavía no se desarrolla un consenso científico que identifique de forma específica las características clínicas y neuropsicológicas-cognitivas del trastorno en estas (Ankert *et al.*, 2018).

Con base en la literatura correspondiente, los presentes autores plantean la hipótesis de que, las características de correlación e interacción entre los síntomas de TDA-A, ansiedad y depresión en muestras comunitarias son diferentes en las mujeres que en los varones.

Así, el objetivo general de este trabajo fue estudiar la presencia de síntomas de TDA-A, ansiedad, y depresión en una muestra representativa de estudiantes universitarios, siendo los objetivos específicos contrastar las diferencias entre mujeres y hombres en la frecuencia, correlación entre los síntomas autorreportados en estas tres condiciones y sus efectos diferenciados como variables independientes en cada sexo, haciendo énfasis en la población femenina debido a la imprecisión actual de los parámetros TDA-A en esta. La meta principal fue obtener datos sobre la relación de los síntomas TDA-A, ansiedad y depresión, de forma dimensional y en población comunitaria, principalmente femenina.

MÉTODO

Enfoque y diseño de la investigación

El enfoque-paradigma en que se desarrolló esta investigación fue el denominado dimensional-comunitario, con diseño de caracterización correlacional y predictivo (no experimental).

La muestra se obtuvo de la comunidad de estudiantes de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí (UASLP). El tamaño se determinó por medio del software EPIDAT (4.1), para lo cual se estableció una proporción esperada de 50%, con un nivel de confianza de 95%. El cálculo indicó un mínimo de 380 participantes (190 participantes por sexo). El muestreo se realizó por medio de visitas aleatorias de invitación a las diversas aulas. Los criterios de inclusión fueron el ser estudiantes universitarios en activo, de 18 a 24 años de edad. Se excluyeron aquellos casos con antecedentes

o con condiciones neurológicas (epilepsia, traumatismo craneoencefálico, etc.), eliminándose a quienes no concluyeron toda la evaluación.

Procedimiento

Etapa 1. Aplicación del cuestionario de cribado (seis ítems) del adulto ASRSV1.1 (Kessler *et al.*, 2005), para lo que se identificaron los casos con puntajes iguales o mayores a 4 puntos, a quienes se les invitó a participar en la segunda parte del estudio.

Etapa 2. A los estudiantes que aceptaron participar se les aplicaron el cuestionario de autoinforme de dieciocho ítems ASRS-v1.1 (Kessler *et al.*, 2005), el Inventario de Ansiedad de Beck (*cf.* Robles *et al.*, 2001), y el Inventario de depresión de Beck (*cf.* González *et al.*, 2015).

Los datos se analizaron por medio del coeficiente alfa de Cronbach (α) para evaluar la consistencia interna del instrumento para esta muestra, la correlación de Pearson, un análisis de varianza y uno de regresión lineal.

RESULTADOS

En la etapa 1 se incluyeron 575 estudiantes (319 mujeres, 256 hombres) con promedio de edad de 19.96 (D.E.= 1.41), y 14.05 años de escolaridad (D.E. = 1.70), equivalentes al segundo año de estudios universitarios. Esta muestra inicial alcanzó un valor promedio de 2.97 indicadores (media de 3, moda de 3); 203 participantes presentaron 4 puntos o más (35.30% de la muestra), a quienes se invitó a participar en la investigación. En la etapa 2 aceptaron participar 110 estudiantes (70 mujeres y 40 hombres), lo que representa 54.18% de los probables casos, y 19.13% de toda la muestra de tamizaje.

Como primer análisis, para determinar la consistencia de las respuestas, se calculó un α con los resultados de toda la muestra, y luego por sexo (Tabla 1). Los valores obtenidos se encuentran dentro de parámetros aceptables.

En la Tabla 2 se presentan los valores descriptivos y de correlación de las tres pruebas.

Tabla 1. Valores de consistencia interna (alfa de Cronbach).

Ítem	Toda la muestra N = 110		Mujeres N = 70		Hombres N = 40	
	Puntajes	Ítem borrado	Puntajes	Ítem borrado	Puntajes	Ítem borrado
1	2.59	.863	2.61	.851	2.56	.882
2	2.82	.859	2.87	.852	2.74	.874
3	2.69	.865	2.68	.851	2.44	.888
4	3.14	.864	3.17	.853	3.08	.884
5	3.44	.864	3.48	.851	3.38	.885
6	2.35	.861	2.14	.848	2.72	.879
7	2.49	.863	2.42	.852	2.62	.881
8	3.22	.860	3.25	.850	3.18	.879
9	2.25	.856	2.48	.842	1.85	.879
10	2.72	.857	2.93	.844	2.36	.880
11	3.13	.854	3.09	.840	3.21	.875
12	1.67	.857	1.70	.849	1.62	.872
13	2.95	.858	3.03	.845	2.82	.881
14	2.09	.860	2.14	.847	2.00	.882
15	2.31	.862	2.42	.850	2.10	.882
16	2.07	.856	2.12	.842	2.00	.879
17	2.06	.861	2.30	.852	2.13	.878
18	2.05	.852	2.70	.841	2.03	.871
Total		.866		.855		.886

Tabla 2. Resultados descriptivos y de correlación.

	Toda la muestra	Mujeres	Prueba <i>t</i>	Hombres
TDA-A				
Media clínica	12.19 (3.85)	12.06 (3.90)	<i>p</i> = .549	12.65 (3.76)
Media puntaje	46.14 (10.79)	46.59 (10.11)	<i>p</i> = .556	45.28 (11.09)
Mediana	48.00	48.00		46.00
Moda	49	49		44
Normalidad (K-S)	.001	.001		.056
Ansiedad				
Media	23.71 (13.18)	24.39 (13.85)	<i>p</i> = 4.69	22.42 (11.86)
Mediana	23.00	25.00		18.50
Moda	14	14		18
Normalidad (K-S)	.008	.200		.053
Depresión				
Media	21.56 (10.74)	21.58 (11.38)	<i>p</i> = 9.81	21.53
Mediana	20.00	20.00		20.00
Moda	20	18		20
Normalidad (K-S)	.040	.016		.200
Correlaciones				
Ansiedad-depresión	<i>r</i> = .599, <i>p</i> = .000	<i>r</i> = .641, <i>p</i> = .000		<i>r</i> = .547, <i>p</i> = .001
Ansiedad/TDA-A	<i>r</i> = .369, <i>p</i> = .000	<i>r</i> = .281, <i>p</i> = .019		<i>r</i> = .503, <i>p</i> = .002
Depresión/TDA-A	<i>r</i> = .221, <i>p</i> = .024	<i>r</i> = .200, <i>p</i> = .099		<i>r</i> = .299, <i>p</i> = .077

En dicha tabla se puede observar que la media del puntaje clínico en la escala ASRS en todas las agrupaciones se encuentran en el puntaje 12, lo que es óptimo para el enfoque dimensional de esta investigación. No se hallaron diferencias entre mujeres y hombres en las medias de los puntajes totales de los tres instrumentos. La correlación ansiedad-depresión es alta en los tres tipos de agrupación. En las mujeres, la correlación ansiedad- TDA-A es

moderada-baja, y en los hombres es moderada-alta. La correlación depresión- TDA-A solo es significativa en la muestra total.

Regresión lineal. En la Tabla 3 se puede observar que las características de los 110 participantes muestran resultados significativos, aunque una varianza explicada muy baja, la cual se explica únicamente por la variable ansiedad. La variable depresión no contribuye significativamente.

Tabla 3. Regresión lineal para síntomas de TDA-A (predictores: ansiedad y depresión).

Grupos	Dependiente	Predictores	
		TDA-A	Ansiedad
Toda la muestra			
Varianza explicada	$r^2 = .136$		
Estadístico F	$F = 8.055, < p = .001$		
Coefficientes parciales		.303	.000
Coefficientes estándar		.370	.000
Prob. coeficientes		$p = .002$	$p = .997$
Durbin-Watson	.741		
Mujeres			
Varianza explicada	$r^2 = .080$		
Estadístico F	$F = 2.860, p = .064$		
Coefficientes parciales		.190	.030
Coefficientes estándar		.260	-.033
Prob. Coeficientes		$p = .096$	$p = .828$
Durbin-Watson	.193		
Hombres			
Varianza explicada	$r^2 = .252$		
Estadístico F	$F = 6.887, p = .003$		
Coefficientes parciales		.550	.009
Coefficientes estándar		.539	.007
Prob. Coeficientes		$p = .006$	$p = .966$
Durbin-Watson	1.278		

En la muestra de mujeres los resultados no son significativos, y en la de los hombres, con apenas 40 participantes, el resultado es significativo, con un mayor porcentaje de la varianza explicada en toda la muestra, y solamente por la variable ansiedad, lo que sugiere que el grupo de las mujeres es el que anula el efecto de las diferencias en la muestra total.

Concurrencia ansiedad-depresión. Al considerar los casos que presentaron los puntajes más altos en ambas dimensiones clínicas, la muestra se dividió en tres grupos: Sujetos con puntajes bajos, Sujetos con puntajes moderados y Sujetos con

puntajes más altos (rangos severo y alto). Cuando un individuo presentaba un puntaje alto-severo y un puntaje moderado, se le incluía en el grupo 3. Si la persona presentaba un puntaje moderado y uno bajo, se incorporaba al grupo 2. En la tabla 4 se puede observar que la clasificación de los sujetos por la concurrencia ansiedad-depresión no modifica el valor promedio de TDA-A en ninguna de las tres agrupaciones (todos los sujetos, mujeres y hombres). El resultado del ANOVA de un factor no fue significativo en ninguno de los tres casos ni, como era de esperarse, en la ansiedad y en la depresión.

Tabla 4. ANOVA de un factor por concurrencia ansiedad-depresión.

Concurrencia	Muestra total	Mujeres	Hombres
TDA-A			
Baja	12.19 (4.13)	11.78 (4.30)	13.44 (3.54)
Moderada	12.07 (3.61)	12.71 (3.53)	9.83 (3.18)
Alta	12.31 (3.84)	11.76 (3.80)	14.60 (3.43)
ANOVA	F = .024, p = .977	F = .042, p = .659	F = 3.131, p = .070
Ansiedad			
Baja	11.71 (5.12)	10.96 (5.70)	13.14 (3.55)
Moderada	24.48 (6.17)	26.43 (5.63)	21.08 (5.76)
Alta	38.77 (9.73)	39.62 (9.36)	37.34 (10.56)
ANOVA	F = 129.355, p = .000	F = 100.226, p = .000	F = 35.305, p = .000
Depresión			
Baja	13.34 (6.95)	13.40 (3.50)	14.08 (3.50)
Moderada	21.36 (6.97)	20.71 (8.66)	22.50 (9.78)
Alta	32.65 (5.54)	33.48 (5.33)	30.90 (5.84)
ANOVA	F = 61.778, p = .000	F = 42.829, p = .000	F = 18.721, p = .000

DISCUSIÓN

La exploración de indicadores de cribado para TDA-A en esta muestra comunitaria de estudiantes universitarios presentó que 35.85% de la muestra obtuvo indicadores suficientes para un probable TDA-A. Diversos estudios han reportado porcentajes altos (incluso más altos) (por ejemplo: Kessler *et al.*, 2005) ya que las dificultades de atención-concentración no solo aparecen en dicha condición, sino también en otras condiciones de salud mental: ansiedad por el desempeño académico (Chang *et al.*, 2017), falta de higiene del sueño, estado de ánimo, ansiedad, depresión o fobia social, entre otras (Kessler *et al.*, 2010). De estos 110 casos, 34.28% de las mujeres (24 casos) y 35% de hombres (14 casos) obtuvieron menos de 12 puntos en la ASRSV1.1, situación que ocurre con frecuencia entre ambas escalas, pues algunos casos que obtienen 4 puntos en la escala de tamizaje no alcanzan los 12 puntos en la escala de 18 ítems (Reyes *et al.*, 2009; Reyes *et al.*, 2013).

Síntomas ansiedad-depresión. Los resultados de la correlación en los tres tipos de agrupamiento (todos los participantes, mujeres, hombres) muestran valores altos. Este tipo de resultados ha sido ampliamente reportado: ambas condiciones coexisten con una frecuencia de alta a muy alta (Ass-

man *et al.*, 2018). En esta muestra, los valores más altos los presentó el grupo de mujeres.

Síntomas TDA/ansiedad. En la muestra conjunta se obtuvieron resultados de correlación moderados; destaca que en las mujeres hubo valores bajos, y a pesar de ser una muestra menor, en el grupo de hombres se alcanzaron los valores más altos de correlación.

TDA/depresión. A pesar de presentar valores bajos de correlación con toda la muestra, en la desagregación por sexo se obtuvieron resultados no significativos.

Síntomas de ansiedad y depresión como predictores de síntomas de TDA-A. Los síntomas de depresión en los tres tipos de agrupamiento de los participantes no predicen los de TDA-A. En los hombres, fue la ansiedad la variable que predice los síntomas de TDA-A. El hallazgo más importante en las mujeres fue que ninguna de las variables independientes (ansiedad/depresión) explicó los puntajes de TDA-A, lo que implica, en esta muestra comunitaria, constructos diferentes con base en el sexo. En los jóvenes con TDA-A de primer año se encontró el doble de prevalencia de comorbilidad que en la población comunitaria (*cf.* Weyandt *et al.*, 2017). En la literatura relativa a los casos confirmados con TDA-A se reportan altas tasas de comorbilidad: hasta 80% manifiesta al menos una

condición comórbida, y más de 50% dos o más. Las más frecuentes son la ansiedad (47%) y las alteraciones del estado de ánimo (38%) (Anastopoulos *et al.*, 2018; Anker *et al.*, 2018). En un metaanálisis de 18 estudios de TDAH en niñas y adolescentes, Tung *et al.* (2016) encontraron una menor tasa de comorbilidad con ansiedad en la población comunitaria que en la población clínica, lo que implica constructos diferentes en ambos tipos de población. Estas investigaciones se pueden contrastar con los resultados aquí presentados, ya que el promedio de edad de la presente muestra fue de 19 a 20 años.

Correlación síntomas TDA-A /depresión. A pesar de que la muestra total correlaciona significativamente, nuestros datos sugieren que el estado de ánimo no es un moderador para probable TDA-A en mujeres jóvenes universitarias de población comunitaria. En un estudio efectuado con 548 adultos con TDA-A (balanceados por sexo), Anker *et al.* (2018) encontraron que el trastorno comórbido más frecuente fue la depresión mayor en ambos sexos, seguido por el uso de sustancias (principalmente en hombres) y la fobia social. Los resultados por sexo indican que la expresión de síntomas de TDA-A no se acompaña ni se predice por características de depresión, lo que sugiere un constructo diferente en la población comunitaria que en la clínica.

Los datos encontrados en este trabajo indican, al igual que en la literatura más reciente (Solberg *et al.*, 2018), que en la población comunitaria femenina las dificultades clínicas de atención/concentración y su relación/constructo con las dos condiciones de salud mental más frecuentes en el mundo (ansiedad y depresión) manifiestan una naturaleza psicológica diferente que la de la población masculina. La alta correlación entre los indicadores de ansiedad y depresión de la presente muestra, así como los valores de consistencia interna, apoyan la validez de estos resultados.

Una de las explicaciones de la diferencia entre la población comunitaria y la clínica es que las personas con TDA-A (con diagnóstico confirmado) exhiben diversas alteraciones neuropsicológicas y cerebrales que no se limitan a los circuitos cerebrales atencionales y de los procesos neuropsi-

cológicos que soportan la atención (Castellanos y Proal, 2018); tal condición podría potenciar la aparición de comorbilidades como ansiedad, depresión o adicciones, entre otras (Rubia, 2018), en tanto que las personas que pertenecen a muestras comunitarias que experimentan dificultades de atención tienen una menor probabilidad de sufrir alteraciones neuropsicológicas, por lo que sus dificultades de atención-concentración tienen menos relación con la ansiedad, y menos aún con la depresión. En estudios que han controlado los rasgos de personalidad se ha visto que las dificultades (autorreportadas) de control atencional se vinculan principalmente con características de la regulación emocional, el neuroticismo y la conciencia exacerbada (Williams *et al.*, 2017).

Concurrencia ansiedad-depresión. En ninguna de las tres condiciones (baja, moderada y alta), la agrupación por concurrencia produce un efecto significativo en los síntomas reportados de TDA-A. Resultados similares fueron encontrados por Hill *et al.* (2008) en una muestra comunitaria de 246 jóvenes con bajo rendimiento escolar. En dicho estudio, además de las escalas clínicas se utilizaron pruebas cognitivas, como el CPT (atención continua). Los autores concluyen que las dificultades de desempeño atencional en la población comunitaria son un epifenómeno de síntomas (autorreportados) de ansiedad y depresión.

En conclusión, los resultados aquí presentados abonan a la literatura internacional (Hill *et al.*, 2008; Tung *et al.*, 2016; Williams *et al.*, 2017) en muestras comunitarias: tanto la percepción del rendimiento atencional como el rendimiento cognitivo atencional no están determinados de forma relevante por la ansiedad o la depresión o por su concurrencia, que representan epifenómenos. La contribución adicional es la diferenciación que se hace entre mujeres y hombres.

Estas evidencias abonan igualmente a la literatura que destaca tres retos futuros: *a)* la importancia de desarrollar constructos diferenciados de TDA-A, ansiedad y depresión en mujeres y hombres, *b)* el desarrollo de instrumentos cuyo constructo de inicio se enfoque al género femenino, y *c)* la importancia de estudiar la población comunitaria para conocer y comprender a partir de

modelos propios (no solamente desde los casos clínicos) la forma en que se correlacionan con otras condiciones de salud mental, como la an-

siedad y la depresión, tanto de forma individual como concurrente.

Citación: Navarro-Calvillo, M.E., Flores-Lázaro, J.C., Medrano, E., Bustos-Rojas N.D. y Zapata-Enríquez, L.R. (2023). Síntomas de déficit de atención, ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*, 33(2), 455-465. <https://doi.org/10.25009/pys.v33i2.2827>.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2015). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington, D.C.: APA.
- Anker, E., Bendiksen, B. y Heir, T. (2018). Comorbid psychiatric disorders in a clinical sample of adults with ADHD, and associations with education, work and social characteristics: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(3), e019700. Doi: 10.1136/bmjopen-2017-019700.
- Bandelow, B. y Michaelis, S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 327-335. <https://doi.org/10.31887/deDCNS.2015.17.3.debbandelow>.
- Barkley, R.A., Fischer, M., Smallish, L. y Fletcher, K. (2006). Young adult outcome of hyperactive children: adaptive functioning in major life activities. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(2), 192-202
- Barkley, R.A. y Murphy, K.R. (2010). Impairment in occupational functioning and adult ADHD: the predictive utility of executive function (EF) ratings versus EF tests. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 25(3), 157-173. Doi: 10.1093/arclin/deq014.
- Castellanos, F.X. y Proal, E. (2018). Large-scale brain systems in ADHD: beyond the prefrontal-striatal model. *Trends in Cognitive Science*, 16(1), 17-26. Doi: 10.1016/j.tics.2011.11.007.
- Chang, Z., Quinn, P.D., Hur, K., Gibbons, R.D., Sjölander, A., Larsson, H. y D'Onofrio, B.M. (2017). Association between medication use for attention-deficit hyperactivity disorder and risk of motor vehicle crashes. *JAMA Psychiatry*, 174(6), 597-603. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.
- Cortese, S., Imperati, D., Zhou, J., Proal, E., Klein, R.G., Mannuzza, S., Ramos O., M.A., Milham, M.P., Kelly, C. y Castellanos, F.X. (2013). White matter alterations at 33-year follow-up in adults with childhood attention-deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 15(74), 591-598. Doi: 10.1016/j.biopsych.2013.02.025.
- Estévez, N., Eich-Höchli, D., Dey, M., Gmel, G., Studer, J. y Mohler-Kuo, M. (2014). Prevalence of and associated factors for adult attention deficit hyperactivity disorder in young Swiss men. *PLoS One*, 20(9), e89298. Doi: 10.1371/journal.pone.0089298.
- Faraone, S.V., Biederman, J. y Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36(2), 159-165.
- González, D.A., Reséndiz R., A. y Reyes L., I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud Mental*, 38(4), 237-244.
- Hill, B.D., Smitherman, T.A., Pella, R.D., O'Jile, J.R. y Gouvier, W.D. (2008). The relation of depression and anxiety to measures of attention in young adults seeking psychoeducational evaluation. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23, 823-830.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). *Encuesta intercensal*. Ciudad de México. INEGI. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx> de programas de intercensal de 2015.
- Kessler, R.C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M.J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T.B. y Walters, E.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.
- Kessler, R.C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Connors, C.K., Demler, O., Faraone, S.V., Greenhill, L.L., Howes, M.J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T.B., Walters, E.E. y Zaslavsky, A.M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716-723.
- Kessler, R.C., Green, J.G., Adler, L.A., Barkley, R.A., Chatterji, S., Faraone, S.V., Finkelman, M., Greenhill, L.L., Gruber, M.J., Jewell, M., Russo, L.J., Sampson, N.A. y Van Brunt, D.L. (2010). Structure and diagnosis of adult attention-deficit hyperactivity disorder: Analysis of expanded symptom criteria from the Adult ADHD Clinical Diagnostic Scale. *Archives of General Psychiatry*, 67(11), 1168-1178.
- Kirino, E., Imagawa, H., Goto, T. y Montgomery, W. (2015). Sociodemographics, comorbidities, healthcare utilization and work productivity in Japanese patients with adult ADHD. *PLoS One*, 6(10), 7, e0132233. Doi: 10.1371/journal.pone.0132233.

- Malhi, G.S. y Mann, J.J. (2018). Depression. *Lancet*, 24(392), 2299-2312. Doi: 10.1016 de S0140-6736(18)31948-2.
- Merikangas, K.R., He, J.P., Burstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S., Cui, L., Benjet, C., Georgiades, K. y Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989. Doi: 10.1016 de j.jaac.2010.05.017.
- Nandi, A., Bears, R.B. y Galea, S. (2009). Epidemiologic heterogeneity of common mood and anxiety disorders over the life-course in the general population: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 1(9), 31. Doi: 10.1186 de 1471-244x-9-31.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) (2019). *Education at a glance*. Paris: OECD. Recuperado de <http://www.oecd.org/education-at-a-glance/de/EAG2019>.
- Reyes Z., E., Cárdenas G., E.M., García V., K.L., Aguilar O., N.C., Medina J., V. et al. (2009). Validación de constructo de la escala de autorreporte del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en el adulto de la Organización Mundial de la Salud en población universitaria mexicana. *Salud Mental*, 32(s1), 69-75.
- Reyes Z., E., García V., K.L. y Palacios C., 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).
- Robles G., R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). The Mexican version of Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties. *Revista Mexicana de Psicología*, 18(2), 211-218.
- Rubia, K. (2018). Cognitive neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and its clinical translation. *Frontiers in Human Neuroscience*, 29(12), 100. Doi: 10.3389 de fhum.2018.00100.
- Sassarini, D.J. (2016). Depression in midlife women. *Maturitas*, 94, 149-154. Doi: 10.1016 de j.maturitas.2016.09.004.
- Sato, J.R., Hoexter, M.Q., Castellanos, X.F. y Rohde, L.A. (2012). Abnormal brain connectivity patterns in adults with ADHD: a coherence study. *PLoS One*, 7(9), e45671. Doi: 10.1371 de journal.pone.0045671.
- Shaw, P., Gilliam, M., Liverpool, M., Weddle, C., Malek, M., Sharp, W., Greenstein, D., Evans, A., Rapoport, J. y Giedd, J. (2011). Cortical development in typically developing children with symptoms of hyperactivity and impulsivity: support for a dimensional view of attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 168(2), 43-51. Doi: 10.1176 de appi.ajp.2010.10030385.
- Solberg, B.S., Halmøy, A., Engeland, A., Iglund, J., Haavik, J. y Klungsøyr, K. (2018). Gender differences in psychiatric comorbidity: a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(3), 176-186. Doi: 10.1111 de acps.12845.
- Stern, A., Pollak, Y., Bonne, O, Malik, E. y Maeir, A. (2017). The relationship between executive functions and quality of life in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 21(4), 323-330. Doi: 10.1177 de 1087054713504133.
- Tung, I., Li, J.J., Meza, J.I., Jezior, K.L., Kianmahd, J.S., Hentschel, P.G., O'Neil, P.M. y Lee, S.S. (2016). patterns of comorbidity among girls with ADHD: a meta-analysis. *Pediatrics*, 138(4), e20160430. Doi: 10.1542 de peds.2016-0430.
- Turgay, A., Goodman, D.W., Asherson, P., Lasser, R.A., Babcock, T.F., Pucci, M.L. y Barkley, R. (2012). ADHD Transition phase model working group. Lifespan persistence of ADHD: the life transition model and its application. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(2), 192-201. Doi: 10.4088 de JCP.10m06628.
- Weyandt, L.L., Oster, D.R., Gudmundsdottir, B.G., DuPaul, G.J., Anastopoulos, A.D. (2017). Neuropsychological functioning in college students with and without ADHD. *Neuropsychology*, 31(2), 160-172. Doi: 10.1037 de neu0000326.
- World Health Organization (2017). *Depression*. Geneva: WHO. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

APÉNDICE

Criterios de clasificación para la severidad y la concurrencia

Severidad	Ansiedad	Depresión	Grupo
Bajo	Bajo	Bajo	1
	Bajo	Moderado	1
	Moderado	Bajo	1
Moderado	Moderado	Moderado	2
	Bajo	Alto	2
	Alto	Bajo	2
Alto	Alto	Alto	3
	Alto	Moderado	3
	Moderado	Alto	3