



Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana

**Comorbilidades psiquiátricas y características sociodemográficas en
adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad
atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III
Yanahuara, Arequipa, 2025**

Tesis presentada por:

Alpaca Riveros, Alejandra Sophia

ORCID: 0009-0003-1885-0230

para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesora:

Dra. Quiñones Hermosa, Angela Griselda

ORCID: 0000-0003-0721-6966

Arequipa – Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 22 de Mayo del 2026

Dictamen: 018073-C-EPMH-2026

Visto el borrador del expediente 018073, presentado por:

2019145012 - ALPACA RIVEROS ALEJANDRA SOPHIA

Titulado:

**COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN
ADOLESCENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD ATENDIDOS
EN CONSULTA EXTERNA DEL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL III YANAHUARA,
AREQUIPA, 2025**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

**29220477 - LINARES MORANTE LUIS FERNANDO
DICTAMINADOR**



**29294182 - ALVARADO DUEÑAS ERVIS FELIPE
DICTAMINADOR**



**07498994 - MARTINEZ MONTES JOSE CARLOS
DICTAMINADOR**



COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN ADOLESCENTES CON TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DEL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPIT

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

5%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

5%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Católica de Santa
María

Trabajo del estudiante

2%

2

www.dspace.uce.edu.ec

Fuente de Internet

1%

3

www.repositorio.unach.edu.pe

Fuente de Internet

1%

4

repositorio.unsa.edu.pe

Fuente de Internet

1%

5

repositorio.uflo.edu.ar

Fuente de Internet

1%

6

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

< 1%

DEDICATORIA

A mi madre, enfermera, mi origen y mi mayor admiración; porque en sus manos aprendí que sanar no siempre es curar, sino acompañar con amor.

Fue su vocación la que encendió la mía, su entrega la que me mostró el camino, y su ejemplo el que me sostuvo incluso en los días en que dudé de mí.

Si hoy elijo la medicina, es porque primero aprendí a amar a través de ella.

A los niños y padres con TDAH, por enseñarme que la medicina no está solo en los libros, sino en la paciencia infinita, en las miradas que piden comprensión y en el amor que nunca se rinde.

Ustedes le dieron sentido humano a mi formación y me recordaron, una y otra vez, por qué decidí quedarme.

Al Hospital III Goyeneche, escenario de mis días más intensos, de mis aprendizajes más profundos y del nacimiento real de mi vocación.

Entre sus pasillos dejé miedos, crecí, dudé, caí y volví a levantarme, pero sobre todo, fui inmensamente feliz.

Ahí comprendí que la medicina no se estudia, se vive.

A la Dra. Carla Málaga, psiquiatra y docente, por enseñarme que detrás de cada diagnóstico hay una historia que merece ser escuchada.

Porque más allá de la ciencia, me enseñó a mirar con sensibilidad, a escuchar con el alma y a entender que la verdadera medicina comienza cuando somos capaces de ver al ser humano en su totalidad.

Su enseñanza no solo formó a una estudiante, sino que transformó a una persona.

Y a todas las personas que estuvieron presentes a lo largo de este proceso, especialmente a mis amigos, por sostenerme cuando las fuerzas faltaban, por creer en mí incluso cuando yo dudaba, y por recordarme, una y otra vez, que rendirme nunca fue una opción.

En su compañía encontré refugio, y en su apoyo, el impulso para continuar.

AGRADECIMIENTOS

A la Virgen de la Candelaria, por iluminar mi camino, sostener mi fe y acompañarme en cada paso de este proceso.

A mi asesor(a) y a los dictaminadores, por su guía, dedicación y valiosos aportes que hicieron posible este trabajo.

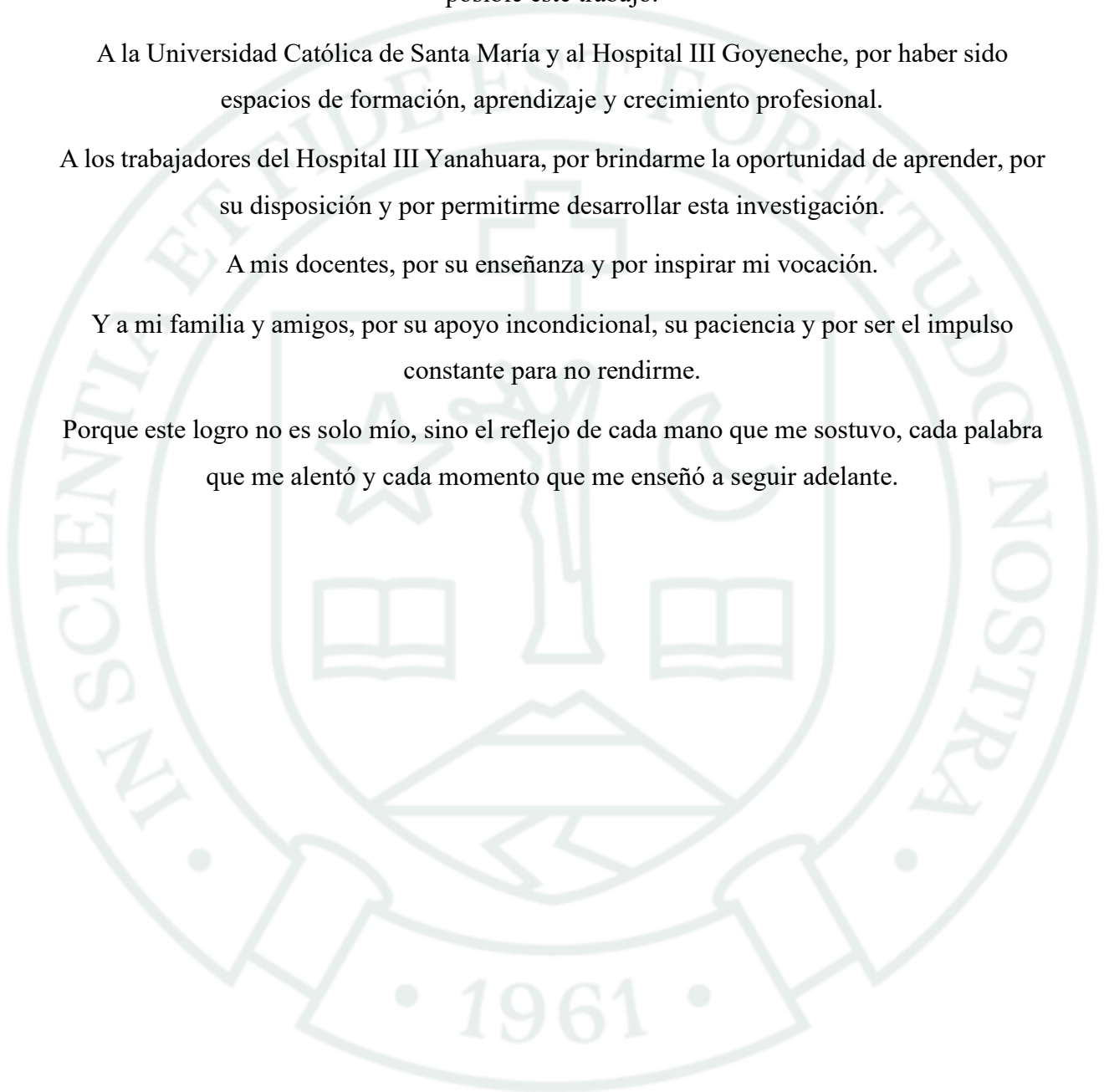
A la Universidad Católica de Santa María y al Hospital III Goyeneche, por haber sido espacios de formación, aprendizaje y crecimiento profesional.

A los trabajadores del Hospital III Yanahuara, por brindarme la oportunidad de aprender, por su disposición y por permitirme desarrollar esta investigación.

A mis docentes, por su enseñanza y por inspirar mi vocación.

Y a mi familia y amigos, por su apoyo incondicional, su paciencia y por ser el impulso constante para no rendirme.

Porque este logro no es solo mío, sino el reflejo de cada mano que me sostuvo, cada palabra que me alentó y cada momento que me enseñó a seguir adelante.



RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes y su relación con las características sociodemográficas de los adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, durante el año 2025. Asimismo, se buscó describir a los adolescentes según variables sociodemográficas e identificar la presencia de trastornos psiquiátricos como comorbilidades asociadas al diagnóstico de TDAH.

La metodología correspondió a un estudio de enfoque cuantitativo, de nivel correlacional, observacional, retrospectivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 59 adolescentes diagnosticados con TDAH, cuyos datos fueron obtenidos a partir de registros clínicos. Se analizaron variables sociodemográficas (edad, sexo) y comorbilidades psiquiátricas mediante estadística descriptiva, empleando frecuencias y porcentajes.

Los resultados evidenciaron que el 62.7% de los adolescentes pertenecían al grupo de 15 a 18 años, con ligera predominancia del sexo masculino (52.5%). En cuanto a las comorbilidades psiquiátricas, las más frecuentes fueron el trastorno de conducta (62.7%) y el trastorno depresivo (57.6%), seguidos del trastorno de ansiedad (45.8%) y los trastornos del sueño (39.0%). En contraste, se observó baja frecuencia de trastorno por uso de sustancias (1.7%), trastorno bipolar (1.7%) y trastorno del espectro autista (5.1%). Respecto a la relación con las características sociodemográficas, se encontró asociación estadísticamente significativa entre la edad y el trastorno depresivo ($p = 0.045$), los trastornos del sueño ($p = 0.048$) y otros trastornos ($p = 0.002$). Asimismo, el sexo se relacionó significativamente con el trastorno depresivo ($p = 0.041$), con mayor presencia en adolescentes mujeres. Por el contrario, no se encontró relación significativa entre los antecedentes familiares de TDAH u otros trastornos mentales ni la exposición prenatal a sustancias tóxicas con las comorbilidades psiquiátricas evaluadas, debido a que los valores p fueron mayores a 0.05.

Se concluye que las comorbilidades psiquiátricas son frecuentes en adolescentes con TDAH, principalmente el trastorno de conducta, depresivo, de ansiedad y del sueño. Además, la edad y el sexo se relacionaron significativamente con algunas comorbilidades, destacando el trastorno depresivo.

Palabras clave: Trastorno de conducta, comorbilidad psiquiátrica, adolescentes con TDAH.

ABSTRACT

The present study aimed to determine the most frequent psychiatric comorbidities and sociodemographic characteristics of adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) treated in the outpatient Psychiatry Department of Hospital III Yanahuara, Arequipa, during 2025. Likewise, it sought to describe adolescents according to sociodemographic variables and identify the presence of psychiatric disorders as comorbidities associated with the diagnosis of ADHD.

The methodology corresponded to a quantitative, descriptive, observational, and cross-sectional study. The population consisted of 59 adolescents diagnosed with ADHD, whose data were obtained from clinical records. Sociodemographic variables, including age and sex, as well as psychiatric comorbidities, were analyzed using descriptive statistics through frequencies and percentages.

The results showed that 62.7% of the adolescents belonged to the 15-to-18-year age group, with a slight predominance of males (52.5%). Regarding psychiatric comorbidities, the most frequent were conduct disorder (62.7%) and depressive disorder (57.6%), followed by anxiety disorder (45.8%) and sleep disorders (39.0%). In contrast, a low frequency of substance use disorder (1.7%), bipolar disorder (1.7%), and autism spectrum disorder (5.1%) was observed. Regarding the relationship with sociodemographic characteristics, a statistically significant association was found between age and depressive disorder ($p = 0.045$), sleep disorders ($p = 0.048$), and other disorders ($p = 0.002$). Likewise, sex was significantly associated with depressive disorder ($p = 0.041$), with a higher presence among female adolescents. In contrast, no significant relationship was found between family history of ADHD or other mental disorders, nor prenatal exposure to toxic substances, and the psychiatric comorbidities evaluated, since the p -values were greater than 0.05.

It is concluded that psychiatric comorbidities are frequent in adolescents with ADHD, mainly conduct disorder, depressive disorder, anxiety disorder, and sleep disorders. In addition, age and sex were significantly associated with some comorbidities, especially depressive disorder.

Keywords: Conduct disorder, psychiatric comorbidity, adolescents with ADHD.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	3
1. Problema de investigación.....	4
1.1. Determinación del problema.....	4
1.2. Enunciado del problema	5
1.3. Descripción del problema	5
1.4. Justificación del problema	7
1.5. Interrogantes de la investigación.....	9
1.6. Tipo de investigación	9
1.7. Nivel de investigación.....	9
1.8. Diseño de investigación	10
2. Objetivos	10
2.1. Objetivo general.....	10
2.2. Objetivos específicos	10
3. Marco teórico y conceptual	11
3.1. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)	11
3.2. Comorbilidad en Psiquiatría	16
3.3. Comorbilidades en adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.....	18
3.4. Revisión de antecedentes investigativos	23
4. Hipótesis.....	30

CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	31
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación	32
1.1. Técnicas	32
1.2. Instrumentos.....	32
1.3. Materiales de verificación.....	32
2. Campo de verificación.....	33
2.1. Ámbito	33
2.2. Temporalidad	33
2.3. Unidades de estudio	33
2.4. Ubicación espacial	33
2.5. Criterios de selección.....	33
3. Estrategia de recolección de datos	34
3.1. Organización	34
3.2. Recursos.....	35
3.3. Aspectos éticos.....	35
CAPÍTULO III RESULTADOS.....	37
DISCUSIÓN.....	45
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
ANEXOS.....	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables	6
Tabla 2 Comorbilidades psiquiátricas en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, 2025.....	38
Tabla 3 Características sociodemográficas de los adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, 2025	40
Tabla 4 Relación entre comorbilidades psiquiátricas y edad en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, 2025.....	41
Tabla 5 Relación entre comorbilidades psiquiátricas y sexo en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, 2025.....	42
Tabla 6 Relación entre comorbilidades psiquiátricas y antecedentes familiares de TDAH u otros trastornos mentales en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, 2025	43
Tabla 7 Relación entre comorbilidades psiquiátricas y exposición prenatal a sustancias tóxicas en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, 2025	44

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Carta para el Comité de Ética solicitando revisión de proyecto	59
Anexo 2 Dictamen favorable del Comité de Ética	60
Anexo 3 Ficha de recolección de datos	62
Anexo 4 Matriz de datos.....	64



INTRODUCCIÓN

El interés por el estudio de las comorbilidades asociadas al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) surge a partir de la experiencia de aproximación al campo clínico durante la formación académica en el área de la salud mental, específicamente en el contexto de la consulta externa del servicio de Psiquiatría. En dicho escenario, fue posible observar que los pacientes adolescentes diagnosticados con TDAH no suelen presentar este trastorno de manera aislada, sino que con frecuencia acuden a consulta por síntomas adicionales que complejizan su evaluación, abordaje terapéutico y seguimiento.

Durante el proceso exploratorio inicial que incluyó la revisión de historias clínicas, la observación de entrevistas psiquiátricas y el intercambio académico con profesionales del área se evidenció una marcada heterogeneidad en las manifestaciones clínicas de los adolescentes con TDAH. Esta diversidad parecía estar relacionada con la presencia de trastornos concomitantes, tales como alteraciones del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, dificultades del aprendizaje, los cuales se manifiestan con distinta intensidad durante esta etapa del desarrollo.

Asimismo, se identificó que, en la práctica clínica cotidiana, las comorbilidades psiquiátricas tienden a influir de manera significativa en el motivo de consulta y en la evolución del TDAH en adolescentes, generando mayores dificultades en el funcionamiento académico, familiar y social, así como en los procesos de adaptación propios de esta etapa. Sin embargo, esta realidad no siempre se encuentra sistematizada ni descrita de forma específica en el contexto local, lo que dificulta contar con información clara y actualizada sobre la magnitud y distribución de dichas comorbilidades, así como sobre las características sociodemográficas de la población adolescente atendida.

En este sentido, el proceso de exploración permitió reconocer la necesidad de describir de manera ordenada y objetiva las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes y las características sociodemográficas de los adolescentes con TDAH atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara. Este acercamiento inicial al problema orientó la formulación del presente estudio, con la intención de aportar información relevante que contribuya a una mejor comprensión clínica del TDAH durante la adolescencia y sirva como base para futuras investigaciones y estrategias de abordaje integral dentro del ámbito hospitalario.

Por lo tanto, el presente trabajo de investigación tiene como objetivo determinar las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes y analizar su relación con las características sociodemográficas de los adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, durante el año 2025.



CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Determinación del problema

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se reconoce como un trastorno que se presenta desde etapas tempranas y puede persistir hasta la adolescencia y la adultez, generando impacto en el rendimiento académico, el funcionamiento social y el desempeño laboral. A nivel epidemiológico, las estimaciones internacionales sitúan su prevalencia alrededor del 5% en estudios por encuesta, con variabilidad según el método diagnóstico y la población evaluada (1).

Sin embargo, en la práctica clínica, el TDAH rara vez se presenta de manera aislada. La evidencia científica coincide en que la comorbilidad es altamente frecuente y condiciona la forma de presentación clínica, la evolución del paciente y la complejidad del manejo terapéutico. En población pediátrica y adolescente, una revisión sistemática y metaanálisis reciente (121 estudios; 39 894 participantes con TDAH) identificó como comorbilidades más comunes el trastorno negativista desafiante (34,7%), los trastornos de conducta/comportamiento (30,7%), los trastornos de ansiedad (18,4%), y el trastorno disocial (10,7%), entre otros problemas clínicamente relevantes (2).

En adultos, el panorama se mantiene y suele intensificarse por el efecto acumulativo del trastorno a lo largo de la vida y por el solapamiento con síntomas afectivos, de ansiedad y consumo de sustancias. La literatura clínica reporta que alrededor del 70% de adultos con TDAH presenta al menos otro problema de salud mental, siendo particularmente frecuentes los trastornos de ansiedad (con reportes que llegan hasta ~50%) y depresión (con rangos reportados aproximadamente entre 18,6% y 53,3%) (3). Además, el vínculo entre TDAH y trastornos por uso de sustancias se considera un foco prioritario en psiquiatría por su asociación con peor pronóstico; en un metaanálisis en poblaciones con trastorno por uso de sustancias, se estimó que aproximadamente 1 de cada 5 pacientes con este problema también presenta TDAH (≈21%) (4).

En el contexto latinoamericano y nacional, se reconoce que el abordaje del TDAH se ve condicionado por la detección variable del diagnóstico y por la falta de caracterizaciones sistemáticas, especialmente cuando se desea diferenciar patrones por grupo etario dentro de un mismo servicio. En Colombia, también se ha señalado

la elevada coexistencia de comorbilidades en TDAH en documentos académicos y clínicos, reportándose que una proporción importante de pacientes puede presentar una o más comorbilidades de manera simultánea, lo que refuerza la necesidad de evaluaciones integrales y registros clínicos ordenados (5).

Por lo anterior, el problema de investigación se concreta en la necesidad de identificar y describir cuáles son las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes presentes en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), así como sus características sociodemográficas, en pacientes atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, durante el año 2025.

1.2. Enunciado del problema

Comorbilidades psiquiátricas y características sociodemográficas en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, 2025

1.3. Descripción del problema

1.3.1. Área del conocimiento

- Área General: Ciencias de la Salud
- Área Específica: Medicina Humana
- Área de Investigación: Psiquiatría clínica
- Línea de Investigación: Salud integral

1.3.2. Análisis u operacionalización de variables e indicadores

Tabla 1
Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADORES	UNIDAD / CATEGORÍA	ESCALA
Comorbilidades en pacientes con TDAH	Presencia de trastornos psiquiátricos	Trastorno de ansiedad	Nominal (Presente / Ausente)
		Trastorno depresivo	Nominal (Presente / Ausente)
		Trastorno bipolar	Nominal (Presente / Ausente)
		Trastorno de conducta	Nominal (Presente / Ausente)
		Trastornos del sueño	Nominal (Presente / Ausente)
		Trastorno por uso de sustancias	Nominal (Presente / Ausente)
		Trastorno del espectro autista	Nominal (Presente / Ausente)
		Trastornos específicos del aprendizaje	Nominal (Presente / Ausente)
		Trastornos de tics / síndrome de Tourette	Nominal (Presente / Ausente)
Características sociodemográficas	Edad	12 - 14 años 15 - 18 años	Nominal dicotómica
	Sexo	Masculino / Femenino	Nominal dicotómica
	Antecedentes familiares de TDAH u otros trastornos mentales	Sí No	Nominal dicotómica
	Exposición prenatal a sustancias tóxicas	Sí No	Nominal dicotómica

Elaboración propia.

1.4. Justificación del problema

1.4.1. Justificación científica

Desde el punto de vista científico, la presente investigación se justifica porque el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos más frecuentes en la infancia y adolescencia, cuya prevalencia se estima entre 5 % y 10 % en estudios epidemiológicos internacionales. Los adolescentes con TDAH presentan con frecuencia otros trastornos concomitantes, lo que agrava el cuadro clínico y las complicaciones funcionales asociadas al trastorno principal. Estudios muestran que aproximadamente 60 %–100 % de los niños y adolescentes diagnosticados con TDAH presentan, al menos, una comorbilidad psiquiátrica como trastornos de ansiedad, alteraciones del estado de ánimo o dificultades del aprendizaje (6).

Asimismo, la justificación científica del estudio se fortalece debido a que datos clínicos indican que más del 50 % de los adolescentes con TDAH presentan comorbilidades adicionales, las cuales se encuentran asociadas con mayor severidad de síntomas, peor rendimiento académico y mayores dificultades de adaptación social. Esta alta frecuencia de comorbilidades requiere análisis sistemáticos que contribuyan a mejorar la detección y el manejo clínico de estos pacientes, razón por la cual la presente investigación posee relevancia en el campo de la salud mental adolescente (7).

1.4.2. Justificación social

Desde una perspectiva social, esta investigación se justifica porque la adolescencia es un periodo crítico del desarrollo en el cual las capacidades cognitivas, emocionales y sociales se consolidan y se preparan para la transición a la vida adulta. Cuando un adolescente presenta TDAH con comorbilidades asociadas, estas pueden interferir sustancialmente en su rendimiento escolar, sus relaciones interpersonales y su desarrollo psicosocial. La presencia de comorbilidades, como trastornos de ansiedad, depresivos o de conducta, se ha relacionado con peores resultados académicos y mayor riesgo de exclusión social, lo que evidencia la necesidad de estudiar esta problemática (8).

1.4.3. Justificación contemporánea

En el contexto actual, la presente investigación resulta pertinente porque la salud mental infantil y adolescente ha adquirido una importancia creciente, y los estudios recientes enfatizan la necesidad de comprender no solo los trastornos primarios, sino también las comorbilidades asociadas, debido a su impacto en la calidad de vida, el pronóstico clínico y la respuesta al tratamiento. En ese sentido, abordar las comorbilidades del TDAH en adolescentes responde a una problemática vigente y relevante dentro de la atención psiquiátrica contemporánea.

1.4.4. Originalidad

La originalidad de esta investigación radica en que, aunque existen numerosos estudios internacionales sobre comorbilidades del TDAH, son pocos los trabajos centrados en adolescentes de consulta externa en servicios de Psiquiatría de hospitales públicos en el contexto peruano. Las revisiones y datos disponibles reflejan principalmente poblaciones de países europeos o norteamericanos, y no siempre diferencian sistemáticamente las comorbilidades por grupo etario (9).

El presente estudio es original en tanto busca describir, con datos empíricos del año 2025, las comorbilidades más frecuentes en adolescentes con TDAH atendidos en el Hospital III Yanahuara.

1.4.5. Interés personal

El interés personal por desarrollar esta investigación surge de la experiencia directa en el ámbito clínico y académico, donde se observó repetidamente que los adolescentes diagnosticados con TDAH no solo presentan síntomas nucleares de inatención e hiperactividad, sino también un número considerable de problemas adicionales que afectan su desarrollo integral.

1.5. Interrogantes de la investigación

1.5.1. Interrogante general

¿Cuáles son las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes y qué relación presentan con las características sociodemográficas de los adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, durante el año 2025?

1.5.2. Interrogantes básicas

- ¿Cuáles son las comorbilidades psiquiátricas en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, 2025?
- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adolescentes con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, en el año 2025?

1.6. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo observacional, debido a que no se manipulan variables ni se interviene sobre la población de estudio, sino que se observan y registran las comorbilidades presentes en adolescentes diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Asimismo, es una investigación de tipo retrospectivo, ya que se basa en la revisión de historias clínicas correspondientes a pacientes atendidos durante el año 2025 en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara (10).

1.7. Nivel de investigación

El estudio corresponde a un nivel correlacional ya que tiene como finalidad, la relación entre las comorbilidades psiquiátricas y las características sociodemográficas en adolescentes con TDAH, sin manipular las variables ni establecer relaciones de causalidad. (10).

1.8. Diseño de investigación

El diseño de la investigación es no experimental, de corte transversal, ya que la información se recolecta en un solo momento temporal a partir de los registros clínicos disponibles, permitiendo describir la situación de las comorbilidades en adolescentes con TDAH atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara durante el año 2025 (10).

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Determinar las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes y su relación con las características sociodemográficas de los adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, durante el año 2025.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar la presencia de comorbilidades psiquiátricas en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, 2025.
- Describir las características sociodemográficas en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, 2025.
- Determinar la relación entre las comorbilidades psiquiátricas y las características sociodemográficas en los adolescentes con diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, en el año 2025

3. Marco teórico y conceptual

3.1. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)

El TDAH es un trastorno que se caracteriza por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, y cuya expresión clínica cambia según la etapa evolutiva. En adolescentes, suele observarse una presentación más heterogénea, con combinación de síntomas nucleares y dificultades asociadas (por ejemplo, organización, autorregulación y funcionamiento social), lo que vuelve clave un enfoque clínico integral y contextualizado para su evaluación (11).

3.1.1. Definición y concepto del TDAH

En términos conceptuales, el TDAH se define por niveles de inatención/desorganización y/o hiperactividad-impulsividad incongruentes con el desarrollo y con impacto funcional. La literatura reciente resalta que el núcleo del trastorno no se limita a “distracción” o “inquietud”, sino que incluye alteraciones en la persistencia atencional, el control inhibitorio y la regulación conductual, con repercusiones significativas en contextos académicos y sociales. Esta definición se mantiene en las actualizaciones del marco diagnóstico contemporáneo, subrayando la necesidad de evidencia de deterioro funcional y de un inicio temprano de los síntomas (11).

3.1.2. Clasificación del TDAH según DSM-5 y CIE-10

La clasificación DSM-5/DSM-5-TR organiza el TDAH en presentaciones predominantemente inatenta, predominantemente hiperactiva/impulsiva y combinada, incorporando criterios de duración, inicio y afectación funcional. Por su parte, la CIE-10 utiliza la categoría de trastornos hipercinéticos (F90), con un enfoque históricamente más restrictivo en cuanto a la simultaneidad de síntomas y el grado de deterioro requerido. Estudios recientes señalan que, aunque existen diferencias operativas entre sistemas, las categorías DSM-5 para TDAH son ampliamente comparables con el “trastorno hipercinético” de CIE-10 en términos clínicos, lo cual es relevante para contextos donde el registro hospitalario se basa en CIE-10 (12).

3.1.3. Manifestaciones clínicas del TDAH en la adolescencia

En la adolescencia, la hiperactividad suele volverse menos “motora” y más internalizada (sensación de inquietud), mientras que la inatención y la desorganización tienden a hacerse más evidentes por el aumento de demandas escolares, sociales y de autonomía. La evidencia reciente también describe que la desregulación emocional (por ejemplo, irritabilidad, labilidad afectiva y baja tolerancia a la frustración) aparece con frecuencia en adolescentes con TDAH y se asocia a mayor deterioro funcional, incluso más allá de otras comorbilidades. Estas características contribuyen a presentaciones clínicas variadas que pueden dificultar el reconocimiento temprano del trastorno si no se realiza una evaluación sistemática (13).

3.1.4. Impacto del TDAH en el funcionamiento académico, familiar y social

El TDAH en adolescentes se asocia consistentemente con dificultades académicas (por ejemplo, menor rendimiento y trayectorias educativas más desfavorables), así como con problemas en el funcionamiento familiar y el apoyo social percibido en el entorno escolar. Estudios longitudinales han mostrado que mayores niveles de síntomas de TDAH se relacionan con peor funcionamiento familiar, menor apoyo de docentes y compañeros, y una mayor probabilidad de ubicarse o mantenerse en trayectorias educativas de menor nivel. Además, investigaciones recientes enfatizan que el impacto no es solo académico: también incluye afectación social y emocional, que puede comprometer la adaptación propia de esta etapa del desarrollo (14).

3.1.5. Criterios diagnósticos según DSM-5

El TDAH es un trastorno caracterizado por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo. En el DSM-5, el diagnóstico exige que los síntomas se mantengan al menos 6 meses, sean incongruentes con el nivel de desarrollo y generen deterioro clínicamente significativo en el ámbito académico, social u ocupacional. Además, los síntomas deben manifestarse en dos o más contextos (por ejemplo, hogar y escuela) y existir evidencia de presencia de síntomas antes de los 12 años. En términos operativos, el DSM-5 organiza la sintomatología en dos dominios:

- **Inatención:** dificultades sostenidas para mantener la atención, organización y seguimiento de tareas, olvidos frecuentes o distractibilidad, entre otros indicadores conductuales observables.
- **Hiperactividad-impulsividad:** inquietud motora, dificultad para permanecer sentado o actuar con calma, tendencia a interrumpir, precipitación en respuestas y problemas para esperar turnos (15).

Respecto al umbral, en población menor de 17 años se requiere un número mayor de síntomas que en adolescentes mayores y adultos, y siempre con evidencia de impacto funcional (16).

El DSM-5 no utiliza “subtipos” rígidos, sino presentaciones clínicas, que pueden variar con el desarrollo y el contexto:

- Presentación predominantemente inatenta
- Presentación predominantemente hiperactiva-impulsiva
- Presentación combinada (17).

3.1.6. **Neurobiología del TDAH: bases neuroanatómicas, neuroquímicas y neuropsicológicas**

La comprensión contemporánea del TDAH se ha desplazado desde modelos centrados en síntomas hacia una mirada integradora que considera su origen en la interacción entre vulnerabilidades genéticas, factores ambientales y alteraciones en redes cerebrales específicas. Esta perspectiva sitúa al TDAH como un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por diferencias en la dinámica de los circuitos que sostienen la atención, la autorregulación y el control cognitivo (18).

3.1.6.1. Bases neuroquímicas: la hipótesis dopaminérgica y su evolución

Uno de los ejes tradicionales en la explicación del TDAH es la hipótesis dopaminérgica, que plantea una alteración en la neurotransmisión de catecolaminas especialmente dopamina y noradrenalina como fundamento de la sintomatología. El hecho de que los psicoestimulantes (metilfenidato y anfetaminas), moduladores del sistema catecolaminérgico, mejoren el funcionamiento en cerca del 80% de los pacientes respalda esta línea interpretativa. Los estudios revisados por Aboitiz et al, indican que no existe un “déficit simple” de dopamina, sino más bien un desbalance entre dos formas de señalización dopaminérgica:

- **Liberación fásica:** respuestas rápidas, breves y asociadas a estímulos relevantes.
- **Liberación tónica:** niveles basales más estables que regulan el estado de alerta, la anticipación y la estabilidad cognitiva.

Un predominio de la señalización fásica puede favorecer la impulsividad, mientras que alteraciones en la señalización tónica se asocian a distractibilidad, variabilidad cognitiva o inquietud no dirigida. Esta distinción permite comprender mejor la variabilidad individual en adolescentes con TDAH, así como la coexistencia de perfiles hiperactivos e inatentos. A pesar del apoyo general a la hipótesis dopaminérgica, también se registran hallazgos contradictorios respecto a la densidad del transportador de dopamina (DAT1) y de los receptores dopaminérgicos D2, lo que ha llevado a proponer explicaciones más amplias que incluyen la participación de otros sistemas, como la serotonina y la acetilcolina. Esta complejidad sugiere que el TDAH puede reflejar alteraciones globales de la neuromodulación y no exclusivamente de la dopamina (18).

3.1.6.2. Bases neuroanatómicas y redes cerebrales involucradas

El artículo destaca que el TDAH implica un funcionamiento atípico en los circuitos que sostienen el control cognitivo y emocional. Entre ellos destacan:

- **Circuitos fronto-estriales y fronto-cerebelares**, esenciales en funciones inhibitorias, predicción de eventos y regulación motora.
- **Circuito fronto-amigdalario**, relevante en el procesamiento emocional, cuya alteración puede influir en la impulsividad y la regulación afectiva.

Además de estos sistemas, adquiere un papel central la red por defecto (Default Mode Network, DMN), cuyas regiones principales incluyen el precúneo y la corteza frontal medial. Esta red se activa predominantemente en estados de reposo, divagación o procesamiento internos, y se desactiva durante tareas cognitivas. En personas con TDAH, se ha descrito una supresión incompleta de la actividad de la DMN, lo que facilita la intrusión de pensamientos irrelevantes y contribuye a la distractibilidad. Por otro lado, la red dorsal de control atencional y la red ventral, que participa en la reorientación de la atención, también presentan patrones diferentes en el TDAH. Cuando la DMN no logra inhibirse de manera adecuada, estas redes encuentran dificultades para mantener un foco atencional estable, lo que se manifiesta especialmente en tareas prolongadas o demandantes (18).

3.1.6.3. Evidencia electrofisiológica

Investigaciones EEG y de potenciales evocados muestran que la DMN puede activarse en momentos en los que debería permanecer suprimida. Por ejemplo, adolescentes con TDAH presentan:

- Activación del P300 ante estímulos periféricos no atendidos, reflejo de un umbral reducido para que información irrelevante ingrese al procesamiento cognitivo.
- Activación atípica del P300 en paradigmas de parpadeo atencional, aun cuando el estímulo no es conscientemente percibido (19).

Estos patrones sugieren que el foco atencional no se “cierra” de forma eficiente, generando mayor sensibilidad a distractores y dificultades para sostener la atención. La evidencia neurobiológica permite entender el TDAH

como el resultado de un desequilibrio en la interacción entre neuromoduladores, redes de atención y redes de reposo, más que como una alteración localizada. Esta perspectiva integradora, coherente con hallazgos recientes, describe un sistema cerebral donde:

- La señalización dopaminérgica y noradrenérgica regula la transición entre estados de reposo y estados de enganche cognitivo.
- La interacción entre la red por defecto, la red dorsal y la red ventral determina la estabilidad del foco atencional.
- Polimorfismos genéticos asociados al sistema dopaminérgico pueden modificar esta dinámica, aumentando la susceptibilidad al trastorno.

En conjunto, estos elementos constituyen parte del núcleo etiológico neurobiológico del TDAH, el cual interactúa con factores ambientales y psicosociales a lo largo del desarrollo (18).

3.2. Comorbilidad en Psiquiatría

La comorbilidad en psiquiatría se refiere a la coexistencia de uno o más trastornos adicionales junto al diagnóstico principal, lo cual es especialmente relevante en trastornos como el TDAH. En términos clínicos, la comorbilidad puede modificar la forma de presentación, aumentar la severidad percibida, y condicionar el abordaje terapéutico y el pronóstico. En adolescentes, este fenómeno es crítico porque coincide con un periodo de cambios biológicos, emocionales y sociales que puede amplificar la expresión de síntomas y el deterioro funcional (20).

3.2.1. Concepto de comorbilidad

En la literatura reciente, la comorbilidad se entiende no solo como “diagnósticos simultáneos”, sino como un fenómeno clínico que puede reflejar solapamiento sintomático, vulnerabilidades compartidas y trayectorias de desarrollo interrelacionadas. En TDAH, esto implica que síntomas como impulsividad, irritabilidad o problemas de conducta pueden aparecer como parte del trastorno, como expresión de otro cuadro concomitante, o como resultado de la interacción entre ambos, lo cual exige una evaluación diagnóstica cuidadosa. Este enfoque conceptual es importante para evitar subdiagnóstico de condiciones asociadas o interpretaciones simplificadas del cuadro clínico (21).

3.2.2. Importancia clínica de la comorbilidad en el TDAH

La relevancia clínica de la comorbilidad en TDAH radica en que influye directamente en el motivo de consulta, el plan terapéutico y los resultados del tratamiento. Guías clínicas recientes para población infanto-juvenil enfatizan que la evaluación del TDAH debe incluir el tamizaje sistemático de condiciones comórbidas, dado que su presencia puede explicar mayor deterioro, menor respuesta terapéutica o necesidad de intervenciones combinadas. En adolescentes, esta recomendación cobra especial importancia por el aumento del riesgo de problemas afectivos, de conducta y de consumo de sustancias en esta etapa (22).

3.2.3. Prevalencia de comorbilidades en adolescentes con TDAH

La evidencia reciente confirma que la comorbilidad es altamente frecuente en niños y adolescentes con TDAH. Un metaanálisis reciente reportó, entre los trastornos comórbidos más comunes, al trastorno negativista desafiante (alrededor de un tercio), trastornos de conducta/comportamiento y trastornos de ansiedad, además de otros diagnósticos clínicamente relevantes; en conjunto, estos hallazgos refuerzan que el TDAH suele coexistir con múltiples condiciones que deben ser identificadas en la práctica clínica. De manera específica, revisiones actuales también han encontrado rangos amplios para depresión en población infanto-adolescente con TDAH, lo que sugiere heterogeneidad entre estudios, pero confirma la importancia de evaluarla sistemáticamente (2).

3.3. Comorbilidades en adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

La presencia de condiciones adicionales en adolescentes con TDAH es un fenómeno ampliamente documentado que incrementa la complejidad clínica y el deterioro funcional. Estudios recientes indican que entre 50 % y 90 % de jóvenes con TDAH presentan al menos una comorbilidad psiquiátrica, lo que dificulta el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico clínico de estos pacientes (23).

3.3.1. Comorbilidades psiquiátricas

Las comorbilidades psiquiátricas representan una de las categorías más frecuentes y clínicamente relevantes en adolescentes con TDAH, incluyendo trastornos afectivos, de comportamiento y del estado de ánimo, los cuales se asocian con mayor deterioro académico, social y emocional que el TDAH aislado (2).

3.3.1.1. Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad constituyen uno de los fenómenos comórbidos más prevalentes en adolescentes con TDAH, con estudios internacionales reportando prevalencias entre el 18 % y 40 % en esta población clínica. La coexistencia de ansiedad y TDAH puede manifestarse como preocupación excesiva, inquietud, tensión muscular y evitación de situaciones sociales o de evaluación, lo que agrava las dificultades de atención y el rendimiento escolar. A nivel neurobiológico, se ha propuesto que la interacción entre los circuitos de atención y los sistemas cerebrales implicados en la respuesta al estrés contribuye a esta alta comorbilidad (2).

3.3.1.2. Trastornos depresivos

La depresión en adolescentes con TDAH es otra comorbilidad frecuente y clínicamente significativa, estrechamente asociada con peor calidad de vida y mayor riesgo de suicidio. Las investigaciones contemporáneas subrayan que los adolescentes con TDAH tienen un riesgo elevado de desarrollar síntomas depresivos, con tasas reportadas más altas que en la población general. Esta relación puede explicarse por múltiples factores, como la frustración crónica frente a las dificultades académicas y sociales, el estigma asociado a las conductas impulsivas, así como alteraciones compartidas en neurotransmisores como la serotonina y la dopamina (24).

3.3.1.3. Trastorno bipolar

Aunque menos frecuente que la ansiedad o la depresión, el trastorno bipolar también se encuentra entre las comorbilidades psiquiátricas del TDAH. Algunos estudios han observado que una proporción de pacientes con TDAH desarrolla síntomas bipolares a lo largo de la adolescencia, especialmente en presencia de antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo (2). La coexistencia de ambos trastornos se asocia con episodios más severos, una mayor variabilidad del estado de ánimo y peor respuesta a tratamientos convencionales (2).

3.3.1.4. Trastorno de conducta

Los trastornos de conducta, que incluyen conductas agresivas, violaciones de normas sociales y desobediencia persistente, son especialmente prevalentes en adolescentes con TDAH combinado. Revisiones recientes señalan que entre el 30 % y 35 % de los adolescentes con TDAH presentan este tipo de comorbilidad, lo cual incrementa el riesgo de conductas disruptivas en la escuela y en el hogar. Estas conductas suelen coexistir con síntomas de impulsividad y dificultad en el autocontrol, característicos del TDAH, y representan un desafío significativo para el manejo clínico (2).

3.3.1.5. Trastorno por uso de sustancias

El abuso de sustancias incluyendo alcohol, tabaco y drogas ilegales es otra comorbilidad que ha sido asociada con TDAH, particularmente en la adolescencia tardía. Aunque la literatura específica reciente en adolescentes aún es limitada, estudios longitudinales señalan que los jóvenes con TDAH tienen un riesgo mayor de desarrollar conductas de uso de sustancias en comparación con sus pares sin TDAH, probablemente debido a factores como la impulsividad, la búsqueda de sensaciones y la auto-medicación de los síntomas. Este patrón de comorbilidad se asocia con peor pronóstico clínico y mayores tasas de hospitalización psiquiátrica (2).

3.3.1.5.1. Factores parentales asociados al consumo de sustancias en adolescentes con TDAH

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo cuyo origen no se explica por una sola causa, sino por la interacción de factores genéticos, neurobiológicos y ambientales. La evidencia actual señala que los genes cumplen un papel importante en el riesgo de desarrollar TDAH, por lo que los antecedentes familiares, especialmente la presencia de TDAH en alguno de los padres, constituyen un elemento relevante para comprender la aparición del trastorno en niños y adolescentes. En esa línea, los hijos de padres con TDAH presentan mayor riesgo de manifestar formas clínicas o subclínicas del trastorno, además de dificultades cognitivas, educativas y sociales asociadas. Por ello, la influencia parental debe entenderse principalmente desde una perspectiva de vulnerabilidad genética y familiar, más que como una consecuencia directa del estilo de crianza (25).

Asimismo, diversos estudios han encontrado que la salud mental de los padres también se relaciona con el riesgo de TDAH en los hijos. Una revisión sistemática y metaanálisis reportó que la depresión materna durante el embarazo y el periodo posnatal se asoció con un mayor riesgo de síntomas de TDAH en la descendencia. De manera similar, otro metaanálisis identificó que la depresión y el estrés parental se relacionaron significativamente con el diagnóstico o síntomas de TDAH en niños. Estos hallazgos sugieren que las condiciones emocionales de los padres pueden influir en el desarrollo infantil, ya sea mediante mecanismos biológicos prenatales, factores ambientales posteriores al nacimiento o la combinación de ambos (26).

También se ha descrito la influencia del ambiente familiar y de las prácticas parentales. Una revisión sistemática y metaanálisis publicada en *Prevention Science* analizó 59 estudios longitudinales y encontró asociaciones entre el TDAH infantil y factores como disciplina severa, maltrato, baja calidad de interacción parental, divorcio, crianza monoparental, encarcelamiento parental y exposición infantil a medios. Sin embargo, los autores advierten que estos factores no deben

interpretarse como causas únicas, sino como condiciones que pueden influir en la expresión, mantenimiento o identificación de los síntomas. En contraste, la sensibilidad, calidez y apoyo parental mostraron una asociación inversa con los resultados de TDAH, lo que refuerza la importancia de un entorno familiar protector (19).

Por otro lado, el consumo de sustancias por parte de los padres también ha sido estudiado como factor asociado al TDAH. Un metaanálisis sobre exposición parental a sustancias encontró que la exposición prenatal al alcohol o tabaco, así como los trastornos por uso de sustancias en los padres, se asociaron de manera consistente y significativa con TDAH en niños (27).

3.3.1.6. Alteraciones del sueño en adolescentes con TDAH

Los problemas de sueño son otra categoría importante de comorbilidad en adolescentes con TDAH, con implicaciones relevantes para el funcionamiento diurno y el control de los síntomas del trastorno principal (2).

3.3.1.6.1. Tipos de trastornos del sueño

Los trastornos del sueño observados en adolescentes con TDAH incluyen insomnio, dificultad para iniciar y mantener el sueño, irregularidades en el ritmo sueño-vigilia, somnolencia diurna excesiva y parálisis del sueño. Las revisiones recientes sobre sueño y TDAH destacan que estos problemas pueden deberse tanto a factores neurobiológicos subyacentes como a la interacción con síntomas de ansiedad o impulsividad (28).

3.3.1.6.2. Repercusiones clínicas de las alteraciones del sueño

Las alteraciones del sueño en adolescentes con TDAH están asociadas con mayor deterioro de la atención, peor rendimiento escolar y mayor impulsividad durante el día. Estudios contemporáneos también vinculan regularidad deficiente del sueño con un aumento de síntomas de ansiedad y depresión, lo que puede agravar la presentación clínica del TDAH y aumentar la carga funcional de estos jóvenes (28).

3.3.1.7. Trastorno del espectro autista

El Trastorno del Espectro Autista (TEA) es una de las comorbilidades más estudiadas junto al TDAH. Revisiones recientes estiman que entre 30 % y 40 % de personas con TEA también cumplen criterios para TDAH, y viceversa, lo que refleja un solapamiento clínico y neurobiológico significativo. Esta coexistencia se manifiesta en dificultades compartidas, como déficits en la atención, problemas de interacción social y respuestas atípicas a estímulos sensoriales, requiriendo enfoques diagnósticos y terapéuticos diferenciados. (29).

3.3.1.8. Trastornos específicos del aprendizaje

Los trastornos específicos del aprendizaje (por ejemplo, dislexia o dificultades en matemáticas) son frecuentes en adolescentes con TDAH, debido a las limitaciones en funciones ejecutivas que impactan en procesos cognitivos como la lectura, la escritura y el cálculo. La presencia de estas dificultades académicas comórbidas suele asociarse con peores resultados educativos y mayor frustración escolar, reforzando la necesidad de evaluaciones pedagógicas integrales en este grupo (6).

3.3.1.9. Trastornos de tics y síndrome de Tourette

Los trastornos de tics, incluyendo el síndrome de Tourette, se encuentran con mayor frecuencia entre adolescentes con TDAH que en la población general. Aunque la prevalencia exacta varía entre estudios, las investigaciones actuales sugieren que la coexistencia puede alcanzar tasas clínicamente relevantes, y se asocian a un mayor deterioro en la función social y emocional. La comprensión de los mecanismos compartidos entre TDAH y tics es aún un área activa de investigación (30).

3.4. Revisión de antecedentes investigativos

3.4.1. A nivel internacional

Njardvik et al. “Psychiatric comorbidity in children and adolescents with ADHD: A systematic review and meta-analysis” (Clinical Psychology Review, 2025). Objetivo: estimar la prevalencia de trastornos psiquiátricos comórbidos en niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH. Metodología: revisión sistemática y metaanálisis; búsqueda en Embase OVID, Ovid MEDLINE y PsycINFO (hasta febrero 2025); incluye 121 estudios con 39,894 participantes con TDAH. Conclusión: la comorbilidad psiquiátrica en TDAH pediátrico-adolescente es altamente prevalente y debe considerarse en evaluación y tratamiento. Resumen/datos estadísticos principales: las comorbilidades más frecuentes fueron trastorno negativista desafiante 34.7%, trastornos de la conducta/comportamiento 30.7%, trastornos de ansiedad 18.4%, fobias específicas 11.0%, enuresis 10.8% y trastorno de conducta (CD) 10.7% (2).

Danielson et al. “ADHD Prevalence Among U.S. Children and Adolescents in 2022: Diagnosis, Severity, Co-Occurring Disorders, and Treatment” (publicación en PMC, 2024). Objetivo: documentar prevalencia, severidad, trastornos co-ocurrentes y tratamiento del TDAH en población infantil-adolescente (3–17 años) con datos 2022 en EE. UU. Metodología: análisis poblacional (encuesta/estimaciones nacionales) con intervalos de confianza y estimación de magnitud poblacional. Conclusión: el TDAH continúa afectando a una proporción importante y la co-ocurrencia de trastornos mentales/conductuales es muy frecuente, lo que impacta la atención clínica y la planificación de servicios. Resumen/datos estadísticos principales: diagnóstico “alguna vez” 11.4% (IC95% 10.9–12.0; 7.1 millones) y TDAH actual 10.5% (IC95% 9.9–11.0; 6.5 millones); entre quienes tienen TDAH actual, cerca de 3/5 presentan severidad moderada o severa y tres cuartas partes tienen ≥ 1 trastorno mental/conductual co-ocurrente (31).

Rohner et al. “Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among Substance Use Disorder (SUD) Populations: Meta-Analysis” (International Journal of Environmental Research and Public Health, 2023).
Objetivo: estimar la prevalencia de TDAH en poblaciones con trastorno por uso de sustancias (y subpoblaciones por tipo de sustancia), para comprender mejor la relación TDAH-SUD y sustentar la necesidad de tamizaje bidireccional.
Metodología: metaanálisis con estrategia PRISMA; búsqueda en PubMed y Web of Science (incluye estudios hasta 2022) y criterios diagnósticos formales DSM/ICD. Conclusión: la prevalencia de TDAH en poblaciones con SUD es elevada y se sugiere implementar cribado de TDAH en servicios de adicciones (y viceversa). Resumen/datos estadísticos principales: el artículo discute estimaciones previas alrededor de 23.1% de TDAH en poblaciones SUD y destaca que, en adolescentes con SUD, la prevalencia reportada en metaanálisis llega a 25.3% (con variabilidad amplia según sustancia y estudio), lo que apoya la idea de comorbilidad clínica relevante (4).

Zuluaga et al. 2017. “Comorbilidades asociadas al déficit de atención con hiperactividad”, Bogotá. La investigación tuvo como objetivo describir las comorbilidades afectivo-comportamentales asociadas a los diferentes subtipos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en una muestra de 141 niños y adolescentes entre 5 y 15 años diagnosticados con este trastorno en la ciudad de Manizales. El estudio fue de tipo exploratorio-descriptivo y utilizó registros de la entrevista neuropsiquiátrica internacional MINI-KID para analizar la presencia de trastornos internalizantes y externalizantes. Los resultados mostraron que el subtipo combinado fue el más frecuente y que el 31.9% de los participantes presentó comorbilidades, predominando los trastornos internalizantes, especialmente la fobia simple específica. Se concluye que las comorbilidades, particularmente la fobia simple específica y el trastorno oposicionista desafiante, se presentan con mayor frecuencia en el subtipo combinado del TDAH y en edades entre 8 y 11 años, lo cual evidencia la necesidad de una evaluación integral para mejorar los procesos de diagnóstico e intervención (5).

Hervás A. 2018. “El TDAH y su comorbilidad”, España. El estudio tuvo como propósito analizar la relación entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y otros trastornos del neurodesarrollo o trastornos psiquiátricos asociados. A través de una revisión clínica se describe que el TDAH se caracteriza por síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad que afectan el funcionamiento académico, social y familiar del individuo. Asimismo, se destaca que la comorbilidad es frecuente y constituye uno de los principales factores que incrementan la severidad clínica del trastorno, generando dificultades en la adaptación funcional y mayor probabilidad de persistencia de la psicopatología en la vida adulta. Entre las comorbilidades más comunes se encuentran trastornos del aprendizaje, trastornos del lenguaje, trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de conducta y consumo de sustancias. Se concluye que el diagnóstico del TDAH debe realizarse mediante una evaluación integral que identifique tanto el trastorno principal como las condiciones asociadas, recomendándose un abordaje terapéutico multidisciplinario que incluya tratamiento farmacológico, intervención psicológica, apoyo educativo y soporte psicosocial (32).

3.4.2. A nivel nacional

Martínez, Andrea. 2024. “Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en estudiantes de primaria en un distrito de Lima Metropolitana”, Lima. La investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en estudiantes de primaria de un distrito de Lima Metropolitana. El estudio fue de tipo no experimental y utilizó un muestreo censal compuesto por 134 apoderados de estudiantes entre 6 y 12 años, donde el 57% correspondía a varones y el 43% a mujeres. Se aplicó la Escala del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (EDAH) de Farré y Narbona para identificar los síntomas del trastorno. Los resultados evidenciaron una prevalencia de TDAH del 25.3%, con mayor presencia en varones entre 6 y 9 años que cursaban entre cuarto y sexto grado de primaria. Asimismo, se identificaron prevalencias específicas para los subtipos de TDAH hiperactivo, inatento y combinado, además de una prevalencia de trastorno de conducta y una comorbilidad entre TDAH y trastorno de conducta. Se concluye que la prevalencia encontrada es consistente con estudios realizados en el

contexto latinoamericano, resaltando la importancia de la detección temprana en el ámbito escolar (33).

Rusca, Fiorella; Cortez, Carla. 2020. “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica.”, Perú. El estudio tuvo como propósito revisar la evidencia clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad en población infantil y adolescente. Se desarrolló como un artículo de revisión que analiza las características clínicas, etiología, diagnóstico y tratamiento del TDAH. Los autores señalan que este trastorno del neurodesarrollo se caracteriza principalmente por inatención, hiperactividad e impulsividad, asociados a alteraciones en las funciones ejecutivas que afectan la planificación, organización e inhibición de respuestas impulsivas. Asimismo, se indica que el TDAH representa hasta el 50% de las consultas en psiquiatría infantil y presenta una prevalencia estimada entre el 2% y el 12% en la población pediátrica, además de que aproximadamente el 70% de los casos puede coexistir con otros trastornos psiquiátricos o neurológicos. Se concluye que el diagnóstico debe realizarse mediante una evaluación clínica integral que incluya entrevistas a padres, docentes y al propio niño o adolescente, y que el tratamiento debe ser individualizado e integral, combinando intervenciones psicofarmacológicas y terapias conductuales para reducir los síntomas y mejorar el funcionamiento del paciente (34).

Diez, Edson. 2021, “Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur”, Lima. La investigación tuvo como objetivo comparar la presencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de primaria de instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur. El estudio fue de tipo descriptivo-comparativo con diseño no experimental y transversal, y contó con una muestra de 394 estudiantes del nivel primario, considerando como informantes a padres y docentes. Para la recolección de datos se utilizó la Escala de Evaluación de Desórdenes de Déficit de Atención (EDDA). Los resultados evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en el puntaje general del TDAH, mostrando mayor prevalencia en instituciones públicas en comparación con las privadas. Asimismo, se observó mayor incidencia del trastorno en varones y en el grupo etario de 6 a 9 años, especialmente en el componente de hiperactividad. Se concluye que la prevalencia del TDAH fue mayor en estudiantes de colegios públicos, con porcentajes de 23.5% según reportes de padres y 19.5% según docentes, evidenciando la importancia de considerar factores educativos y sociodemográficos en la identificación del trastorno (35).

Navarro, María; Tamay, Edin. 2024, “Prevalencia de síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes, Chota – 2023”, Chota – Perú. La investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes de la ciudad de Chota. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de tipo observacional, transeccional y prospectivo, y se trabajó con una muestra de 863 estudiantes de cuatro instituciones educativas: San Juan, Sagrado Corazón de Jesús, Santa Rafaela María y El Comercio. Para la recolección de datos se utilizó la Escala de Valoración del TDAH-IV en formato de autoreporte. Los resultados evidenciaron una prevalencia de síntomas de TDAH del 13% en los adolescentes evaluados, predominando el subtipo inatento con 49.1%. Asimismo, se identificó que la mayoría de los participantes nació mediante parto normal y que una gran proporción no presentaba enfermedades diagnosticadas, además de vivir en entornos familiares con convivencia parental. Se concluye que la prevalencia de síntomas del TDAH en adolescentes de Chota supera el 12%, evidenciando la necesidad de fortalecer estrategias de detección temprana y atención en el ámbito escolar y familiar (36).

3.4.3. A nivel local

Arque, Edgar. 2016, “Frecuencia y factores sociodemográficos asociados al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes de albergues de menores de la ciudad de Arequipa, 2015”, Arequipa. La investigación tuvo como objetivo establecer la frecuencia y los factores sociodemográficos asociados al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes residentes en albergues de menores de la ciudad de Arequipa. El estudio fue de tipo descriptivo y se trabajó con una muestra de 81 menores provenientes de tres albergues, aplicando la escala Conners 3 AI a los tutores y los criterios diagnósticos del DSM-5 para identificar los subtipos de TDAH. Los resultados evidenciaron una frecuencia de TDAH del 30.86%, predominando el subtipo con déficit de atención, seguido del subtipo combinado y el hiperactivo-impulsivo. Asimismo, se encontró que la mayor presencia del trastorno se relaciona con bajo o regular rendimiento escolar y con problemas de conducta tanto en el albergue como en la escuela. Se concluye que el TDAH presenta una alta frecuencia en niños y adolescentes albergados y se asocia significativamente con factores sociodemográficos y conductuales que influyen en su desempeño académico y social (37).

Sánchez, Ana María. 2020. “Comorbilidad de TDAH y adicción en pacientes de una clínica neuropsiquiátrica y de salud mental en la ciudad de Arequipa, Perú 2017”, Arequipa – Perú. La investigación tuvo como objetivo determinar la comorbilidad entre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y las adicciones en pacientes atendidos en una clínica neuropsiquiátrica y de salud mental de la ciudad de Arequipa. El estudio fue de tipo cuantitativo y exploratorio, y se realizó con una muestra de 105 pacientes internados durante el año 2017, utilizando para el análisis la base de datos clínica y los historiales médicos de los pacientes evaluados. Los resultados evidenciaron que el 54% de los pacientes con adicciones presentaban comorbilidad con TDAH, mientras que el 46% no presentaban esta condición. Asimismo, se observó una mayor presencia de esta comorbilidad en varones, quienes representaron el 73% de los casos, frente al 27% en mujeres. También se identificó que las principales problemáticas de adicción correspondían a dependencia alcohólica y consumo de sustancias, además de coexistir con otros trastornos como los asociados a la

personalidad límite. Se concluye que la comorbilidad entre TDAH y adicciones es elevada en pacientes con problemas de consumo, siendo la población masculina la más vulnerable (38).

Manrique, Allison. 2020. “Prevalencia, características sociodemográficas y comorbilidad de los trastornos de personalidad de pacientes internados en la clínica privada de salud mental de Arequipa, 2012 - 2019”, Arequipa – Perú. La investigación tuvo como objetivo identificar la prevalencia, características sociodemográficas y comorbilidades asociadas a los trastornos de personalidad en pacientes internados en una clínica privada de salud mental de la ciudad de Arequipa entre los años 2012 y 2019. El estudio se desarrolló con una muestra de 169 pacientes diagnosticados con al menos un trastorno de personalidad, analizando variables relacionadas con edad, sexo, tipo de trastorno, tiempo de internamiento y trastornos asociados. Los resultados evidenciaron que más de un cuarto de la población evaluada presentaba algún trastorno de personalidad, siendo el trastorno límite de la personalidad el más frecuente. Asimismo, se observó mayor prevalencia en mujeres y que la edad promedio de diagnóstico se sitúa en la etapa de juventud. Además, se identificó que los pacientes generalmente ingresaban de manera involuntaria y permanecían menos de tres meses en tratamiento residencial. Se concluye que entre las principales comorbilidades asociadas a los trastornos de personalidad se encuentran el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, la dependencia a sustancias y la depresión (39).

Lopez Mamani, D. E., 2023, “Síntomas de TDAH y deterioro de habilidades sociales en estudiantes universitarios de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa”, Arequipa – Perú. La investigación tuvo como objetivo determinar la asociación entre los síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y las habilidades sociales en estudiantes universitarios de medicina de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa durante el año 2023. El estudio fue de enfoque cuantitativo y se trabajó con una muestra de 218 estudiantes de primero a sexto año, a quienes se aplicó una ficha de recolección de datos, la encuesta ASDR de seis ítems para la detección de síntomas de TDAH y la escala de habilidades sociales de Gomero adaptada por Ruiz. Los resultados evidenciaron una frecuencia de síntomas

compatibles con TDAH del 33.03%, predominando en estudiantes de sexo femenino con una edad promedio de 20 años. Asimismo, se identificó que el 41.28% de los participantes presentó un bajo nivel de habilidades sociales. Finalmente, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de síntomas de TDAH y el deterioro de las habilidades sociales en los estudiantes universitarios ($p < 0.001$). Se concluye que los síntomas del TDAH pueden influir negativamente en el desarrollo de habilidades sociales en estudiantes de educación superior (40).

4. Hipótesis

Dado que, las comorbilidades psiquiátricas en adolescentes con TDAH pueden variar según las características sociodemográficas, estas condiciones podrían presentarse con mayor frecuencia en determinados grupos según edad, sexo, procedencia, antecedentes familiares u otros factores asociados.

Por ello, es probable que exista una relación estadísticamente significativa entre las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes y las características sociodemográficas de los adolescentes con TDAH atendidos en el Hospital III Yanahuara, Arequipa, 2025.



CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnicas

La técnica que se empleó en la presente investigación fue la revisión documental, específicamente la revisión sistemática de historias clínicas de adolescentes diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), quienes fueron atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara durante el año 2025.

1.2. Instrumentos

El instrumento que se utilizó fue una ficha de recolección de datos tipo lista de cotejo, la cual fue elaborada por la investigadora en base al cuadro de operacionalización de variables. Dicho instrumento estuvo estructurado en cuatro secciones:

- a) Datos sociodemográficos
- b) Factores perinatales y familiares
- c) Comorbilidades psiquiátricas

1.3. Materiales de verificación

Los materiales de verificación utilizados fueron:

- Historias clínicas físicas y/o digitales de pacientes adolescentes con diagnóstico de TDAH.
- Registros médicos del servicio de consulta externa del área de Psiquiatría.
- Fichas de recolección de datos impresas y/o digitales.
- Base de datos elaborada en Microsoft Excel para el registro y procesamiento de la información.

2. Campo de verificación

2.1. Ámbito

El estudio se desarrolló en el área de Psiquiatría, específicamente en el servicio de consulta externa del Hospital III Yanahuara, Arequipa.

2.2. Temporalidad

La investigación comprendió la revisión de historias clínicas correspondientes al año 2025.

2.3. Unidades de estudio

La unidad de análisis estuvo constituida por adolescentes diagnosticados con trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

2.4. Ubicación espacial

La investigación se realizó en el Hospital III Yanahuara, ubicado en la ciudad de Arequipa, Perú.

2.4.1. Población

La población estuvo conformada 59 adolescentes con diagnóstico de TDAH que fueron atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara durante el año 2025, en el periodo comprendido de marzo a octubre.

2.5. Criterios de selección

Se consideró el total de la población.

2.5.1. Criterios de inclusión

- Historias clínicas con información legible.
- Diagnóstico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Pacientes adolescentes dentro del rango etario establecido para el estudio.
- Pacientes atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara.
- Pacientes que se encontraban en seguimiento por el área de Psiquiatría durante el periodo de estudio.

2.5.2. Criterios de exclusión

- Pacientes fuera del rango etario establecido.
- Pacientes que no contaban con seguimiento por consulta externa del área de Psiquiatría.

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

La investigación se desarrolló siguiendo una secuencia ordenada de procesos académicos, administrativos y metodológicos. En una primera etapa, se elaboró el proyecto de investigación conforme a las normas establecidas por la Escuela Profesional de Medicina Humana, considerando el planteamiento del problema, los objetivos, la metodología y la operacionalización de variables.

Posteriormente, el proyecto fue sometido a evaluación por dos jurados designados, quienes revisaron la coherencia metodológica, la pertinencia del tema y la viabilidad del estudio. Una vez levantadas las observaciones que correspondieron, el proyecto fue aprobado por los jurados evaluadores.

Luego de la aprobación académica, el proyecto fue presentado al Comité de Ética de la universidad, con la finalidad de evaluar el cumplimiento de los principios éticos aplicables a la investigación en salud. Tras obtener la aprobación ética institucional, se solicitó la autorización formal al Hospital III Yanahuara, a través de los canales administrativos correspondientes, para acceder a las historias clínicas del servicio de consulta externa del área de Psiquiatría.

Con las autorizaciones respectivas, se procedió a la recolección de datos mediante la revisión sistemática de las historias clínicas seleccionadas, registrando la información en la ficha de recolección de datos previamente validada. Finalmente, los datos obtenidos fueron organizados, codificados y procesados para su análisis estadístico descriptivo, permitiendo la elaboración de tablas y gráficos que sustentaron los resultados del estudio.

3.1.1. Validación del instrumento

Debido a que el instrumento es una ficha de recolección de datos no necesita de una validación.

3.1.2. Sistematización de datos

Los datos recolectados fueron codificados y registrados en una base de datos digital utilizando el programa Microsoft Excel, garantizando el orden, la consistencia y la confidencialidad de la información.

3.1.3. Análisis de datos

El análisis de datos incluyó estadística descriptiva, empleando frecuencias absolutas y porcentajes, y estadística inferencial mediante la prueba de chi cuadrado de Pearson para determinar la relación entre las comorbilidades psiquiátricas y las características sociodemográficas, considerando un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

- Investigadora principal: Alpaca Riveros, Alejandra Sophia
- Asesora de tesis: Mg. Quiñones Hermosa, Angela Griselda

3.2.2. Materiales

- Historias clínicas.
- Fichas de recolección de datos.
- Computadora personal.
- Software Microsoft Excel.

3.2.3. Financieros

La investigación es autofinanciada por la investigadora.

3.3. Aspectos éticos

La investigación respetará los principios éticos de confidencialidad, anonimato y respeto a la persona, al tratarse de un estudio retrospectivo sin intervención directa sobre los pacientes. Los datos serán utilizados exclusivamente con fines académicos, garantizando en todo momento que la identidad de los adolescentes no sea revelada ni expuesta durante ninguna etapa del estudio. Asimismo, el proyecto contará con la autorización institucional correspondiente, tanto por parte de la universidad como del Hospital III Yanahuara, y se ajustará a las normas éticas vigentes para

investigaciones en salud. La información obtenida de las historias clínicas será manejada de manera responsable, asegurando el uso adecuado de los registros clínicos y el resguardo de la información conforme a los lineamientos establecidos por el Comité de Ética.





CAPÍTULO III

RESULTADOS

RESULTADOS DE LA VARIABLE 1

Tabla 1

Comorbilidades psiquiátricas en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, 2025

Trastorno de ansiedad		
	F	%
Presente	27	45.8
Ausente	32	54.3
Trastorno depresivo		
Presente	34	57.6
Ausente	25	42.4
Trastorno bipolar		
Presente	1	1.7
Ausente	58	98.3
Trastorno de conducta		
Presente	37	62.7
Ausente	22	37.3
Trastorno por uso de sustancias		
Presente	1	1.7
Ausente	58	98.3
Trastorno del espectro autista (TEA)		
Presente	3	5.1
Ausente	56	94.9
Trastornos específicos del aprendizaje		
Perturbación de la actividad y de la atención	57	96.6
Trastorno hiperactivo de la conducta	2	3.4
Trastornos de tics / Síndrome de Tourette		
Presente	2	3.4
Ausente	57	96.6
Trastornos del sueño		
Presente	23	39.0
Ausente	36	61.0
Otros trastornos		
Si	17	28.8
No	42	71.2
Total	59	100.0

Elaboración propia.

En la presente tabla se observa que, en el trastorno de ansiedad, predomina la ausencia con 54.3%, seguida de la presencia con 45.8%. En el trastorno depresivo, se evidencia mayor presencia con 57.6%, mientras que la ausencia representa el 42.4%. En el trastorno bipolar, predomina la ausencia con 98.3%, frente a la presencia con 1.7%. En el trastorno de conducta, la presencia alcanza el 62.7%, superando a la ausencia con 37.3%. En el trastorno por uso de sustancias, la ausencia representa el 98.3%, mientras que la presencia alcanza el 1.7%. En el trastorno del espectro autista, predomina la ausencia con 94.9%, seguida de la presencia con 5.1%. En los trastornos específicos del aprendizaje, la perturbación de la actividad y de la atención representa el 96.6%, mientras que el trastorno hiperactivo de la

conducta alcanza el 3.4%. En los trastornos de tics o síndrome de Tourette, predomina la ausencia con 96.6%, frente a la presencia con 3.4%. En los trastornos del sueño, la ausencia representa el 61.0%, seguida de la presencia con 39.0%. Finalmente, en otros trastornos, predomina la opción no con 71.2%, mientras que la opción sí alcanza el 28.8%.



RESULTADOS DE LA VARIABLE 2

Tabla 2

Características sociodemográficas de los adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, 2025

Edad		
	F	%
12 - 14 años	22	37.3
15 - 18 años	37	62.7
Sexo		
Masculino	31	52.5
Femenino	28	47.5
Provincia de procedencia		
Arequipa	59	100.0
Antecedentes familiares de TDAH u otros trastornos mentales		
Presente	3	5.1
Ausente	56	94.9
Exposición prenatal a sustancias tóxicas		
Presente	10	16.9
Ausente	49	83.1
Total	59	100.0

Elaboración propia.

En la presente tabla se observa que el grupo de 15 a 18 años concentra el mayor porcentaje con 62.7%, mientras que los adolescentes de 12 a 14 años representan el 37.3%. Respecto al sexo, predomina el masculino con 52.5%, seguido del femenino con 47.5%. En cuanto a la provincia de procedencia, la totalidad de los adolescentes corresponde a Arequipa con 100.0%. Asimismo, la ausencia de antecedentes familiares de TDAH u otros trastornos mentales alcanza el 94.9%, mientras que la presencia representa el 5.1%. Finalmente, la ausencia de exposición prenatal a sustancias tóxicas predomina con 83.1%, en comparación con la presencia, que alcanza el 16.9%.

RESULTADOS DEL PROBLEMA

Tabla 3

Relación entre comorbilidades psiquiátricas y edad en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, 2025

Tabla cruzada								
Trastorno	Categoría	Edad				Total		Valor p
		12 - 14 años		15 - 18 años		F	%	
Trastorno de ansiedad	Presente	7	11,9%	20	33,9%	27	45,8%	0,097
	Ausente	15	25,4%	17	28,8%	32	54,2%	
Trastorno depresivo	Presente	9	15,3%	25	42,4%	34	57,6%	0,045
	Ausente	13	22,0%	12	20,3%	25	42,4%	
Trastorno bipolar	Presente	0	0,0%	1	1,7%	1	1,7%	0,437
	Ausente	22	37,3%	36	61,0%	58	98,3%	
Trastorno de conducta	Presente	11	18,6%	26	44,1%	37	62,7%	0,119
	Ausente	11	18,6%	11	18,6%	22	37,3%	
Trastorno por uso de sustancias	Presente	0	0,0%	1	1,7%	1	1,7%	0,437
	Ausente	22	37,3%	36	61,0%	58	98,3%	
Trastorno del espectro autista (TEA)	Presente	2	3,4%	1	1,7%	3	5,1%	0,280
	Ausente	20	33,9%	36	61,0%	56	94,9%	
Trastornos específicos del aprendizaje	Presente	21	35,6%	36	61,0%	57	96,6%	0,705
	Ausente	1	1,7%	1	1,7%	2	3,4%	
Trastornos de tics / Síndrome de Tourette	Presente	2	3,4%	0	0,0%	2	3,4%	0,062
	Ausente	20	33,9%	37	62,7%	57	96,6%	
Trastornos del sueño	Presente	5	8,5%	18	30,5%	23	39,0%	0,048
	Ausente	17	28,8%	19	32,2%	36	61,0%	
Otros trastornos	Sí	1	1,7%	16	27,1%	17	28,8%	0,002
	No	21	35,6%	21	35,6%	42	71,2%	

Elaboración propia.

En la presente tabla se observa que existe relación significativa entre la edad y otros trastornos, con un valor p de 0.002, donde predomina la ausencia con 71.2%, seguida de la presencia con 28.8%. Asimismo, se evidencia relación significativa entre la edad y el trastorno depresivo, con un valor p de 0.045, predominando la presencia con 57.6%, frente a la ausencia con 42.4%. También se observa relación significativa entre la edad y los trastornos del sueño, con un valor p de 0.048, donde predomina la ausencia con 61.0%, seguida de la presencia con 39.0%. En las demás comorbilidades psiquiátricas no se evidencia relación significativa con la edad, debido a que los valores p son mayores a 0.05.

Tabla 4

Relación entre comorbilidades psiquiátricas y sexo en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, 2025

Tabla cruzada								
Trastorno	Categoría	Sexo				Total		Valor p
		Masculino		Femenino				
		F	%	F	%	F	%	
Trastorno de ansiedad	Presente	12	20,3%	15	25,4%	27	45,8%	0,253
	Ausente	19	32,2%	13	22,0%	32	54,2%	
Trastorno depresivo	Presente	14	23,7%	20	33,9%	34	57,6%	0,041
	Ausente	17	28,8%	8	13,6%	25	42,4%	
Trastorno bipolar	Presente	1	1,7%	0	0,0%	1	1,7%	0,338
	Ausente	30	50,8%	28	47,5%	58	98,3%	
Trastorno de conducta	Presente	18	30,5%	19	32,2%	37	62,7%	0,437
	Ausente	13	22,0%	9	15,3%	22	37,3%	
Trastorno por uso de sustancias	Presente	1	1,7%	0	0,0%	1	1,7%	0,338
	Ausente	30	50,8%	28	47,5%	58	98,3%	
Trastorno del espectro autista (TEA)	Presente	2	3,4%	1	1,7%	3	5,1%	0,615
	Ausente	29	49,2%	27	45,8%	56	94,9%	
Trastornos específicos del aprendizaje	Presente	30	50,8%	27	45,8%	57	96,6%	0,942
	Ausente	1	1,7%	1	1,7%	2	3,4%	
Trastornos de tics / Síndrome de Tourette	Presente	1	1,7%	1	1,7%	2	3,4%	0,942
	Ausente	30	50,8%	27	45,8%	57	96,6%	
Trastornos del sueño	Presente	9	15,3%	14	23,7%	23	39,0%	0,099
	Ausente	22	37,3%	14	23,7%	36	61,0%	
Otros trastornos	Si	8	13,6%	9	15,3%	17	28,8%	0,592
	No	23	39,0%	19	32,2%	42	71,2%	

Elaboración propia.

En la presente tabla se observa que existe relación significativa entre el trastorno depresivo y el sexo, con un valor p de 0.041, predominando la presencia con 57.6%, seguida de la ausencia con 42.4%. En las demás comorbilidades psiquiátricas no se evidencia relación significativa con el sexo, debido a que los valores p son mayores a 0.05.

Tabla 5

Relación entre comorbilidades psiquiátricas y antecedentes familiares de TDAH u otros trastornos mentales en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, 2025

Tabla cruzada								
Antecedentes familiares de TDAH u otros trastornos mentales						Total		Valor p
Trastorno	Categoría	Presente		Ausente		F	%	
		F	%	F	%			
Trastorno de ansiedad	Presente	1	1,7%	26	44,1%	27	45,8%	0,657
	Ausente	2	3,4%	30	50,8%	32	54,2%	
Trastorno depresivo	Presente	2	3,4%	32	54,2%	34	57,6%	0,745
	Ausente	1	1,7%	24	40,7%	25	42,4%	
Trastorno bipolar	Presente	0	0,0%	1	1,7%	1	1,7%	0,815
	Ausente	3	5,1%	55	93,2%	58	98,3%	
Trastorno de conducta	Presente	2	3,4%	35	59,3%	37	62,7%	0,884
	Ausente	1	1,7%	21	35,6%	22	37,3%	
Trastorno por uso de sustancias	Presente	0	0,0%	1	1,7%	1	1,7%	0,815
	Ausente	3	5,1%	55	93,2%	58	98,3%	
Trastorno del espectro autista (TEA)	Presente	0	0,0%	3	5,1%	3	5,1%	0,681
	Ausente	3	5,1%	53	89,8%	56	94,9%	
Trastornos específicos del aprendizaje	Presente	3	5,1%	54	91,5%	57	96,6%	0,739
	Ausente	0	0,0%	2	3,4%	2	3,4%	
Trastornos de tics / Síndrome de Tourette	Presente	0	0,0%	2	3,4%	2	3,4%	0,739
	Ausente	3	5,1%	54	91,5%	57	96,6%	
Trastornos del sueño	Presente	1	1,7%	22	37,3%	23	39,0%	0,837
	Ausente	2	3,4%	34	57,6%	36	61,0%	
Otros trastornos	Si	1	1,7%	16	27,1%	17	28,8%	0,859
	No	2	3,4%	40	67,8%	42	71,2%	

Elaboración propia.

En la presente tabla se observa que no existe relación significativa entre las comorbilidades psiquiátricas y los antecedentes familiares de TDAH u otros trastornos mentales, debido a que todos los valores p son mayores a 0.05. En los resultados generales predomina la ausencia de antecedentes familiares, destacando los trastornos específicos del aprendizaje con 91.5%, el trastorno bipolar y el trastorno por uso de sustancias con 93.2%, y el trastorno del espectro autista con 89.8%.

Tabla 6
Relación entre comorbilidades psiquiátricas y exposición prenatal a sustancias tóxicas en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, 2025

Tabla cruzada								
Trastorno	Categoría	Exposición prenatal a sustancias tóxicas				Total		Valor P
		Presente		Ausente				
		F	%	F	%	F	%	
Trastorno de ansiedad	Presente	4	6,8%	23	39,0%	27	45,8%	0,688
	Ausente	6	10,2%	26	44,1%	32	54,2%	
Trastorno depresivo	Presente	5	8,5%	29	49,2%	34	57,6%	0,592
	Ausente	5	8,5%	20	33,9%	25	42,4%	
Trastorno bipolar	Presente	0	0,0%	1	1,7%	1	1,7%	0,649
	Ausente	10	16,9%	48	81,4%	58	98,3%	
Trastorno de conducta	Presente	7	11,9%	30	50,8%	37	62,7%	0,601
	Ausente	3	5,1%	19	32,2%	22	37,3%	
Trastorno por uso de sustancias	Presente	0	0,0%	1	1,7%	1	1,7%	0,649
	Ausente	10	16,9%	48	81,4%	58	98,3%	
Trastorno del espectro autista (TEA)	Presente	0	0,0%	3	5,1%	3	5,1%	0,422
	Ausente	10	16,9%	46	78,0%	56	94,9%	
Trastornos específicos del aprendizaje	Presente	9	15,3%	48	81,4%	57	96,6%	0,205
	Ausente	1	1,7%	1	1,7%	2	3,4%	
Trastornos de tics / Síndrome de Tourette	Presente	0	0,0%	2	3,4%	2	3,4%	0,516
	Ausente	10	16,9%	47	79,7%	57	96,6%	
Trastornos del sueño	Presente	4	6,8%	19	32,2%	23	39,0%	0,942
	Ausente	6	10,2%	30	50,8%	36	61,0%	
Otros trastornos	Si	2	3,4%	15	25,4%	17	28,8%	0,499
	No	8	13,6%	34	57,6%	42	71,2%	

Elaboración propia.

En la presente tabla se observa que no existe relación significativa entre las comorbilidades psiquiátricas y la exposición prenatal a sustancias tóxicas, debido a que todos los valores p son mayores a 0.05. En los resultados generales predomina la ausencia de exposición prenatal a sustancias tóxicas en las distintas comorbilidades evaluadas, destacando el trastorno bipolar y el trastorno por uso de sustancias con 81.4%, los trastornos específicos del aprendizaje con 81.4%, y los trastornos de tics o síndrome de Tourette con 79.7%.

DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación evidencian que las comorbilidades psiquiátricas son frecuentes en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, durante el año 2025. En la muestra estudiada, conformada por 59 adolescentes, las comorbilidades más frecuentes fueron el trastorno de conducta, presente en 37 casos (62.7%), seguido del trastorno depresivo, con 34 casos (57.6%), y el trastorno de ansiedad, con 27 casos (45.8%). Asimismo, se identificaron trastornos del sueño en 23 adolescentes (39.0%) y otros trastornos en 17 casos (28.8%). En menor proporción se encontraron trastorno del espectro autista en 3 casos (5.1%), trastornos de tics o síndrome de Tourette en 2 casos (3.4%), trastorno bipolar en 1 caso (1.7%) y trastorno por uso de sustancias en 1 caso (1.7%). Estos hallazgos permiten afirmar que el TDAH en esta población no se presenta como una condición aislada, sino acompañado de alteraciones emocionales, conductuales y del sueño que pueden incrementar la complejidad clínica del diagnóstico y tratamiento.

Estos resultados guardan relación con lo reportado por Njardvik et al, quienes, en una revisión sistemática y metaanálisis de 121 estudios con 39 894 participantes con TDAH, encontraron que la comorbilidad psiquiátrica en niños y adolescentes con TDAH es altamente prevalente. En dicho estudio, las comorbilidades más frecuentes fueron el trastorno negativista desafiante con 34.7%, los trastornos de conducta o comportamiento con 30.7%, los trastornos de ansiedad con 18.4%, las fobias específicas con 11.0%, la enuresis con 10.8% y el trastorno de conducta con 10.7% (2). Al comparar estos datos con los obtenidos en la presente investigación, se observa coincidencia en la relevancia de los trastornos conductuales y ansiosos; sin embargo, en este estudio las proporciones fueron más elevadas, especialmente en el trastorno de conducta (62.7%) y en el trastorno de ansiedad (45.8%). Esta diferencia podría explicarse porque la población evaluada corresponde a adolescentes atendidos en un servicio especializado de psiquiatría, donde suelen concentrarse casos con mayor complejidad clínica, a diferencia de los estudios poblacionales o metaanálisis que integran muestras más heterogéneas.

De manera similar, Danielson et al, señalaron que, entre niños y adolescentes con TDAH actual en Estados Unidos, aproximadamente tres cuartas partes presentan al menos un trastorno mental o conductual co-ocurrente (31). Este antecedente coincide con la tendencia observada en la presente investigación, donde se encontraron porcentajes importantes de comorbilidades, principalmente trastorno de conducta (62.7%), trastorno depresivo (57.6%)

y trastorno de ansiedad (45.8%). La coincidencia entre ambos estudios refuerza la idea de que el TDAH debe abordarse desde una evaluación integral, ya que la presencia de comorbilidades puede modificar la evolución del cuadro clínico, la respuesta terapéutica y las necesidades de seguimiento del adolescente.

En relación con los trastornos afectivos, el presente estudio encontró una frecuencia elevada de trastorno depresivo (57.6%), resultado que coincide parcialmente con lo descrito por Hervás, A quien señala que entre las comorbilidades más comunes del TDAH se encuentran la depresión, la ansiedad, los trastornos de conducta, los trastornos del aprendizaje y el consumo de sustancias (32). No obstante, la proporción de trastorno depresivo encontrada en esta investigación resulta especialmente alta, lo que podría estar vinculado con la etapa adolescente, periodo en el cual aumentan las exigencias académicas, sociales y familiares, así como la percepción de dificultades funcionales asociadas al TDAH. Este hallazgo también se relaciona con lo señalado por Rusca, Fiorella; Cortez, Carla quienes indican que aproximadamente el 70% de los casos de TDAH puede coexistir con otros trastornos psiquiátricos o neurológicos, destacando la importancia de una evaluación clínica que no se limite únicamente a los síntomas de inatención, hiperactividad o impulsividad (34).

Respecto a las características sociodemográficas, se observó que predominó el grupo de 15 a 18 años, con 37 adolescentes (62.7%), frente al grupo de 12 a 14 años, con 22 adolescentes (37.3%). Asimismo, se encontró una ligera predominancia del sexo masculino, con 31 casos (52.5%), en comparación con el sexo femenino, que representó 28 casos (47.5%). Estos resultados son parcialmente similares a los encontrados por Martínez, Andrea quien reportó que el 57% de su muestra correspondía a varones y el 43% a mujeres, además de encontrar mayor presencia de TDAH en varones (33). Del mismo modo, Diez, Edson identificó mayor incidencia del trastorno en varones, especialmente en el grupo etario de 6 a 9 años (35). La diferencia en el grupo de edad predominante puede explicarse por el tipo de población evaluada, ya que los antecedentes nacionales citados trabajaron principalmente con escolares de primaria, mientras que la presente investigación se centró en adolescentes atendidos en consulta externa psiquiátrica.

En cuanto a la relación entre comorbilidades psiquiátricas y edad, se encontró asociación estadísticamente significativa con el trastorno depresivo ($p = 0.045$), los trastornos del sueño ($p = 0.048$) y otros trastornos ($p = 0.002$). En estos tres casos, la mayor proporción de presencia se concentró en adolescentes de 15 a 18 años: el trastorno depresivo alcanzó 25 casos (42.4%) en este grupo, los trastornos del sueño 18 casos (30.5%) y otros trastornos 16

casos (27.1%). Estos hallazgos sugieren que, conforme avanza la adolescencia, podrían incrementarse algunas manifestaciones afectivas y del sueño asociadas al TDAH. Este resultado contrasta con lo reportado por Zuluaga et al, quienes encontraron que las comorbilidades se presentaban con mayor frecuencia entre los 8 y 11 años, especialmente en el subtipo combinado del TDAH (5). La diferencia podría deberse a que dicho estudio incluyó niños y adolescentes desde los 5 hasta los 15 años, mientras que la presente investigación evaluó únicamente adolescentes, por lo que el comportamiento de las comorbilidades puede variar según la etapa del desarrollo.

Por otro lado, no se encontró relación significativa entre la edad y el trastorno de ansiedad ($p = 0.097$), trastorno bipolar ($p = 0.437$), trastorno de conducta ($p = 0.119$), trastorno por uso de sustancias ($p = 0.437$), trastorno del espectro autista ($p = 0.280$), trastornos específicos del aprendizaje ($p = 0.705$) ni trastornos de tics o síndrome de Tourette ($p = 0.062$). Aunque algunos valores, como el obtenido en trastornos de tics o síndrome de Tourette ($p = 0.062$), se aproximan al nivel de significancia, no alcanzan el criterio estadístico de $p < 0.05$. Esto indica que, en la muestra estudiada, la edad no se asoció de manera significativa con la mayoría de comorbilidades evaluadas, aunque sí mostró relevancia en los trastornos depresivos, del sueño y otros trastornos.

En relación con el sexo, se halló asociación estadísticamente significativa únicamente con el trastorno depresivo ($p = 0.041$), el cual estuvo presente en 20 mujeres (33.9%) y 14 varones (23.7%). Este resultado permite observar una mayor proporción de trastorno depresivo en adolescentes mujeres con TDAH, lo cual coincide parcialmente con lo reportado por Manrique, Allison quien identificó mayor prevalencia de trastornos de personalidad en mujeres y señaló que entre las comorbilidades asociadas se encontraban el TDAH, la dependencia a sustancias y la depresión (39). Asimismo, guarda relación con lo informado por Lopez, Diana quien encontró que los síntomas compatibles con TDAH en estudiantes universitarios predominaban en el sexo femenino y se asociaban significativamente con deterioro de habilidades sociales ($p < 0.001$). Aunque el estudio de Lopez se realizó en población universitaria y no en adolescentes atendidos en psiquiatría, ambos resultados sugieren que el sexo femenino puede presentar una carga clínica importante cuando el TDAH se acompaña de afectación emocional o funcional (40).

En contraste, no se evidenció relación significativa entre el sexo y las demás comorbilidades evaluadas: trastorno de ansiedad ($p = 0.253$), trastorno bipolar ($p = 0.338$), trastorno de conducta ($p = 0.437$), trastorno por uso de sustancias ($p = 0.338$), trastorno del espectro

autista ($p = 0.615$), trastornos específicos del aprendizaje ($p = 0.942$), trastornos de tics o síndrome de Tourette ($p = 0.942$), trastornos del sueño ($p = 0.099$) y otros trastornos ($p = 0.592$). Estos resultados difieren parcialmente de lo encontrado por Sánchez, Ana María quien reportó que la comorbilidad entre TDAH y adicciones fue más frecuente en varones, con 73%, frente a 27% en mujeres (38). Sin embargo, dicha diferencia puede explicarse porque el antecedente local se centró en pacientes con adicciones internados en una clínica neuropsiquiátrica, mientras que en la presente investigación el trastorno por uso de sustancias tuvo una frecuencia baja, con solo 1 caso (1.7%), lo que limita la posibilidad de identificar asociaciones estadísticas sólidas con el sexo.

Respecto a los antecedentes familiares de TDAH u otros trastornos mentales, se observó que la mayoría de adolescentes no presentó este antecedente, con 56 casos (94.9%), mientras que solo 3 casos (5.1%) sí lo presentaron. Además, no se encontró relación estadísticamente significativa entre esta variable y ninguna de las comorbilidades evaluadas: trastorno de ansiedad ($p = 0.657$), trastorno depresivo ($p = 0.745$), trastorno bipolar ($p = 0.815$), trastorno de conducta ($p = 0.884$), trastorno por uso de sustancias ($p = 0.815$), trastorno del espectro autista ($p = 0.681$), trastornos específicos del aprendizaje ($p = 0.739$), trastornos de tics o síndrome de Tourette ($p = 0.739$), trastornos del sueño ($p = 0.837$) y otros trastornos ($p = 0.859$). Este resultado no necesariamente descarta la importancia de los antecedentes familiares en el TDAH, sino que podría estar influido por el bajo número de adolescentes con antecedente familiar registrado, lo que reduce la capacidad para detectar asociaciones estadísticas. En este sentido, los resultados deben interpretarse con cautela y considerando el tamaño de la muestra.

Al comparar este hallazgo con los antecedentes nacionales, se observa que Navarro, María; Tamay, Edin identificaron factores relacionados con la presencia de síntomas de TDAH en adolescentes, entre ellos el tipo de parto, la salud general y la situación familiar, aunque su estudio se orientó a estimar la prevalencia de síntomas en población escolar (36). En dicho antecedente se reportó una prevalencia de síntomas de TDAH de 13%, con predominio del subtipo inatento en 49.1%. A diferencia de este trabajo, la presente investigación no evaluó la prevalencia general de TDAH en escolares, sino la relación entre comorbilidades psiquiátricas y características sociodemográficas en adolescentes ya diagnosticados con TDAH. Por ello, aunque los antecedentes familiares no mostraron asociación significativa en este estudio, los factores familiares continúan siendo relevantes para comprender el contexto clínico, educativo y social del adolescente con TDAH.

En cuanto a la exposición prenatal a sustancias tóxicas, se encontró que 49 adolescentes (83.1%) no presentaron este antecedente, mientras que 10 adolescentes (16.9%) sí lo presentaron. No se identificó relación estadísticamente significativa con ninguna comorbilidad psiquiátrica: trastorno de ansiedad ($p = 0.688$), trastorno depresivo ($p = 0.592$), trastorno bipolar ($p = 0.649$), trastorno de conducta ($p = 0.601$), trastorno por uso de sustancias ($p = 0.649$), trastorno del espectro autista ($p = 0.422$), trastornos específicos del aprendizaje ($p = 0.205$), trastornos de tics o síndrome de Tourette ($p = 0.516$), trastornos del sueño ($p = 0.942$) y otros trastornos ($p = 0.499$). Estos resultados indican que, en la muestra estudiada, la exposición prenatal a sustancias tóxicas no se asoció significativamente con las comorbilidades evaluadas. Sin embargo, al igual que con los antecedentes familiares, la interpretación debe considerar que el grupo expuesto fue reducido, lo que podría limitar la identificación de diferencias estadísticamente significativas.

El hallazgo relacionado con el bajo porcentaje de trastorno por uso de sustancias, identificado solo en 1 adolescente (1.7%), contrasta con lo señalado por Rohner et al, quienes reportaron que la prevalencia de TDAH en poblaciones con trastorno por uso de sustancias puede alcanzar estimaciones importantes, señalando valores previos alrededor de 23.1% y una prevalencia en adolescentes con trastorno por uso de sustancias de hasta 25.3% (4). Esta diferencia puede explicarse por el enfoque inverso de las poblaciones estudiadas: Rohner et al. analizaron la presencia de TDAH dentro de poblaciones con consumo de sustancias, mientras que la presente investigación evaluó comorbilidades dentro de adolescentes con diagnóstico de TDAH. Además, el contexto de consulta externa y la edad de los participantes podrían influir en una menor detección o registro de consumo problemático de sustancias.

A nivel local, los resultados también se relacionan con el estudio de Arque, Edgar quien encontró una frecuencia de TDAH de 30.86% en niños y adolescentes residentes en albergues de menores de Arequipa, además de asociación con bajo o regular rendimiento escolar y problemas de conducta en el albergue y en la escuela. Si bien dicho estudio se centró en frecuencia y factores asociados al TDAH, coincide con la presente investigación en resaltar la importancia de los problemas conductuales vinculados a este trastorno (37). En la muestra actual, el trastorno de conducta fue la comorbilidad más frecuente, con 62.7%, lo que confirma que las alteraciones conductuales constituyen una dimensión central en la atención de adolescentes con TDAH, especialmente cuando estos llegan a servicios especializados de salud mental.

En conjunto, los resultados de esta investigación confirman lo señalado por los antecedentes internacionales, nacionales y locales respecto a que el TDAH suele acompañarse de otras condiciones psiquiátricas, principalmente trastornos conductuales, afectivos, ansiosos y del aprendizaje. La principal diferencia con algunos antecedentes radica en la magnitud de las frecuencias encontradas, ya que en este estudio se reportaron porcentajes altos de trastorno de conducta (62.7%), trastorno depresivo (57.6%) y trastorno de ansiedad (45.8%). Esta mayor frecuencia puede atribuirse al tipo de muestra, compuesta por adolescentes atendidos en consulta externa psiquiátrica, lo cual probablemente representa una población con mayor carga clínica que la observada en estudios escolares o poblacionales.

Finalmente, desde el análisis inferencial, se puede señalar que la edad se relacionó significativamente con el trastorno depresivo ($p = 0.045$), los trastornos del sueño ($p = 0.048$) y otros trastornos ($p = 0.002$), mientras que el sexo se relacionó significativamente solo con el trastorno depresivo ($p = 0.041$). Por el contrario, los antecedentes familiares de TDAH u otros trastornos mentales y la exposición prenatal a sustancias tóxicas no mostraron asociaciones estadísticamente significativas con las comorbilidades psiquiátricas evaluadas. Estos hallazgos permiten sostener que, en la población estudiada, las variables edad y sexo adquieren mayor relevancia en la presencia de determinadas comorbilidades, especialmente las de tipo depresivo y del sueño, mientras que los antecedentes familiares y prenatales no evidenciaron relación significativa dentro de esta muestra. En ese sentido, la evaluación clínica de adolescentes con TDAH debe incorporar de manera sistemática el tamizaje de comorbilidades psiquiátricas, particularmente trastornos de conducta, depresión, ansiedad y alteraciones del sueño, a fin de orientar intervenciones más completas y ajustadas a las necesidades reales del paciente.

CONCLUSIONES

PRIMERA: Se identificó que los adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad atendidos en consulta externa del Hospital III Yanahuara presentaron diversas comorbilidades psiquiátricas, predominando los trastornos de conducta, seguidos por los trastornos depresivos, de ansiedad y del sueño. Asimismo, las características sociodemográficas permitieron caracterizar a la población estudiada, observándose un predominio de adolescentes de 15 a 18 años y del sexo masculino.

SEGUNDA: Se determinó que existe una relación estadísticamente significativa entre algunas características sociodemográficas y determinadas comorbilidades psiquiátricas. La edad mostró asociación con los trastornos depresivos, los trastornos del sueño y otras comorbilidades, mientras que el sexo se relacionó con los trastornos depresivos. En contraste, los antecedentes familiares y la exposición prenatal a sustancias tóxicas no evidenciaron una asociación estadísticamente significativa.

TERCERA: De acuerdo con los resultados obtenidos, la hipótesis de investigación se acepta parcialmente, ya que se evidenció una relación estadísticamente significativa entre algunas características sociodemográficas y determinadas comorbilidades psiquiátricas en adolescentes con TDAH; sin embargo, dicha relación no se observó en todas las variables sociodemográficas evaluadas. Estos hallazgos resaltan la importancia de realizar una evaluación integral que considere tanto las comorbilidades psiquiátricas como las características sociodemográficas para favorecer una atención oportuna e individualizada.

RECOMENDACIONES

PRIMERA: Se recomienda al personal de salud del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara fortalecer la evaluación integral y el seguimiento clínico de los adolescentes con TDAH, incorporando la detección sistemática de las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes, especialmente los trastornos de conducta, depresión, ansiedad y trastornos del sueño, con el fin de brindar un tratamiento oportuno e individualizado.

SEGUNDA: Se recomienda a los padres y cuidadores de adolescentes con TDAH mantener un seguimiento continuo de la salud mental de sus hijos, asistir periódicamente a los controles médicos y psicológicos, favorecer la adherencia al tratamiento indicado y brindar un ambiente familiar de apoyo que facilite la detección temprana de cambios emocionales o conductuales asociados a posibles comorbilidades psiquiátricas.

TERCERA: Se recomienda a las instituciones educativas y al personal docente promover estrategias de detección temprana, acompañamiento y apoyo a los estudiantes con TDAH, fortaleciendo la comunicación con la familia y los profesionales de salud para favorecer intervenciones oportunas que contribuyan al bienestar emocional, al desempeño académico y a la inclusión educativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

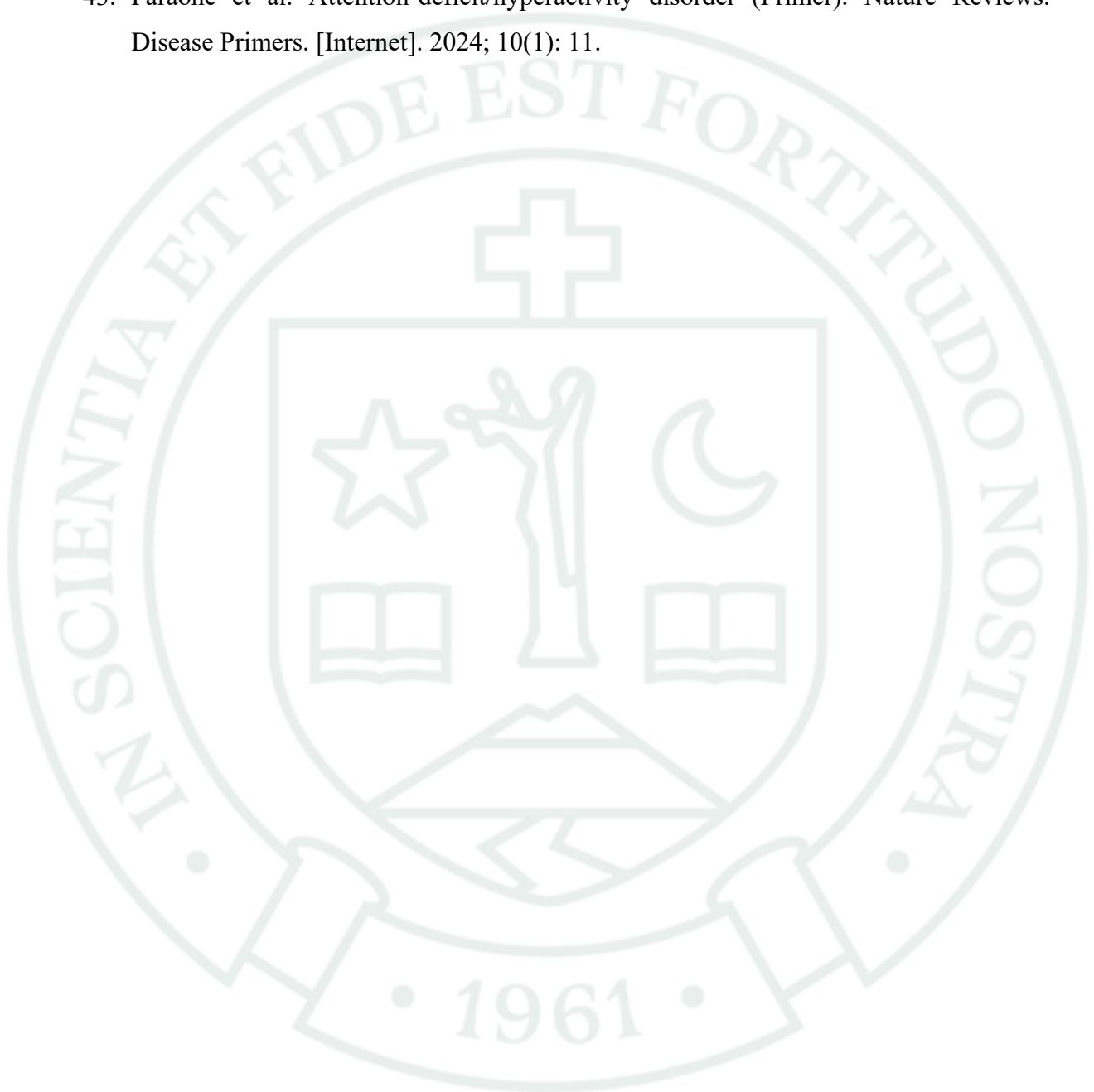
1. Popit et al. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*. [Internet]. 2024; 67(1): e68.
2. Njardvik et al. Psychiatric comorbidity in children and adolescents with ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. [Internet]. 2025;; 102571.
3. Fu et al. Adult ADHD and comorbid anxiety and depressive disorders: a review of etiology and treatment. *Frontiers in Psychiatry*. [Internet]. 2025; 16: 1597559.
4. Rohner et al. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among substance use disorder (SUD) populations: meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. [Internet]. 2023; 20(2): 1275.
5. Zuluaga et al. Comorbilidades asociadas al déficit de atención con hiperactividad. *Revista de la Facultad de Medicina*. [Internet]. 2017; 65(1): 61--66.
6. Gnanavel et al. Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World journal of clinical cases*. [Internet]. 2019; 7(17): 2420.
7. Fundación CADAH. Información sobre el TDA - TDAH o Déficit de Atención con/sin Hiperactividad en adolescentes y sus comorbilidades. [Online].; 2024. Disponible en: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/comorbilidades-del-adolescente-con-tdah.html>.
8. Mardomingo et al. Evaluación de la comorbilidad y la ansiedad social en adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Estudio SELFIE. *Anales de Pediatría*. [Internet]. 2019; 90(6): 349--361 Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/es-evaluacion-comorbilidad-ansiedad-social-adolescentes-articulo-S169540331830409X>.
9. Medici et al. Prevalence of comorbidities in children with attention deficit/hyperactivity disorder: Measured and systematic review of care health studies. *Revista mexicana de neurociencia*. [Internet]. 2020; 21(4): 143--149.
10. Hernández et al. Metodología de la investigación: McGraw-Hill[Internet]. 2023.
11. Koutsoklenis, Athanasios; Honkasilta, Juho. ADHD in the DSM-5-TR: What has changed and what has not. *Frontiers in psychiatry*. [Internet]. 2023; 13: 1064141.

12. Waltereit et al. Retrospective assessment of ICD-10/DSM-5 criteria of childhood ADHD from descriptions of academic and social behaviors in German primary school reports. *European Child & Adolescent Psychiatry*. [Internet]. 2025; 34(2): 659--673.
13. Kondi et al. Emotion dysregulation in adolescents is normalized by ADHD pharmacological treatment. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. [Internet]. 2025; 12(1): 3.
14. Schmengler et al. ADHD symptoms and educational level in adolescents: the role of the family teachers and peers. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*. [Internet]. 2023; 51(7): 1051--1066.
15. Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC). Diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). [Online].; 2024. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/adhd/diagnosis.html>.
16. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5 Washington DC: American Psychiatric Association[Internet]. 2013.
17. Centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC). Síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). [Online].; 2024. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/adhd/symptoms.html>.
18. Aboitiz et al. Balance en la cuerda floja: la neurobiología del trastorno por déficit atencional e hiperactividad. *Revista Médica Clínica Las Condes*. [Internet]. 2012; 23(5): 559--565.
19. Claussen et al. All in the Family? A Systematic Review and Meta-analysis of Parenting and Family Environment as Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children. *Prevention Science*. [Internet]. 2024; 25(Suppl 2): 249--271.
20. Eom TH, Kim YH. Clinical practice guidelines for attention-deficit/hyperactivity disorder: recent updates. *Clinical and Experimental Pediatrics*. [Internet]. 2023; 67(1): 26.
21. Musullulu H. Evaluating attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD): a review of current methods and issues. *Frontiers in psychology*. [Internet]. 2025; 16: 1466088.

22. Walter et al. Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with major and persistent depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. [Internet]. 2023; 62(5): 479--502.
23. Belsham et al. The SASOP/PsychMg child and adolescent attention-deficit/hyperactivity disorder guidelines. *South African Journal of Psychiatry*. [Internet]. 2025; 31: 2357.
24. Thapar et al. Practitioner Review: Attention-deficit hyperactivity disorder and autism spectrum disorder--the importance of depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. [Internet]. 2023; 64(1): 4--15.
25. National Institute of Mental Health. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: What You Need to Know. [Online].; 2024. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/attention-deficit-hyperactivity-disorder-what-you-need-to-know>.
26. Tusa et al. The risk of attention deficit hyperactivity disorder symptoms in offspring of mothers with perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *Asian Journal of Psychiatry*. [Internet]. 2024; 102: 104261.
27. Maher et al. Systematic Review and Meta-analysis of the Relationship Between Exposure to Parental Substance Use and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children. *Prevention Science*. [Internet]. 2024; 25(Suppl 2): 291--315.
28. Xian et al. Sleep dysregulation in ADHD children: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. [Internet]. 2025; 55: e321.
29. Hours C, Recasens C, Baleyte JM. ASD and ADHD comorbidity: What are we talking about? *Frontiers in psychiatry*. [Internet]. 2022; 13: 837424.
30. Rothenberger A, Heinrich H. Co-occurrence of tic disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder—does it reflect a common neurobiological background? *Biomedicines*. [Internet]. 2022; 10(11): 2950.
31. Danielson et al. ADHD prevalence among US children and adolescents in 2022: diagnosis severity co-occurring disorders and treatment. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. [Internet]. 2024; 53(3): 343--360.
32. Hervás A. El TDAH y su comorbilidad. *ADOLESCERE*. [Internet]. 2018.

33. Martínez A. Prevalencia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en estudiantes de primaria en un distrito de Lima Metropolitana: [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica] Lima - Perú[Internet]. 2024.
34. Rusca F, Cortez C. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. Revista de Neuro-Psiquiatría. [Internet]. 2020; 83(3): 148-156.
35. Díez, Edson. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de primaria entre instituciones educativas públicas y privadas de Lima Sur: [Tesis para optar el título profesional] Universidad Autónoma del Perú Lima[Internet]. 2021.
36. Navarro M, Tamay E. Prevalencia de síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes Chota – 2023: [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería] [Internet]. 2024.
37. Arque, Edgar. Frecuencia y factores sociodemográficos asociados al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños y adolescentes de albergues de menores de la ciudad de Arequipa 2015: [Tesis de grado] Universidad Nacional de San Agustín Arequipa[Internet]. 2016.
38. Sánchez, Ana María. Comorbilidad de TDAH y adicción en pacientes de una clínica neuropsiquiátrica y de salud mental en la ciudad de Arequipa Perú 2017: [Tesis de grado] Universidad Inca Garcilaso de la Vega Arequipa - Perú[Internet]. 2020.
39. Manrique, Allison. Prevalencia características sociodemográficas y comorbilidad de los trastornos de personalidad de pacientes internados en la clínica privada de salud mental de Arequipa 2012 - 2019: [Tesis de grado] Universidad Católica San Pablo Arequipa - Perú[Internet]. 2020.
40. Lopez, Diana. Síntomas de TDAH y deterioro de habilidades sociales en estudiantes universitarios de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa: [Tesis de grado] Universidad Nacional de San Agustín Arequipa - Perú[Internet]. 2023.
41. Baroni A, Castellanos FX. Neuroanatomic and cognitive abnormalities in attention-deficit/hyperactivity disorder in the era of ‘high definition’neuroimaging. Current opinion in neurobiology. [Internet]. 2015; 30: 1--8.

42. Shu et al. A resting-state functional magnetic resonance imaging meta-analysis of differences in brain activity between children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder using activation likelihood estimation. *European Child & Adolescent Psychiatry*. [Internet]. 2025;; 1--17.
43. Faraone et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder (Primer). *Nature Reviews. Disease Primers*. [Internet]. 2024; 10(1): 11.





ANEXOS

Anexo 1

Carta para el Comité de Ética solicitando revisión de proyecto

Señor

Dr. Máximo Rondón Rondón

Vicerrector de Investigación

Presente.-

Yo, Alpaca Riveros, Alejandra Sophia, Bachiller de la **Facultad de Medicina Humana, Escuela Profesional de Medicina Humana**, me dirijo a usted con el debido respeto para solicitar la aprobación del Comité de Ética Institucional para la ejecución de mi proyecto de investigación titulado:

“Comorbilidades y características sociodemográficas en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, 2025”.

La presente solicitud tiene como objetivo cumplir con los lineamientos éticos requeridos para el desarrollo de investigaciones académicas dentro de la universidad, garantizando así el respeto y el bienestar de los participantes involucrados.

Agradezco de antemano su atención a la presente y quedo a la espera de una respuesta favorable.

Atentamente,

Alpaca Riveros, Alejandra Sophia

Bachiller en Medicina Humana

Anexo 2

Dictamen favorable del Comité de Ética



**Universidad
Católica de
Santa María**

Investigador/a/es/as
Alpaca Riveros, Alejandra Sophia

Sentimiento Santamariano

**Comité
Institucional de
Ética de la
Investigación**

Campus Central
Urb. San José s/n Umacollo
Arequipa – Perú
(+54) — 382038

UCSM.EDU.PE

Arequipa, 1 de junio de 2026

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted/es para hacerle/s llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: “Comorbilidades y características sociodemográficas en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, 2025”.

INVESTIGADOR/A/ES/AS: Alpaca Riveros, Alejandra Sophia.

TIPO Y DISEÑO: Observacional, retrospectivo, descriptivo, no experimental, de corte transversal.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Determinar las comorbilidades y características sociodemográficas más frecuentes relacionadas con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en adolescentes atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, durante el año 2025.



PROCEDIMIENTOS: Revisión documental.

SUJETOS DE ESTUDIO: Adolescentes con diagnóstico de TDAH que serán atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara durante el año 2025.

RIESGO DEL ESTUDIO: Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS: Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

DICTAMEN:



DICTAMEN FAVORABLE 334 - 2026 CIEI-UCSM

VIGENCIA: La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente dictamen hasta el 1 de junio de 2027.

Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Arequipa, 1 de junio de 2026



Anexo 3

Ficha de recolección de datos

Ficha de registro / Lista de cotejo para revisión de historias clínicas

Título del estudio: Comorbilidades y características sociodemográficas en adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) atendidos en consulta externa del área de Psiquiatría del Hospital III Yanahuara, Arequipa, 2025

A. Datos de identificación (no nominales)

- Código de ficha: _____
- Código de historia clínica: _____
- Fecha de atención (año 2025): ____/ ____/ ____
- Edad (años): _____
- Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

B. Factores perinatales y familiares

1. **Antecedentes familiares de TDAH u otros trastornos mentales**
☐ Sí ☐ No ☐ No consignado
2. **Exposición prenatal a sustancias tóxicas**
(alcohol, tabaco, drogas u otros, según registro)
☐ Sí ☐ No ☐ No consignado

C. Comorbilidades en adolescentes con TDAH

C.1. Presencia de trastornos psiquiátricos

1. Trastorno de ansiedad
☐ Presente ☐ Ausente ☐ No consignado
2. Trastorno depresivo
☐ Presente ☐ Ausente ☐ No consignado
3. Trastorno bipolar
☐ Presente ☐ Ausente ☐ No consignado
4. Trastorno de conducta
☐ Presente ☐ Ausente ☐ No consignado

5. Trastorno por uso de sustancias

☐ Presente ☐ Ausente ☐ No consignado

6. Trastorno del espectro autista (TEA)

☐ Presente ☐ Ausente ☐ No consignado

7. Trastornos específicos del aprendizaje

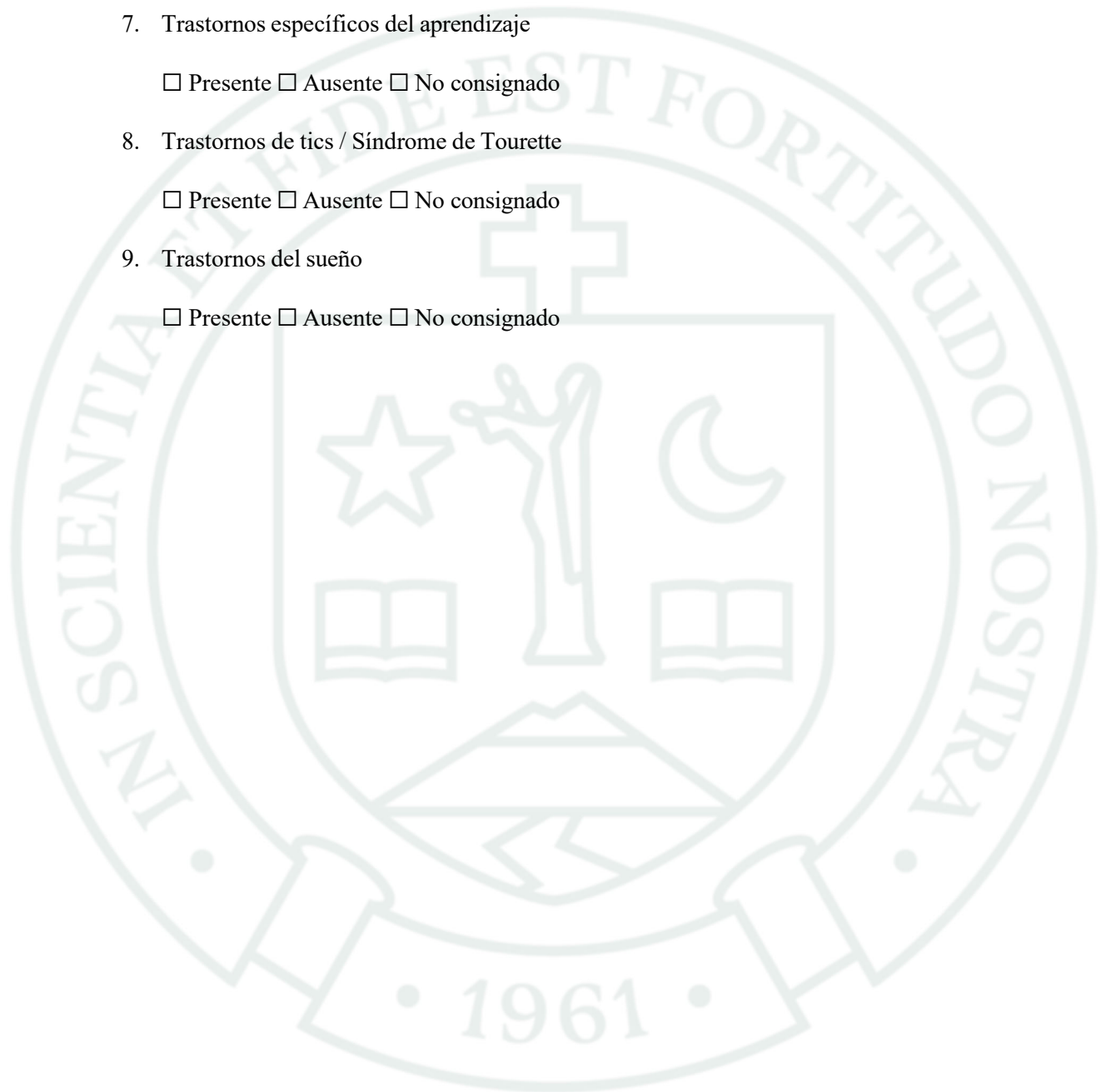
☐ Presente ☐ Ausente ☐ No consignado

8. Trastornos de tics / Síndrome de Tourette

☐ Presente ☐ Ausente ☐ No consignado

9. Trastornos del sueño

☐ Presente ☐ Ausente ☐ No consignado



Anexo 4
Matriz de datos

Edad (años)	Edad	Sexo	Provincia de procedencia	Antecedentes familiares de TDAH u otros trastornos mentales	Exposición prenatal a sustancias tóxicas	Trastorno de ansiedad	Trastorno depresivo	Trastorno bipolar	Trastorno de conducta	Trastorno por uso de sustancias	Trastorno del espectro autista (TEA)
18	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2
17	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2
17	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2
17	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2
17	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2
17	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2
17	2	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2
17	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2
17	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2
17	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2
17	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2
17	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2
17	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2
16	2	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2
16	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2
16	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2
16	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2
16	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2
16	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2
16	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2
16	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2
15	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2
15	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2
15	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2
15	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2
15	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1
15	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2
15	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
14	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2
14	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
14	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2
15	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
15	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
14	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2
14	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2
15	2	2	1	2	1	2	1	2	1	2	2
15	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2
15	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2

15	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2
14	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2
13	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2
13	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2
13	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
12	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2
13	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2
14	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
13	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2
15	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2
13	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2
18	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	2
14	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1
14	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1
15	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2
14	1	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2
13	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
12	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2
12	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
12	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
12	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2