



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

Asociación entre trauma infantil y trastorno por déficit de
atención e hiperactividad en adolescentes atendidos en
consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano
Heredia, 2026

Association between childhood trauma and attention deficit
hyperactivity disorder in adolescents treated at the psychiatry
outpatient clinic at Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2026

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
PSIQUIATRÍA

AUTOR

CLAUDIA FLOR VANESSA QUIROZ GARCIA

ASESOR

JORGE MARTIN AREVALO FLORES

COASESOR

CARLOS AUGUSTO ORDOÑEZ HUAMAN

LIMA – PERÚ
2026



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

La egresada:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	QUIROZ GARCIA CLAUDIA FLOR VANESSA

Perteneciente al programa de **SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PSIQUIATRIA**, autor del proyecto de investigación titulado: **Asociación entre trauma infantil y trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2026**, el cual ha sido elaborado y aprobado, para optar por el **TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PSIQUIATRIA**, bajo la modalidad de **Proyecto de investigación**.

En calidad de docente (s) asesor (es) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	AREVALO FLORES JORGE MARTIN	MEDICINA	Asesor
2.	ORDOÑEZ HUAMAN CARLOS AUGUSTO	MEDICINA	Co-asesor

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **23%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **3627156302**; fecha de entrega: **13-08-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 17 de agosto de 2026**

Firma del asesor

N° DNI: 40958009
ORCID: 0000-0001-7849-8839

Firma del Co-asesor

N° DNI: 07305628
ORCID: 0000-0001-9132-7962

1. Resumen

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes en población infantojuvenil y se asocia con deterioro académico, familiar y social, además de alta comorbilidad psiquiátrica. La evidencia internacional indica que el trauma infantil podría incrementar la probabilidad de TDAH, modular su complejidad clínica y dificultar el diagnóstico diferencial por la superposición de síntomas de inatención, impulsividad y desregulación emocional. El objetivo del estudio será evaluar la asociación entre trauma infantil y TDAH en adolescentes de 10 a 19 años atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante 2026. Se realizará un estudio observacional, analítico, de casos y controles no pareado. Los casos serán adolescentes con diagnóstico clínico de TDAH consignado en la historia clínica según criterios DSM-5; los controles serán adolescentes del mismo servicio sin diagnóstico actual ni previo de TDAH. La exposición principal será el trauma infantil medido con la versión peruana adaptada del Cuestionario de Trauma Infantil formulario corto (CTQ-FC). El tamaño muestral teórico se calculará para un estudio de casos y controles no pareado; operativamente se incluirán todos los casos elegibles y un control consecutivo por cada caso. La asociación se evaluará con chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher y mediante regresión logística binaria para estimar odds ratio crudos y ajustados por edad y sexo, con intervalos de confianza al 95%. Se espera aportar evidencia local útil para fortalecer la pesquisa sistemática de trauma infantil en adolescentes con TDAH en un hospital general.

Palabras clave: trauma infantil; trastorno por déficit de atención con hiperactividad; adolescentes.

2. Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento académico, social y familiar. El DSM-5 reconoce tres presentaciones clínicas: predominantemente inatenta, predominantemente hiperactiva/impulsiva y combinada. Su expresión clínica es dinámica a lo largo del desarrollo, pero en la adolescencia continúa asociándose con bajo rendimiento escolar, conflictos familiares, accidentes, conductas de riesgo y deterioro psicosocial. Los consensos y guías clínicas actuales lo consideran un problema prioritario de salud mental infantil y del adolescente. En términos epidemiológicos, una meta-revisión reciente estimó una prevalencia agrupada de 7,2% en niños y adolescentes, mientras que una revisión sistemática global reportó una prevalencia cercana al 8%; en el Perú, revisiones clínicas resumen cifras entre 3% y 5% en estudios realizados en Lima y Callao (1-6).

Desde la neurobiología, el TDAH muestra una etiología predominantemente genética y una arquitectura poligénica compleja, modulada por exposiciones ambientales del neurodesarrollo. Las revisiones contemporáneas describen alteraciones funcionales y estructurales en circuitos fronto-estriatales, fronto-cerebelosos y límbicos, así como disfunción de la neurotransmisión catecolaminérgica y de redes asociadas al control inhibitorio, la atención sostenida, la memoria de trabajo, la motivación y la regulación emocional. Esta base neurobiológica ayuda a explicar tanto la heterogeneidad clínica como la persistencia de síntomas y la frecuente coexistencia con otros trastornos psiquiátricos y del neurodesarrollo (3,7,8).

El TDAH rara vez se presenta de forma aislada. Una revisión sistemática y metaanálisis publicada en 2025, basada en 121 estudios y 39 894 niños y adolescentes con TDAH, encontró altas tasas de comorbilidad: trastorno negativista desafiante 34,7%, otros trastornos de la conducta 30,7%, trastornos de ansiedad 18,4%, fobias específicas 11,0%, enuresis 10,8% y trastorno disocial 10,7% (9). Esta elevada comorbilidad incrementa la carga funcional, complica el diagnóstico diferencial y exige una valoración clínica integral. Por ello, las guías recomiendan que el diagnóstico de TDAH no se base exclusivamente en escalas, sino en la integración de historia del desarrollo, persistencia de síntomas, afectación funcional y evaluación cuidadosa de comorbilidades y diagnósticos alternativos (1-3,10).

Su etiología es multifactorial. Además de la vulnerabilidad genética, la literatura reciente ha identificado factores prenatales, perinatales y postnatales, exposición parental a sustancias, trastornos del sueño, adversidad psicosocial y características del entorno familiar como correlatos consistentes del TDAH. Metaanálisis recientes también destacan la asociación de variables del ambiente familiar, entre ellas maltrato general, abuso físico, hostilidad, conflicto y adversidad relacional, con mayor probabilidad de TDAH y con cuadros clínicos de mayor complejidad (11-13).

En ese marco, el trauma infantil constituye una exposición epidemiológicamente relevante. Un metaanálisis de 70 estudios independientes y cerca de 4 millones de participantes encontró que la exposición a experiencias adversas en la infancia se asoció con mayor probabilidad de TDAH posterior (OR agrupado 1,68; IC95% 1,54-1,83), con diferencias según subtipo de adversidad (14). De forma complementaria, una revisión sistemática de estudios longitudinales concluyó que los 11 estudios incluidos mostraron asociación entre maltrato y TDAH; aunque siete

aportaron evidencia de temporalidad y cuatro mostraron gradiente dosis-respuesta, la dirección causal no pudo establecerse con certeza en todos los casos, lo que refuerza la necesidad de estudios clínicos locales bien delimitados (15).

La asociación también parece seguir un patrón dosis-respuesta y traducirse en mayor complejidad clínica. En una muestra nacional estadounidense posterior a la pandemia, los niños con cuatro o más experiencias adversas tuvieron 3,44 veces más probabilidades de presentar TDAH que aquellos sin adversidades, y todas las categorías de ACE mostraron asociación significativa (16). Otros estudios han encontrado incremento paralelo entre número de ACE y severidad de síntomas tipo TDAH; en universitarios franceses, el antecedente de una ACE, dos ACE y tres o más ACE se asoció con odds ajustados de 2,1; 4,5 y 5,2, respectivamente, para síntomas compatibles con TDAH (17,18). Además, la coexistencia entre TDAH y trauma se ha relacionado con más desregulación conductual, agresividad, mayor deterioro funcional y peor perfil psicosocial; una revisión específica sobre TDAH y maltrato describió efectos aditivos sobre resultados clínicamente relevantes (19,20).

Los países nórdicos aportan evidencia especialmente valiosa por sus registros poblacionales. Un estudio de cohorte sueco en 543 650 adolescentes y adultos jóvenes mostró que la adversidad acumulativa en la infancia se asoció con mayor probabilidad de TDAH tratado y evidenció un patrón dosis-respuesta (21). En Finlandia, un estudio longitudinal de registros vinculó las experiencias adversas en la infancia con mayor carga de trastornos del neurodesarrollo en jóvenes con y sin exposición prenatal a sustancias (22). Paralelamente, Dinamarca, Noruega y Finlandia han documentado aumento sostenido de la frecuencia diagnóstica y del uso de tratamiento para TDAH, especialmente en adolescentes, lo que subraya la

relevancia de precisar fenotipos clínicos y factores de riesgo en la práctica asistencial (23-25). En el Perú existe escasa investigación clínica sobre trauma infantil en adolescentes con TDAH atendidos en hospitales generales. Adicionalmente, el CTQ-FC cuenta con adaptación y validación recientes en población peruana escolar y universitaria, lo que favorece su uso en investigación clínica local (26-28). En consecuencia, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe asociación entre trauma infantil y trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes de 10 a 19 años atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el año 2026?

3. Objetivos

Objetivo general

Evaluar la asociación entre el antecedente de trauma infantil y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes de 10 a 19 años atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el año 2026.

Objetivos específicos

1. Describir la frecuencia de antecedente de trauma infantil en adolescentes con y sin diagnóstico de TDAH.
2. Comparar los puntajes de trauma infantil, mediante el CTQ-FC, entre adolescentes con y sin diagnóstico de TDAH.
3. Estimar la asociación entre antecedente de trauma infantil y TDAH mediante odds ratio crudos y ajustados por edad y sexo.

4. Material y método

a) Diseño del estudio

Estudio observacional, analítico, de casos y controles no pareado.

b) Población

Población blanco: adolescentes de 10 a 19 años que reciben atención psiquiátrica ambulatoria.

Población accesible: adolescentes de 10 a 19 años atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante 2026.

Población de estudio: adolescentes de 10 a 19 años atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia durante el periodo de recolección de datos y que acepten participar voluntariamente, con asentimiento y consentimiento del padre, madre o apoderado cuando corresponda.

Criterios de inclusión para casos: Adolescentes de 10 a 19 años con diagnóstico clínico de TDAH según criterios DSM-5, consignado en la historia clínica por psiquiatra de niños y adolescentes o psiquiatra tratante del servicio.

Criterios de inclusión para controles: adolescentes de 10 a 19 años atendidos en el mismo servicio durante el mismo periodo, sin diagnóstico actual ni previo de TDAH consignado en la historia clínica.

Criterios de exclusión para ambos grupos:

1. Pacientes que tengan otros trastornos psiquiátricos graves como trastorno psicótico, esquizofrenia, trastorno del espectro autista moderado a severo, trastornos neurológicos graves e intoxicación aguda de sustancias psicoactivas que puedan interferir en la interpretación de los resultados.
2. Pacientes con diagnóstico de discapacidad intelectual moderada a profunda, además de barreras lingüísticas, que imposibiliten la entrevista o el asentimiento.
3. Pacientes que presenten el diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.

c) Muestra

Se empleará muestreo no probabilístico consecutivo. La unidad de análisis será cada adolescente participante y la unidad de muestreo será la historia clínica complementada con la aplicación del instrumento. La razón caso: control será de 1:1. Se incluirán todos los casos elegibles de TDAH identificados durante el periodo de estudio y, por cada caso, se seleccionará un control consecutivo del mismo consultorio externo que cumpla los criterios de selección.

El tamaño muestral teórico se calculará para un estudio de casos y controles no pareado, utilizando la fórmula clásica para comparación de dos proporciones independientes (ver Anexo 4). Para la estimación inicial se asumirá un nivel de confianza de 95%, potencia de 80%, razón controles: casos de 1:1, proporción esperada de exposición al trauma en controles de 30% y un OR mínimo clínicamente relevante de 2,0, lo que genera un tamaño teórico de 141 casos y 141 controles (282 participantes en total). Debido a que el flujo real del servicio puede

ser menor al tamaño teórico, operativamente se incluirán todos los casos elegibles durante el periodo de estudio y un control consecutivo por cada caso; si el número anual de casos fuera finito y menor al requerido, se aplicará corrección por población finita en el anexo metodológico.

d) Definición operacional de variables

1. Variable dependiente:

TDAH: diagnóstico clínico de trastorno por déficit de atención e hiperactividad consignado en la historia clínica según criterios DSM-5. Variable cualitativa nominal dicotómica: sí/no.

2. Variable independiente:

Trauma infantil: antecedente de experiencias traumáticas durante la infancia evaluado mediante la versión peruana adaptada del Cuestionario de Trauma Infantil formulario corto (CTQ-FC). Se analizará de forma dicotómica (presencia/ausencia de trauma clínicamente relevante, según el punto de corte adoptado en la versión utilizada) y de forma dimensional mediante puntaje total y subescalas.

3. Covariables:

Edad: años cumplidos al momento del estudio, registrada como variable cuantitativa discreta.

Sexo: registrado según historia clínica como variable cualitativa nominal dicotómica. En análisis exploratorios se podrán describir además comorbilidades clínicas relevantes consignadas en la historia.

e) Procedimientos y técnicas

La variable dependiente del estudio será el diagnóstico de TDAH, definido por el registro clínico consignado por el psiquiatra tratante según criterios DSM-5, en concordancia con guías clínicas que recomiendan una evaluación integral del desarrollo, persistencia de síntomas y afectación funcional (1-3).

La exposición a trauma infantil se medirá mediante la versión peruana adaptada del Cuestionario de Trauma Infantil formulario corto (CTQ-FC), cuestionario autoaplicado retrospectivo, para determinar experiencias traumáticas en la infancia. Cada ítem se responde en una escala Likert de cinco puntos. El uso del instrumento en este estudio se sustenta en su amplia utilización internacional y en la disponibilidad de adaptación y validación en población peruana escolar y universitaria, con adecuada evidencia psicométrica local (26-28).

Se elaborará una ficha de recolección de datos que incluirá: código del participante, grupo de estudio, edad, sexo, fecha de atención, diagnóstico de TDAH, puntaje total del CTQ-FC y puntajes por subescala. El cuestionario será aplicado en un espacio privado, luego de verificar criterios de selección y de obtener el asentimiento/consentimiento correspondiente.

Debido a la naturaleza del instrumento, es posible que durante la aplicación emerja información sobre maltrato vigente o riesgo actual. En ese supuesto se activará la

ruta clínica e institucional correspondiente para protección del adolescente, sin afectar su atención habitual.

f) Aspectos éticos del estudio

El proyecto será sometido a evaluación y aprobación por el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia antes del inicio de la recolección de datos. La investigación se registrará por los principios éticos de la Declaración de Helsinki y por la normativa nacional e institucional vigente.

Debido a que la población está conformada por menores de edad, se solicitará consentimiento informado del padre, madre o apoderado, así como asentimiento informado del adolescente. La participación será voluntaria y no condicionará la atención en el servicio. La información recolectada se manejará de forma confidencial mediante códigos alfanuméricos; solo el equipo investigador tendrá acceso a la base identificable. Los resultados se presentarán de manera agregada, sin datos personales que permitan reconocer a los participantes.

g) Plan de análisis

Los datos serán analizados con el programa STATA versión 17 o superior. Las variables cualitativas se describirán mediante frecuencias absolutas y relativas; las cuantitativas, con media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, según la distribución observada.

Para el análisis bivariado se comparará la frecuencia de antecedente de trauma infantil entre casos y controles mediante chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher.

Asimismo, se compararán los puntajes totales y por subescalas del CTQ-FC entre ambos grupos mediante t de Student o U de Mann-Whitney, según corresponda.

La medida principal de asociación será el odds ratio (OR) con intervalo de confianza al 95%. Se construirá un modelo de regresión logística binaria con TDAH como variable dependiente y trauma infantil como variable independiente principal. Se estimarán OR crudos y OR ajustados por edad y sexo. Se considerará asociación estadísticamente significativa cuando el valor de p sea menor de 0,05.

5. Referencias bibliográficas

1. Drechsler R, Brem S, Brandeis D, Grünblatt E, Berger G, Walitza S. ADHD: current concepts and treatments in children and adolescents. *Neuropediatrics*. 2020;51(5):315-335. doi:10.1055/s-0040-1701658.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. NICE guideline NG87. London: NICE; 2025.
3. Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, Zheng Y, Biederman J, Bellgrove MA, et al. The World Federation of ADHD international consensus statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021; 128:789-818. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.01.022.
4. Chaulagain A, Kunwar A, Watts S, Guerrero APS, Pollak TA, Dalsgaard S. A systematic meta-review of systematic reviews on attention deficit hyperactivity disorder. *Eur Psychiatry*. 2023;66(1):e90. doi: 10.1192/j.eurpsy.2023.2451.
5. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Mohammadi M, Jalali R, Shohaimi S, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Ital J Pediatr*. 2023;49(1):48. doi:10.1186/s13052-023-01456-1.
6. Rusca-Jordán F, Cortez-Vergara C. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños y adolescentes: una revisión clínica. *Rev Neuropsiquiatr*. 2020;83(3):148-156. doi:10.20453/rnp.v83i3.3794.
7. da Silva BS, Pereira FC, de Salles Paineli V, Lafer B, Rohde LA. An overview on neurobiology and therapeutics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Discov Ment Health*. 2023;3(1):2. doi:10.1007/s44192-022-00030-1.
8. Shen F, Zhou H. Advances in the etiology and neuroimaging of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Front Pediatr*. 2024; 12:1400468. doi:10.3389/fped.2024.1400468.
9. Njardvik U, Wergeland GJ, Riise EN, Hannesdottir DK, Öst LG. Psychiatric comorbidity in children and adolescents with ADHD: a systematic review and

- meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2025; 118:102571. doi:10.1016/j.cpr.2025.102571.
10. Peterson BS, Trampush JW, Maglione M, et al. Treatments for ADHD in children and adolescents: a systematic review. *Pediatrics.* 2024;153(4): e2024065787. doi:10.1542/peds.2024-065787.
 11. Bitsko RH, Holbrook JR, O'Masta B, Claussen AH, Bloomfield J, Danielson ML, et al. A systematic review and meta-analysis of prenatal, birth, and postnatal factors associated with attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Prev Sci.* 2024;25(Suppl 2):203-224. doi:10.1007/s11121-022-01359-3.
 12. Maher BS, Bitsko RH, Claussen AH, et al. Systematic review and meta-analysis of the relationship between exposure to parental substance use and attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Prev Sci.* 2024;25(Suppl 2):291-315. doi:10.1007/s11121-023-01605-2.
 13. Claussen AH, Holbrook JR, Hutchins HJ, Robinson LR, Bloomfield J, Meng L, 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 in children. *Prev Sci.* 2024;25(Suppl 2):249-271. doi:10.1007/s11121-022-01358-4.
 14. Zhang N, Gao M, Yu J, Zhang Q, Wang W, Zhou C, et al. Understanding the association between adverse childhood experiences and subsequent attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Brain Behav.* 2022;12(10): e2748. doi:10.1002/brb3.2748.
 15. Bali P, Sonuga-Barke E, Mohr-Jensen C, Demontis D, Minnis H. Is there evidence of a causal link between childhood maltreatment and attention deficit/hyperactivity disorder? A systematic review of prospective longitudinal studies using the Bradford-Hill criteria. *JCPP Adv.* 2023;3(4): e12169. doi:10.1002/jcv2.12169.
 16. Boswell E, Crouch E, Odahowski C, Hung P. Examining the association between adverse childhood experiences and ADHD in school-aged children following the COVID-19 pandemic. *J Atten Disord.* 2025;29(1):42-52. doi:10.1177/10870547241290673.
 17. Crouch E, Radcliff E, Bennett KJ, Brown MJ, Hung P. Examining the relationship between adverse childhood experiences and ADHD diagnosis and severity. *Acad Pediatr.* 2021;21(8):1388-1394. doi:10.1016/j.acap.2021.03.009.
 18. Schwartz A, Galera C, Kerbage H, Montagni I, Tzourio C. Adverse childhood experiences and ADHD symptoms among French college students. *J Child Adolesc Trauma.* 2023;16(4):1109-1117. doi:10.1007/s40653-023-00543-z.
 19. Craig SG, Bondi BC, O'Donnell KA, Pepler DJ, Weiss MD. ADHD and exposure to maltreatment in child and youth: a systematic review of the past 10 years. *Curr Psychiatry Rep.* 2020;22(12):76. doi:10.1007/s11920-020-01193-w.
 20. Magdi HM, Abousoliman AD, Ibrahim AM, Elsehrawy MG, El-Gazar HE, Zoromba MA. Attention-deficit/hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder adult comorbidity: a systematic review. *Syst Rev.* 2025;14(1):41. doi:10.1186/s13643-025-02774-7.

21. Björkenstam E, Björkenstam C, Jablonska B, Kosidou K. Cumulative exposure to childhood adversity, and treated attention deficit/hyperactivity disorder: a cohort study of 543 650 adolescents and young adults in Sweden. *Psychol Med*. 2018;48(3):498-507. doi:10.1017/S0033291717001933.
22. Koponen AM, Nissinen NM, Gissler M, Autti-Rämö I, Kahila H, Sarkola T. Adverse childhood experiences and neurodevelopmental disorders among youth with and without prenatal substance exposure: a longitudinal matched register-based cohort study. *Nord Stud Alcohol Drugs*. 2023;40(2):176-198. doi:10.1177/14550725221110190.
23. Grøntved S, Hald K, Mohr-Jensen C, Johnsen SP, Mainz J, Valentin JB. Prevalence and incidence of attention deficit/hyperactivity disorder in Denmark: a national register-based open cohort study. *Acta Psychiatr Scand*. 2025;152(1):27-38. doi:10.1111/acps.13804.
24. Hartz I, Furu K, Engeland A, et al. Nationwide trends in the use of ADHD medications in the period 2006-2022: a study from the Norwegian Prescription Database. *BMC Psychiatry*. 2024;24(1):767. doi:10.1186/s12888-024-06199-9.
25. Westman E, Prami T, Kallio A, Iso-Mustajärvi I, Jukka J, Raittinen P, et al. Increase in occurrence of attention deficit hyperactivity disorder differs by age group and gender: Finnish nationwide register study. *Brain Behav*. 2025;15(1):e70253. doi:10.1002/brb3.70253.
26. Falcon Cajas J. Adaptación y validación del cuestionario del trauma infantil (CTQ-SF) en escolares de Lima Norte, 2023 [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad César Vallejo; 2023.
27. Roncal Teran YM, Sánchez Requejo RL. Adaptación y validación del Cuestionario de Trauma Infantil formulario corto (CTQ-FC) en una muestra de estudiantes universitarios de Lima [tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2020.
28. García-Fernández A, Martínez-Cao C, Sánchez-Fernández-Quejo A, Bobes-Bascarán T, Andreo-Jover J, Ayad-Ahmed W, et al. Validation of the Spanish Childhood Trauma Questionnaire-Short Form in adolescents with suicide attempts. *Front Psychol*. 2024;15:1378486. doi:10.3389/fpsyg.2024.1378486.

6. Presupuesto

El estudio será autofinanciado al 100% por la autora en un periodo de 12 meses. Se priorizará el uso de recursos ya disponibles en el servicio y herramientas institucionales de acceso académico.

Recursos	Descripción	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Materiales	-Hojas bond,	2 millar	100	100
	-Lapiceros	100	0.50	50
	-Fólderes	100	2.00	200
Servicios	-Impresiones y fotocopias.	-Meses	150	150
	-Internet	-Meses		
	-Movilidad	-Meses		
Humanos	-Digitador	1	400	400
	-Estadístico	1	500	500
Total				1700

7. Cronograma

Actividad	Ago 2026	Sep 2026	Oct 2026	Nov-Dic 2026	Ene-Mar 2027	Abr-May 2027
Ajuste final del protocolo y trámite institucional	X	X				
Aprobación ética (CIE-UPCH)		X	X			
Capacitación y pilotaje del instrumento			X			
Recolección de datos				X	X	
Depuración y análisis estadístico					X	X
Redacción final y sustentación						X

8. Anexos

Anexo 1. Tabla de operacionalización de variables

Variable	Tipo	Definición conceptual	Definición operacional	Escala	Registro
TDAH	Dependiente	Trastorno del neurodesarrollo con inatención y/o hiperactividad-impulsividad clínicamente significativas.	Diagnóstico de TDAH consignado en historia clínica según criterios DSM-5.	Nominal dicotómica	0 = no 1 = sí
Trauma infantil	Independiente	Experiencias adversas ocurridas durante la infancia, incluyendo abuso y negligencia	Puntaje total y subescalas del CTQ-FC; exposición si existe al menos una subescala en rango moderado-severo.	Cualitativa dicotómica y cuantitativa	Expuesto/no expuesto; puntaje total y por subescalas
Edad	Covariable	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento.	Años cumplidos al momento de la evaluación.	Cuantitativa discreta	Número de años
Sexo	Covariable	Característica biológica consignada en la historia clínica.	Sexo registrado en historia clínica.	Nominal dicotómica	0 = masculino 1 = femenino

Anexo 2. Cuestionario de Trauma Infantil formulario corto (CTQ-FC)

CÓDIGO:

FECHA:

Estas preguntas son sobre algunas de sus experiencias cuando era niño y adolescente. Para cada pregunta, marque con una (X) el casillero que mejor describa cómo se siente. A pesar de que algunas de estas preguntas son personales, intente

responder tan honestamente como pueda. Sus respuestas se mantendrán confidenciales.

¿Ha experimentado alguna vez alguno de los siguientes acontecimientos?

N: Nunca	CN: Casi nunca	AV: A veces	CS: Casi siempre	S: Siempre
-----------------	-----------------------	--------------------	-------------------------	-------------------

Nº	Evento	N	CN	AV	CS	S
1	No tuve suficiente para comer.					
2	Había alguien que me cuidaba y protegía.					
3	Alguien de mi familia me insultaba, como estúpido(a), flojo(a), feo(a).					
4	Mis padres estaban muy embriagados o drogados para poder cuidar de mi familia.					
5	Había alguien de mi familia que me ayudó a sentirme especial e importante.					
6	Tuve que usar ropa sucia.					
7	Me sentí amado(a).					
8	Creo que fui abusado(a) sexualmente.					
9	Alguien de mi familia me golpeó tan fuerte que me dejó moretones.					
10	Me golpearon con correa, palo, cuerda u otras cosas que me hacían daño.					
11	Las personas de mi familia se cuidaban las unas a las otras.					
12	Las personas de mi familia decían cosas que me herían u ofendían.					
13	A menudo me castigaban físicamente cuando cometía un error.					
14	Había alguien que me llevara al médico cuando lo necesitaba.					
15	Me golpearon tanto que un profesor, vecino o médico se llegaron a dar cuenta.					
16	Sentía que alguien de mi familia me odiaba.					
17	Las personas de mi familia se sentían unidas unas con otras.					
18	Me hicieron tocamientos indebidos.					
19	Me amenazaron con golpearme o contar mentiras sobre mí, si no hacía cosas sexuales.					
20	Mi familia fue fuente de seguridad y apoyo.					

21	Me intentaron forzar para hacer cosas sexuales o ver videos sobre sexo.					
22	Alguien se acercó a mí con insinuaciones sexuales.					
23	Creo que fui maltratado(a) emocionalmente.					

Anexo 3. Ficha de recolección de datos

Código del participante: _____

Grupo de estudio: Caso / Control

Edad: _____ años

Sexo: Masculino / Femenino

Diagnóstico clínico principal: _____

Diagnóstico de TDAH consignado en historia clínica: Sí / No

Puntaje total CTQ-FC: _____

Abuso emocional: _____

Abuso físico: _____

Abuso sexual: _____

Negligencia emocional: _____

Negligencia física: _____

Anexo 4. Cálculo teórico del tamaño muestral

Para un estudio de casos y controles no pareado con razón 1:1, el tamaño muestral se estimará con la fórmula:

$$n = [(Z\alpha/2\sqrt{(2\bar{p}(1-\bar{p}))} + Z\beta\sqrt{(p_1(1-p_1)+p_0(1-p_0))})^2] / (p_1-p_0)^2$$

donde $p_1 = OR \cdot p_0 / [1 + p_0(OR-1)]$ y $\bar{p} = (p_1+p_0)/2$. Se asumirá $\alpha = 0,05$, poder = 80%, $p_0 = 0,30$ y $OR = 2,0$. Con estos supuestos, $p_1 = 0,462$ y el tamaño teórico resultante es 141 casos y 141 controles. Si el número anual de casos elegibles fuera menor al requerido, se incluirá la totalidad de casos disponibles y un control

consecutivo por cada caso, aplicándose corrección por población finita cuando corresponda.

Anexo 5. Formato de consentimiento informado para padre, madre o apoderado

Título del estudio: Asociación entre trauma infantil y trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes de 10 a 19 años atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2026.

Investigadora: Claudia Flor Vanessa Quiroz García

Asesor: Jorge Martín Arévalo Flores

Institución: Universidad Peruana Cayetano Heredia / Hospital Nacional Cayetano Heredia

Estimado(a) padre, madre o apoderado(a):

Se le invita a autorizar la participación de su menor hijo(a) o adolescente a cargo en un estudio de investigación cuyo objetivo es evaluar la asociación entre el antecedente de trauma infantil y el diagnóstico de TDAH en adolescentes atendidos en consultorio externo de psiquiatría.

Si acepta su participación, se revisará la información clínica pertinente de la historia clínica y se aplicará al adolescente un cuestionario sobre experiencias de trauma infantil. La participación tomará aproximadamente 10 a 20 minutos.

La participación es voluntaria. Usted puede negarse a participar o retirar su autorización en cualquier momento, sin que esto afecte la atención médica presente o futura del adolescente.

Los posibles riesgos de este estudio son mínimos; algunas preguntas podrían generar incomodidad emocional al recordar experiencias difíciles. Si durante la entrevista se detecta malestar significativo, maltrato vigente o riesgo actual, el equipo asistencial activará la evaluación clínica y la ruta institucional correspondiente para proteger al adolescente.

No existe un beneficio directo garantizado para el participante; sin embargo, la información obtenida podría contribuir a mejorar el conocimiento clínico sobre la relación entre trauma infantil y TDAH en adolescentes.

La información recolectada será confidencial. Los datos serán codificados y utilizados únicamente con fines de investigación. No se consignarán nombres ni datos que permitan identificar al participante en reportes o publicaciones.

No se otorgará pago por participar ni se cobrará ningún monto por formar parte del estudio.

Si tiene dudas sobre el estudio, puede comunicarse con la investigadora al correo _____ y teléfono _____. También puede comunicarse con el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia si desea realizar alguna consulta sobre los derechos del participante.

He leído o me han leído la información anterior, he podido hacer preguntas y estas han sido respondidas satisfactoriamente. De manera libre y voluntaria, autorizo la participación del adolescente a mi cargo en este estudio.

Nombre del padre, madre o apoderado:

DNI: _____

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del investigador que obtiene el consentimiento:

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Anexo 6. Formato de asentimiento informado para el adolescente

Título del estudio: Asociación entre trauma infantil y trastorno por déficit de atención e hiperactividad en adolescentes de 10 a 19 años atendidos en consultorio externo de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2026.

Hola. Te invitamos a participar en un estudio de investigación. Antes de decidir, queremos explicarte de qué se trata con palabras sencillas.

El objetivo del estudio es conocer si existe relación entre experiencias difíciles o traumáticas ocurridas durante la infancia y el diagnóstico de TDAH en adolescentes atendidos en consulta de psiquiatría.

Si aceptas participar, te haremos algunas preguntas y te pediremos responder un cuestionario sobre experiencias de tu infancia. Esto tomará aproximadamente 10 a 20 minutos.

Tu participación es voluntaria. Puedes decir que no deseas participar o dejar de hacerlo en cualquier momento. Decidir participar o no participar no cambiará tu atención en el hospital.

Algunas preguntas podrían incomodarte o hacerte sentir triste, preocupado(a) o incómodo(a). Si eso ocurre, puedes pedir una pausa, dejar de responder o pedir hablar con el profesional de salud. Si se detecta que actualmente estás en riesgo o sufres alguna situación de maltrato, se buscará ayudarte siguiendo las normas de protección correspondientes.

Tu información será confidencial. No pondremos tu nombre en la base de datos del estudio ni en los informes. Solo el equipo de investigación tendrá acceso a la información necesaria para realizar el estudio.

No recibirás dinero por participar, pero tu participación podría ayudar a comprender mejor la salud mental de otros adolescentes en el futuro.

Si tienes preguntas, puedes hacerlas ahora o después. Si estás de acuerdo en participar, escribe tu nombre y firma abajo.

Nombre del adolescente: _____

Edad: _____ años

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del investigador que obtiene el asentimiento:

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____