

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES
DE QUINTO DE SECUNDARIA EN INSTITUCIONES
EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO - 2025**

PRESENTADO POR:

Br. SHAYLI SHYRLEY QUISPE CHOQUENAIRA

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE MÉDICO CIRUJANO**

ASESOR:

Dr. JORGE LUIS CABEZAS LIMACO

CUSCO - PERÚ

2025



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el **Asesor** JORGE LUIS CABEZAS LIMACO
..... quien aplica el software de detección de similitud al
trabajo de investigación/tesis titulada: CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN
EN ADOLESCENTES DE QUINTO DE SECUNDARIA EN INSTITUCIONES
EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO - 2025

Presentado por: SHAYLI SHYRLEY QUISPE CHOQUE NAIRA DNI N° 73042017.....;
presentado por: DNI N°:
Para optar el título Profesional/Grado Académico de MÉDICO CIRUJANO

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 01 veces, mediante el
Software de Similitud, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de**
Similitud en la UNSAAC y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 3 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	☒
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	☐
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	☐

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto**
las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 14 de noviembre de 2025

Firma

Post firma JORGE LUIS CABEZAS LIMACO

Nro. de DNI 23403098

ORCID del Asesor 0000-0002-0823-3146

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: **oid:** 27259527274989

CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE QUINTO DE SECUNDARIA EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS ...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::27259:527274989

122 páginas

Fecha de entrega

13 nov 2025, 7:21 a.m. GMT-5

30.206 palabras

171.125 caracteres

Fecha de descarga

13 nov 2025, 7:31 a.m. GMT-5

Nombre del archivo

CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE QUINTO DE SECUNDARIA EN INSTIT....pdf

Tamaño del archivo

7.6 MB


JURGE LUIS CABEZAS LIMA
MEDICO PSIQUIATRA
C.M.P. 23844 - R.N.E. 18144

3% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cá...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 20 palabras)

Fuentes principales

- 3%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 3%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

-  **Texto oculto**
26 caracteres sospechosos en N.º de página
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.


JORGE LUIS CABEZAS LIMACO
MEDICO PSQUIATRA
G.M.P 28044 - R.N.E. 16144

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios, fuente de sabiduría y fortaleza por haberme acompañado en cada etapa para lograr mi objetivo. En los momentos de incertidumbre, me dio claridad; en los de cansancio me renovó de fuerza; y en los de alegría, fue mi motivo de gratitud.

Agradezco a mis padres, Cristina y Vicente, por estar siempre a mi lado con una palabra de aliento, una mirada de confianza y un abrazo oportuno. Ustedes me enseñaron a nunca rendirme y me dieron todo lo necesario para llegar hasta aquí. Este logro es reflejo de todo lo que me han dado con tanto amor.

A mis hermanos, mis tres amores, Edy, Dennis y Yony, gracias por ser mi refugio, mi fuerza y mi inspiración, sin su apoyo incondicional, su cariño constante y su fe en mí, este logro no habría sido posible. Cada palabra de aliento, cada gesto de apoyo y cada momento compartido me impulsaron a seguir adelante. Los llevo conmigo en cada paso que doy y en lo más profundo de mi corazón.

A Jordi Vladimir gracias por ser mi compañero de vida, mi mejor amigo. Tu amor y tu apoyo han sido el impulso a no rendirme. Cada palabra tuya fue un abrazo al alma en los días difíciles. Gracias por creer en mí.

A mi querida tía Santusa y mis primos Belen y Nilton, gracias por su amor, su apoyo y por ser una fuente constante de aprendizaje y buenos momentos.

A mis primos mis compañeros de travesuras y cómplices de tantos momentos inolvidables, gracias por ser parte de mi vida con alegría, cariño y apoyo sincero.

A mis tíos, gracias por estar siempre con palabras de animo y gesto de cariño.

A mis abuelos Asunta, Sebastián, Erasmo y seres queridos Gladys y Asunta por acompañarme desde el cielo. Y a mi abuelita Rogelia que aun tengo la dicha de poder abrazar. Este logro también es suyo.

A mis queridos amigos que fueron refugio, impulso y alegrías en este camino. Su presencia hizo todo más ligero y especial.

A mi asesor, Dr. Jorge Luis Cabezas, gracias por su guía, paciencia y valiosos aportes durante el desarrollo de esta tesis.

DEDICATORIA

Con amor y gratitud, dedico este trabajo a Dios a mis amados padres Cristina y Vicente, a mis hermanos Edy, Dennis y Yony, a toda mi familia en general y a todas las personas que creyeron en mí, este logro me llena de satisfacción y me motiva a seguir creciendo, formándome y dando lo mejor de mi como persona y como profesional.

JURADO A

Dr. Victor Hugo Arias Chavez
Dr. Deoblinger Duberly Sanchez del Mar

JURADO B

Dr. Tomas Velasco Cabala
Dr. Victor Aquilino Bejar Bravo
Dr. Victor Hugo Arias Chavez

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	3
RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	5
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.1. Fundamentación del problema del problema.....	6
1.2. Antecedentes Teóricos	9
1.3. Formulación del problema	15
1.3.1. Problema General.....	15
1.3.2. Problemas específicos.....	15
1.4. Objetivos de la investigación	15
1.4.1 Objetivo General	15
1.4.2. Objetivos específicos	16
1.5. Justificación del problema.....	16
1.6. Limitaciones de la investigación	17
1.7. Aspectos éticos	18
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	19
2.1. Marco Teórico.....	19
2.1.1 Depresión	19
2.1.2. Consumo de alcohol en adolescentes	28
2.1.3. Adolescencia.....	34
2.2. Definición de términos básicos	37
2.3. Hipótesis.....	38
2.3.1. Hipótesis General	38
2.3.2. Hipótesis Específica	38
2.4. Variables	39
2.5. Definición Operacional de variables	40
CAPITULO III: MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	50
3.1. Tipo de investigación	50
3.2. Diseño de investigación	50
3.3. Población y Muestra	51

3.3.1.	Descripción de la población.....	51
3.3.2	Criterios de Inclusión y exclusión	51
3.3.2.1	Criterios de inclusión	51
3.3.2.2	Criterios de exclusión	52
3.3.3	Muestra: Tamaño de la muestra y método de muestreo	52
3.3.3.1	Tamaño de la muestra	52
3.4	Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos	54
3.4.1.	Técnicas de recolección de datos.....	54
3.4.2.	Instrumento de recolección de datos	54
3.4.3.	Procedimientos de recolección de datos	55
3.4.4.	Plan de análisis de datos	55
CAPITULO IV		57
4.1.	Resultados	57
4.2.	Discusión.....	75
4.3	Conclusiones	81
4.4.	Sugerencias	82
PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO.....		84
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES		85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		86
ANEXO 1: MATIZ DE CONSISTENCIA		95
ANEXO 2. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN		98
ANEXO 3: CUADERNILLO DE VALIDACIÓN		102
ANEXO 4. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN		103

INTRODUCCIÓN

La adolescencia constituye una etapa crítica del desarrollo humano, caracterizada por intensos cambios biológicos, psicológicos y sociales que determinan en gran medida la trayectoria de la vida adulta. Durante este periodo, los adolescentes se enfrentan a múltiples desafíos vinculados a la construcción de su identidad, el ajuste a demandas académicas y familiares, así como la presión social. Dichos factores, sumados a la vulnerabilidad propia de esta etapa, como el consumo de alcohol, y la aparición de trastornos emocionales, especialmente la depresión.

La depresión en adolescentes se ha convertido en un problema prioritario de salud pública. La OMS la reconoce como una de las principales causas de morbilidad en este grupo y un importante factor de riesgo para el suicidio, segunda causa de muerte a nivel mundial. En el Perú, estudios recientes reportaron prevalencias crecientes, lo que refleja la combinación de factores biológicos, familiares, escolares y sociales que contribuyen a su aparición y mantenimiento.

El alcohol es actualmente la droga legal más consumida en adolescentes a nivel mundial y nacional, muchas veces vista como parte de la socialización, pero con importantes consecuencias en el rendimiento académico, la conducta y la salud.

Estudios previos muestran que la depresión y el consumo de alcohol en adolescentes están relacionados con factores como el género, antecedentes familiares de trastornos mentales o consumo de sustancias, la violencia intrafamiliar (especialmente psicológica) y la calidad de la comunicación familiar.

Por ello, esta investigación busca analizar la prevalencia y niveles de consumo de alcohol y la depresión, así como determinar sus determinantes asociados, en adolescentes de instituciones educativas de la ciudad del Cusco durante el año 2025, con el fin de aportar evidencia científica que sirva de base para programas de prevención e intervención en salud mental y realización de futuras investigaciones.

Esta investigación busca trascender la mera descripción epidemiológica para ofrecer una comprensión integral del problema, cuyos hallazgos puedan traducirse en acciones concretas por parte de las autoridades educativas y sanitarias, contribuyendo finalmente a la protección y promoción de la salud mental de los adolescentes en nuestra región.

RESUMEN

CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE QUINTO DE SECUNDARIA EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO - 2025

Antecedentes: La depresión y el consumo de alcohol en adolescentes constituyen problemas de salud pública a nivel mundial. Con determinantes personales, familiares y sociales en común. En la población adolescente cusqueña estas asociaciones aún no han sido investigadas.

Objetivo: Analizar la relación entre el consumo de alcohol y depresión en adolescentes de la ciudad del Cusco, 2025.

Métodos: se realizó un estudio observacional, analítico, transversal en 408 adolescentes de instituciones educativas del Cusco. Se aplicaron el PHQ- 9 modificado para adolescentes y AUDIT adaptado para consumo de alcohol. Además, se incluyeron cuestionarios sociodemográficos, familiares, económicos y de comportamiento parental. Se utilizó estadísticamente bivariado y regresión logística multivariada para estimar Odds Ratios (OR) crudos y ajustados, con IC95% y $p<0.05$.

Resultados: El 75% de los participantes presentó algún grado de depresión y un 32% mostro consumo problemático de alcohol. Los determinantes significativos con depresión fueron el sexo femenino ($ORa= 2.44$), los antecedentes familiares de consumo de alcohol ($ORa=2.63$), la exposición a violencia psicológica ($ORa= 4.55$), las discusiones familiares frecuentes ($ORa =3.85$) y la ausencia de comunicación con los padres ($ORa=4.31$). La “probable adicción” al alcohol se asoció con 3.06 veces más probabilidad de tener depresión.

Conclusión: La salud mental de los adolescentes Cusqueños se encuentra comprometida, con alta prevalencia y consumo de alcohol, confirmándose la asociación significativa entre ambos problemas.

Palabras clave: Depresión; consumo de alcohol, adolescentes, salud mental.

ABSTRACT

ALCOHOL CONSUMPTION AND DEPRESSION IN FIFTH GRADE HIGH SCHOOL ADOLESCENTS FROM EDUCATIONAL INSTITUTIONS IN THE CITY OF CUSCO – 2025

Background: Depression and alcohol consumption among adolescents constitute global public health problems, sharing common personal, family, and social determinants. In the adolescent population of Cusco, these associations have not yet been thoroughly investigated.

Objective: To analyze the relationship between alcohol consumption and depression in adolescents from the city of Cusco, 2025.

Methods: An observational, analytical, cross-sectional study was conducted with 408 adolescents from educational institutions in Cusco. The Modified PHQ-9 for adolescents and the adapted AUDIT were applied to assess depression and alcohol consumption, respectively. Additionally, sociodemographic, family, economic, and parental behavior questionnaires were included. Bivariate and multivariate logistic regression analyses were used to estimate crude and adjusted Odds Ratios (OR) with 95% confidence intervals (CI) and a significance level of $p < 0.05$.

Results: 75% of participants presented some degree of depression, and 32% showed problematic alcohol consumption. The significant determinants associated with depression were female sex ($ORa=2.44$), family history of alcohol consumption ($ORa=2.63$), exposure to psychological violence ($ORa=4.55$), frequent family arguments ($ORa=3.85$), and lack of communication with parents ($ORa=4.31$). Probable alcohol addiction was associated with a 3.06 times higher likelihood of depression.

Conclusions: The mental health of adolescents in Cusco is compromised, with a high prevalence of depression and alcohol consumption, confirming a significant association between both problems.

Keywords: Depression; alcohol consumption; adolescents; mental health.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema del problema

En la actualidad la depresión se reconoce como un problema de salud pública global por su alta prevalencia, impacto económico social y sanitario; asimismo es uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población mundial con un 5 % ⁽¹⁾, ocupando actualmente el cuarto lugar entre las enfermedades más discapacitantes y aproximadamente 300 millones de personas la padecen ⁽²⁾.

La depresión es un trastorno psicológico frecuente que se manifiesta a través de una tristeza persistente y falta de interés en actividades que anteriormente eran placenteras, de modo que ocasiona dificultades para realizar las tareas cotidianas durante al menos 14 días. Además, quienes la padecen pueden sufrir algunos de los siguientes cambios: ansiedad, anorexia, insomnio, problemas para concentrarse, inquietud, indecisión, sentimientos de inutilidad, culpa y desesperanza, e incluso pensamientos relacionados con autolesiones o suicidio ⁽³⁾.

La OMS (2023) indica que, a nivel mundial, uno de cada siete jóvenes de entre 10 a 19 años experimenta un desorden mental, lo que representa en un 13% de carga mundial en cuanto a morbilidad en este grupo etario. En cuanto a la depresión, se calcula que afecta aproximadamente al 1.1% de los adolescentes de 10 a 14 años y el 2.8% de aquellos entre 15 y 19 años, lo que la convierte en una de las principales causas de discapacidad en esta población ⁽⁴⁾.

En América Latina y el Caribe alrededor del 15% de los adolescentes entre 10 y 19 años presenta algún trastorno mental diagnosticado, lo que equivale cerca de 16 millones de jóvenes, siendo esta la región con las tasas más altas del mundo ⁽⁵⁾. Por su parte, estudios epidemiológicos realizados por el INSM (Instituto Nacional de Salud Mental) entre los años 2003 al 2017 dan cuenta que, el 20.7% de la población mayor de 12 años de edad sufre de algún tipo de trastorno mental en promedio cada año ⁽⁶⁾. De acuerdo con estos estudios las tasas anuales más altas se encuentran entre las poblaciones urbanas de ciudades tales como Puerto Maldonado (25.4%), Iquitos (24.4%), Tumbes (23.8%), Puno (22.1%), Pucallpa (21.9%) y Cusco (14.4%) ⁽⁷⁾. Aproximadamente 80 000 personas sufren depresión en la región del Cusco en el 2011, en un estudio realizado en el Hospital de Salud Mental Juan Pablo II región

Cusco entre 2017 y 2019 se revisó 3318 historias clínicas donde se vio una prevalencia de trastorno depresivo mayor de 9.1% ⁽⁸⁾.

El ministerio de Salud (MINSA) señala que entre 2016 y el primer trimestre de 2022, el número de episodios depresivos mostros variantes dependiendo del año y departamento de origen. Por otro lado, se identificó un incremento de los casos 2016 hasta 2019, seguido de una notable disminución en el 2020 debido a la pandemia del COVID -19. Estos episodios depresivos eran más comunes en adolescentes de sexo femenino entre 15 a 19 años ⁽⁹⁾.

Según el ENDES 2021, la región del Cusco reporto una prevalencia de depresión de 8,0% en su población, y para el año 2022 el 20.3% presentaba síntomas significativos del trastorno según el instrumento PHQ-9, lo que evidencia una carga significativa de sintomatología depresiva en el ámbito de la región ⁽¹⁰⁾.

El consumo de alcohol es considerado un problema de salud pública global, ya que puede afectar la vida de quienes lo ingieren, destruir familias, socavar las estructuras sociales y tener implicaciones económicas y de salud significativas. Además, se reconoce como uno de los determinantes de riesgo más importantes de pérdida de vida a edad temprana, limitaciones funcionales, trastornos neuropsiquiátricos, cardiovasculares, cirrosis hepática y varios tipos de neoplasias malignas ⁽¹¹⁾.

La cantidad de alcohol ingerido puede medirse tanto en gramos de etanol como mediante el concepto de “unidad o bebida estándar”. De acuerdo con la OMS, una bebida estándar contiene aproximadamente 10 gramos de alcohol puro, lo que equivale a una lata de cerveza de 330 ml con una concentración de 5%, una copa de vino de 140 ml al 12 % o un shot de licor destilado de 40 ml con una graduación alcohólica del 40% ⁽¹¹⁾.

La adolescencia, en cambio, es el periodo de transición entre la infancia y la adultez que comprende las edades de 10 a 19 años, se distingue por transformaciones biológicas, psicológicas y sociales ⁽¹²⁾. La adolescencia es vista como una fase compleja, desafiante y preocupante, marcada por conflictos propios de esta etapa, como la gestión del tiempo y el espacio, la construcción emocional, las relaciones interpersonales, la adaptación a distintas situaciones, la exploración de la sexualidad, la integración a un grupo, la orientación profesional y la formación de la autoimagen social ⁽¹³⁾.

Según la OMS (2018), más del 26,5% de los adolescentes de entre 15 a 19 años consumen alcohol a nivel global, lo que equivale 155 millones de jóvenes aproximadamente. En Europa, los adolescentes de 15 a 19 años presentan las tasas más altas de consumo de alcohol (43,8%), seguidas por las Américas (38,2%) y el Pacífico Occidental (37,9%). Por otro lado, entre los estudiantes de 15 años la prevalencia del consumo de alcohol varía entre el 50 y el 70%, evidenciándose diferencias mínimas entre géneros ⁽¹⁴⁾.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, en el 2016 en Argentina se registró el mayor consumo de alcohol, con un promedio de 9,1 litros de alcohol puro por cabeza ingeridos. Le sigue de cerca Chile, con 9 litros, mientras que Perú y Brasil, con 8.9 litros por persona ⁽¹⁵⁾.

Entre 2010 y 2015 el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado Hideyo Noguchi”, reporta que, la prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes de 12 a 18 años en zonas urbanas disminuyó del 62.7% al 59.7%. Además, la edad promedio de inicio en el consumo de alcohol era de 12,6 años ⁽¹⁶⁾. Para el año 2021 el PRONACESJ indicó que, dentro de la población adolescente, 888 jóvenes (58%) consumieron alcohol de manera ocasional, mientras que 194 (13%) presentaron un patrón de abuso. Además, 87 (6%) experimentaron por primera vez, 71 (5%) desarrollaron dependencia, y 280 (18%) declararon no haber consumido ⁽¹⁷⁾.

Según el Análisis de la Situación de la Salud (ASIS) del Hospital Regional del Cusco en el año 2018, la dependencia de alcohol se posicionó en el quinto lugar entre las principales causas de Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad (AVISA) en la población de 15 a 44 años en la Región Cusco, con una razón de 3.2 por cada 1 000 habitantes ⁽¹⁸⁾.

Estudios han reportado que la prevalencia de estado de ánimo deprimido fue del 13,2%. Además, la ingesta de bebidas alcohólicas en el último año alcanzó el 41,0% entre los que tenían un estado de ánimo depresivo frente al 24,6% entre los que no tenían un estado de ánimo deprimido (OR adj = 1,78, IC del 95% = 1,60 – 1,98). Esta asociación fue más pronunciada en adolescentes de sexo femenino de educación secundaria básica (OR adj = 2,38, IC 95% = 2,03 – 2,79) y más débil entre los adolescentes masculinos de secundaria superior (OR adj = 1,19, IC del 95% = 0,99 – 1,42). En conclusión, se observó una fuerte correlación entre el

consumo de alcohol y la presencia de un estado de ánimo depresivo, siendo especialmente significativa entre los adolescentes de educación secundaria ⁽¹⁹⁾.

Desde un enfoque de salud pública, la identificación y comprensión de la estrecha relación entre el consumo de alcohol y la depresión tiene una gran importancia. Si bien existen muchos factores (individuales, familiares y socioculturales) pueden influir en la ingesta de bebidas alcohólicas, la depresión destaca como una de las principales causas, siendo una condición de difícil detección y con un impacto significativo en la salud mental. Esta investigación tiene como finalidad proporcionar pruebas sobre la conexión entre estas dos variables, con el propósito de evitar las consecuencias negativas de la dependencia alcohólica y la depresión mayor en este grupo etario. La finalidad de este estudio es analizar la asociación entre el consumo de alcohol y el grado de depresión en adolescentes de quinto de secundaria en instituciones educativas de la provincia de Cusco – 2025.

1.2. Antecedentes Teóricos

Internacionales

Reynales S, Rivera L, Sérís M, et al. (México, 2024), en su estudio titulado “Análisis transversal del comportamiento parental y salud mental de los adolescentes en México: perspectivas sobre el consumo excesivo de alcohol, el consumo de tabaco, la conducta suicida y la sintomatología depresiva”, que tuvo como objetivo evaluar la asociación entre conductas parentales y problemas de salud mental en adolescentes incluyendo consumo de alcohol, tabaco y síntomas depresivos o suicidas. El estudio es de tipo observacional, cuantitativo, transversal basado en encuesta Nacional (ENSANUT 2018-2019) que incluyó a 8 758 hogares donde se identificó un binomio padre – adolescente. **Resultados:** el consumo excesivo de alcohol en padres se asoció con mayor probabilidad del mismo en adolescentes con un AOR= 1,47, IC 95%: 1,17-1,85 lo síntomas suicidas y depresivos tuvieron un AOR= 2,61, IC 95%: 1,88-3,61; AOR= 1,74, IC 95%: 1,16-2,61 respectivamente. También se halló fuerte asociación entre el haber sufrido abuso sexual en la infancia y problemas de salud mental y consumo de sustancias en los adolescentes. **Conclusión:** se evidencio una transmisión de comportamientos de riesgo y trastornos de salud mental entre generaciones. Por ello, el entorno familiar juega un papel fundamental en la prevención, siendo necesario que las

intervenciones se orientan principalmente hacia el núcleo familiar con el fin de fomentar el bienestar psicológico y reducir la aparición de estas conductas en los adolescentes ⁽²⁰⁾.

Melissa R. Schick, et al. (Colorado,2022), en su estudio titulado "Depresión y consumo de alcohol en adolescentes indígenas americanos asociada a los factores familiares", que tuvo como objetivo ampliar el conocimiento y explorar como los síntomas depresivos, la calidez familiar percibida y el control parental se relacionan con consumo de alcohol en adolescentes. El estudio es de tipo observacional, cuantitativo y transversal basado en datos de encuesta escolar, que incluyo a 3 498 estudiantes de 7mo a 12 vo grado. **Resultados:** Se destaca que hubo pequeñas asociaciones, pero significativas entre depresión y mayor consumo de alcohol ($r = 0,11$; $p < 0,001$) y la depresión asociada con menor percepción de calidez familiar ($\beta = -0,09$, IC del 95% $[-0,013, -0,06]$), y esta a su vez con mayor consumo de alcohol ($\beta = -0,39$, IC del 95% $[-0,55, -0,23]$). Se encontró que, para adolescentes con alto control parental, la calidez familiar media explica parcialmente la relación depresión y consumo de alcohol ($\beta = 0,04$; $p < 0,05$), pero no así para bajo control. **Conclusión:** se sugiere realizar programas que tomen en cuenta y respeten la cultura, valores, creencias, idioma y el contexto social que fortalezcan tanto la calidez familiar como el control parental, como estrategia para prevenir la depresión y el consumo de alcohol en adolescentes indígenas ⁽²¹⁾.

Xiaoyu Zhang, et al. (Hong Kong, 2021), en su trabajo titulado "Consumo de alcohol, especialmente consumo ligero, y síntomas depresivos en adolescentes", que tuvo como objetivo analizar las asociaciones entre síntomas depresivos y diferentes patrones de consumo de alcohol (cantidad, frecuencia y tipo de bebida) en adolescentes. El estudio es de tipo transversal basado en una encuesta escolar, que incluyo a 20 951 estudiantes de secundaria de 11 a 20 años. **Resultados:** La prevalencia de consumo actual de alcohol fue de 13,6% y de síntomas depresivos de 19,0%. Se encontró una asociación entre la manifestación de síntomas depresivos y el consumo previo de alcohol, con una razón de prevalencia ajustada de 1,48 (IC 95 %: 1,30–1,68) y medidas de consumo leve: consumo experimental (1,29, 1,19–1,39), el consumo de bebidas alcohólicas menores de una vez al mes (1,40, 1,18–1,67) y consumir medio trago o menos (1,33, 1,12–1,58), y tales asociaciones fueron más fuertes en los adolescentes más jóvenes. También se

observaron asociaciones para los patrones de consumo ligero de 1 a 2 tragos menos de una vez al mes (1,72, 1,40–2,11) y medio trago al mes (1,51, 1,21–1,88). El consumo de vino de frutas (1,51, 1,27–1,79) y cerveza (1,63, 1,42–1,88) con un contenido de alcohol relativamente bajo también se asoció con síntomas depresivos. **Conclusiones:** Este estudio ofreció evidencia inicial que demuestra que incluso niveles moderados de consumo de alcohol en términos de frecuencia, cantidad o tipo de bebida, así como patrones de consumo ocasional, como ingerir una o dos bebidas al mes o solo media bebida, están relacionados con la presencia de síntomas depresivos en adolescentes ⁽²²⁾.

Keng Hong Chhoa, et al. (Miri - Malasia, 2019), en su trabajo titulado "Consumo problemático de alcohol y depresión en estudiantes de nivel secundario en Miri, Malasia", que tuvo como objetivo determinar la prevalencia de consumo problemático de alcohol (PAU), sus factores asociados y su vínculo con la depresión entre adolescentes. El estudio fue de tipo observacional, cuantitativo, transversal. Participaron 327 estudiantes de nivel secundario de Miri, en Sarawak, Malasia. **Resultados:** la prevalencia de consumo problemático de alcohol fue del 42,2%, el consumo fue más frecuente en adolescentes urbanos (OR, 1,61; IC 95%: 1,04-2,51; $p = 0,034$), mujeres adolescentes (56,8%) y los adolescentes indígenas Sarawak (76,8 %). La norma cultural (78,3%) y la curiosidad (68,1%) fueron las dos principales razones de PAU. Los factores asociados como antecedentes familiares de consumo de alcohol (OR 2.27; IC 95%: 1.01– 5.11), haber bebido alguna vez (OR 57,6; IC 95%: 21,9 -151,5; $p < 0,001$) y consumo previo de cerveza (OR 2,56; IC 95%: 1,03–6,37) se asociaron significativamente con PAU; la prevalencia de depresión fue del 21,4% y se observó una asociación significativa entre consumo problemático de alcohol y depresión (OR, 2,56; IC 95%: 1,48 -4,42; $p = 0,001$). **Conclusiones:** el estudio revela una alta frecuencia de consumo problemático de alcohol entre los adolescentes de Miri, con una clara asociación entre este consumo y la presencia de depresión. Se sugiere la necesidad de diseñar e implementar políticas específicas y estrategias preventivas interinstitucionales ⁽²³⁾.

Wichaidit W, et al. (Tailandia, 2019), en su estudio titulado "Variaciones según sexo y edad en la asociación entre el consumo de alcohol y el estado de ánimo deprimido en adolescentes tailandeses", cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre consumo de alcohol y estado de ánimo deprimido en adolescentes tailandeses, y determinar

la variación según el sexo y el grupo etario. El estudio fue de tipo observacional, cuantitativo, transversal, basado en encuesta escolar masiva. Participaron 38186 estudiantes de secundaria (nivel básico y medio) con una edad promedio de 15,2 más menos 1,9 años. **Resultados:** La prevalencia de estado de ánimo deprimido fue del 13,2%. El consumo de alcohol en el último año fue del 41,0 % en adolescentes deprimidos frente al 24,6% entre los que no tenían un estado de ánimo deprimido (OR adj = 1,78; IC del 95 %: 1,60 - 1,98). Se mostro una asociación más fuerte en niñas del nivel básica (OR adj = 2,38; IC del 95 %: 2,03 - 2,79), y más débil en varones del nivel medio (OR adj = 1,19; IC del 95 %: 0,99 - 1,42). **Conclusiones:** El estudio revela que la relación la relación entre consumo de alcohol y estado deprimido es significativa en adolescentes tailandeses, especialmente en niñas de secundaria básica. Se recomienda que los programas de salud mental y prevención del alcohol den prioridad a este subgrupo vulnerable ⁽²⁴⁾.

Nacionales

Zuta Yalta LT. (Ucayali, 2022), en su trabajo titulado “Ansiedad y depresión relacionadas al consumo de alcohol en adolescentes al regreso de la presencialidad en la I. E. San Fernando”, cuyo objetivo fue determinar si la ansiedad y la depresión están relacionadas con el consumo de alcohol en adolescentes en el contexto escolar durante el reinicio de clases presenciales en 2022. El estudio fue de tipo observacional, cuantitativo, transversal, realizado tras el retorno a la educación presencial en una escuela secundaria, conto con una población de estudio de 139 estudiantes de secundaria (edad media de 16,2 ± 0,6 años y con un 51% de varones). **Resultados:** Se mostro que el 40% de los estudiantes presentaban niveles moderados o graves de depresión. En cuanto al consumo de alcohol, el 87% se encontraba en un nivel de riesgo bajo, el 7,9% en riesgo medio, el 2,9% en riesgo alto y el 1,4% evidenciaba signos de dependencia. El análisis estadístico mostro una correlación significativa entre los niveles de depresión y ansiedad con el consumo de alcohol ($p < 0.001$), lo que indica una asociación directa entre estos factores en la población estudiada. **Conclusiones:** La ansiedad y la depresión están significativamente relacionadas con el consumo de alcohol en el contexto escolar post – pandemia de adolescentes en la I.E. San Fernando, lo que sugiere la necesidad de acciones preventivas e integrales en las instituciones educativas ⁽²⁵⁾.

Moreno JC. (Ayacucho, 2021), en su estudio titulado “Entorno social y el estrés predisponen al consumo de alcohol en adolescencia de la I.E.P. José Gabriel Condorcanqui de Ayacucho, 2021”, cuyo objetivo fue determinar en qué medida el entorno social y el estrés tanto emocional y familiar predisponen al consumo de alcohol en adolescentes de secundaria, que contó con una participación de 159 estudiantes de 3ro a 5to de secundaria I.E.P. Jos Gabriel Condorcanqui de Ayacucho. **Resultados:** Los hallazgos del modelo de regresión logística mostraron que varios factores se asociaron significativamente con el consumo de alcohol entre los adolescentes encuestados. La tristeza incremento el log odds del consumo ($\beta = 0,93$; $p= 0,04$) mientras que niveles más altos de ansiedad redujeron esa probabilidad ($\beta = -1,13$; $p= 0,014$). Otros factores protectores incluyeron el uso de redes sociales ($\beta = -1,55$; $p=0,004$), la influencia del grupo de amigos ($\beta= -1,460$; $p=0,006$) y un clima social familiar positivo ($\beta= -1,821$; $p< 0,001$). En conjunto, estas variables explicaron el 78,6% de la probabilidad de consumo de alcohol en la muestra, lo que refleja que tanto el estado emocional como el entorno social y familiar desempeñan un papel critico en la aparición del consumo en adolescentes. **Conclusiones:** El estrés y el entorno social, incluyendo el ambiente familiar y el grupo de pares son predictores significativos del consumo de alcohol en adolescentes. Se recomienda abordar estos factores en programas preventivos⁽²⁶⁾.

Villarreal Dedios MP. (Piura, 2020), en su trabajo titulado “Depresión y consumo de alcohol, en adolescentes del I.E. Mariscal Ramon Castilla, Piura 2020”, cuyo objetivo es determinar la relación entre depresión y el consumo de alcohol en adolescentes en el año 2020, en la Institución Educativa Mariscal Ramon Castilla. Este trabajo de investigación fue con un enfoque cuantitativo, con un diseño observacional, transversal analítico, con datos recolectados a través de encuestas virtuales a estudiantes del primero grado al quinto grado del nivel secundario, conto con una población de 249 estudiantes de secundaria. **Resultados:** Se mostro que el 82.32% de los estudiantes no presento riesgo asociado al consumo de alcohol, el 13.25% evidencio un riesgo moderado y el 4.41% presento indicios de dependencia alcohólica. En cuanto a la depresión, el 42.57% no mostro indicios, el 39.35% presento síntomas de depresión leve, el 14 .45% depresión moderada y el 3.21% depresión severa. Se evidencio una relación significativa entre el consumo de alcohol de alto riesgo y la presencia de depresión severa con un $p< 005$. Además, se identificó que los adolescentes con riesgo alto o indicios de dependencia

alcohólica tenían 2.1 veces más probabilidad de presentar depresión severa en comparación con aquellos sin riesgo o con consumo leve de alcohol. **Conclusiones:** Los adolescentes con niveles elevados de consumo de alcohol como el riesgo moderado a la dependencia presentan una probabilidad significativamente mayor de sufrir depresión. Estos resultados destacan la importancia de implementar programas de detección temprana y prevención del uso nocivo de alcohol en contextos escolares ⁽²⁷⁾.

Hernández VA. Et al. (Perú, 2013 a 2019), en su estudio titulado “Consumo excesivo de alcohol e ideación suicida en adolescentes peruanos: evidencia de una encuesta transversal agrupada”, cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre el consumo excesivo de alcohol y pensamiento suicida en adolescentes peruanos. El estudio fue de tipo analítico transversal basado en encuestas demográficas, con una población de 11 609 adolescentes participantes de las ENFAMIL/ ENDES 2013 al 2019. **Resultados:** Se mostro que la prevalencia combinada fue de 8.5% (IC 95%: 7.8 – 9.2) para la ideación suicida en los últimos 14 días y de 5.8% (IC 95%: 5.2 – 6.5) para el consumo excesivo de alcohol en los últimos 30 días. Además, en el análisis ajustado mediante modelos de regresión, se observó que los adolescentes que habían practicado consumo excesivo de alcohol tenían casi tres veces más probabilidad de ideación suicida (OR adj= 2,95; IC del 95%: 1,69 – 3,09; p< 0.001). Todos los datos fueron recolectados a nivel nacional, incluyendo zonas urbanas y rurales. **Conclusiones:** El consumo excesivo de alcohol en adolescentes está vinculado a un riesgo casi tres veces mayor de ideación suicida; son necesarias intervenciones preventivas focalizadas ⁽²⁸⁾.

Locales

Pacheco OB. (Cusco, 2023), en su trabajo titulado “Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad San Antonio Abad del Cusco, 2023”, cuyo objetivo fue identificar factores Psicosociales y demográficos asociados al consumo problemático de alcohol (según AUDIT) en estudiantes universitarios, el estudio fue de tipo observacional, cuantitativo, trasversal correlacional, conto con una población de 279 estudiantes de Medicina Humana UNSAAC. **Resultados:** la prevalencia de consumo problemático fue del 28,3%, distribuida en 22,2% de riesgo moderado, 3,6% de consumo nocivo y 2,5% con posibles indicios de dependencia. Al analizar los factores asociados mediante

regresión, se identificaron que en el sexo masculino aumento el riesgo de consumo problemático con OR adj = 1,91 (IC 95%: 1,23 – 2,95; p = 0,004), el tabaquismo actual se asoció con OR adj = 2,89 (IC 95%: 2,00 – 4,17; p < 0,001), la presión de pares mostro un OR adj = 1,76 (IC 95%: 1,19 – 2,60; p = 0,005), la ansiedad se vinculó con OR adj = 1,67 (IC 95%: 1,09 – 2,57; p = 0,020). **Conclusiones:** El consumo problemático es común entre futuros profesionales de salud y se ve influenciado por problemas de ansiedad, presión social, género y hábitos de tabaco. Se recomienda implementar programas de atención y prevención en el ámbito universitario ⁽²⁹⁾.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema General

- ¿Existe una relación significativa entre el consumo de alcohol y la presencia de síntomas depresivos en adolescentes de quinto de secundaria en instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la prevalencia y el grado de depresión en adolescentes de quinto de secundaria que cursan estudios en instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025?
- ¿Cuál es la frecuencia y el nivel de consumo de alcohol en adolescentes de quinto de secundaria que estudian en instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025?
- ¿Qué determinantes personales, familiares, sociodemográficos, económicos y comportamiento parental están implicados en el consumo de alcohol y depresión en adolescentes de quinto de secundaria en instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo General

- Analizar la relación existente entre el consumo de alcohol y los niveles de depresión en adolescentes de quinto de secundaria que cursan estudios en instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025.

1.4.2. Objetivos específicos

- Estimar la prevalencia y el nivel de depresión en adolescentes de quinto de secundaria en Instituciones Educativas de la ciudad del Cusco, 2025.
- Determinar la frecuencia y el nivel de consumo de alcohol en adolescentes de quinto de secundaria en Instituciones Educativas de la ciudad del Cusco, 2025.
- Identificar los determinantes personales, familiares, sociodemográficos, económicos y comportamiento parental relacionados con el consumo de alcohol y depresión en adolescentes de quinto de secundaria en instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025.

1.5. Justificación del problema

El presente proyecto de investigación se realiza debido a la creciente preocupación por la salud mental y el comportamiento de los adolescentes, particularmente en relación con dos fenómenos estrechamente vinculados: el consumo de alcohol y la depresión. Ambos problemas representan actualmente desafíos prioritarios de salud pública, no solo a nivel mundial, sino también nacional y regional, afectando el desarrollo integral de los adolescentes y limitando su bienestar psicosocial, su rendimiento académico y sus proyecciones de vida.

Desde la perspectiva médica, es fundamental entender que tanto el consumo de alcohol como la depresión son condiciones que pueden iniciar tempranamente en la adolescencia y consolidarse en la adultez si no se detectan ni abordan a tiempo. Existen numerosos estudios que evidencian una asociación bidireccional entre ambas condiciones: los adolescentes con síntomas depresivos pueden recurrir al alcohol como forma de evasión o automedicación, mientras que el consumo frecuente o problemático de alcohol incrementa el riesgo de desarrollar síntomas depresivos, así como de sufrir alteraciones en el neurodesarrollo y mayor vulnerabilidad emocional. Sin embargo, en el contexto local, especialmente en regiones como Cusco, esta relación no ha sido suficientemente explorada con enfoque médico, epidemiológico y social, lo cual deja un vacío importante en la comprensión integral del problema.

Además, esta investigación responde a una necesidad planteada por la Agenda Regional de Investigación Cusco, que prioriza el estudio de la salud mental en adolescentes y los factores que afectan su desarrollo académico y personal. Por lo

tanto, este estudio no solo busca generar conocimiento científico, sino también brindar insumos prácticos para las autoridades educativas y sanitarias como la UGEL Cusco, instituciones que podrán, con base en nuestros resultados, implementar estrategias de prevención, diagnóstico precoz y promoción de la salud mental en las instituciones educativas.

En particular, los profesionales en formación en Medicina Humana tenemos la responsabilidad de abordar los problemas de salud desde una perspectiva bio-psico-social. Investigar la relación entre el consumo de alcohol y la depresión en adolescentes nos permite no solo entender los determinantes individuales y contextuales que agravan esta problemática, sino también contribuir con evidencia científica local que oriente políticas públicas, campañas preventivas y protocolos de atención integral en salud adolescente.

Asimismo, esta investigación permitirá identificar factores asociados al binomio alcohol – depresión que podrían estar actuando en nuestra localidad, tales como el entorno familiar, la presión de pares, el acceso a bebidas alcohólicas, el nivel socioeconómico y la calidad del ambiente escolar. Reconocer estos factores es clave para diseñar intervenciones más específicas y culturalmente pertinentes.

En conclusión, el presente trabajo no solo se justifica por su aporte académico y científico, sino también por su impacto potencial en la salud pública regional. Este proyecto busca ser una herramienta que oriente a psiquiatras, psicólogos, médicos generales y profesionales del sector educativo en la detección oportuna, prevención y manejo adecuado del consumo de alcohol y la depresión en adolescentes cusqueños, y así contribuir con el bienestar y desarrollo saludable de esta población vulnerable.

1.6. Limitaciones de la investigación

Durante la investigación es posible encontrar las siguientes limitaciones: el sesgo de selección ya que esta se puede dar cuando la muestra a ser utilizada no es representativa de la población general para ello reforzaremos los criterios de elegibilidad.

Es posible tener el sesgo del informante ya que al ser un estudio en adolescentes estos pueden proporcionar respuestas inexactas, sesgadas o incompletas ya que pueden

mentir por vergüenza para ello garantizaremos la discreción y privacidad de sus respuestas asegurando que no hay respuesta mala ni buena.

1.7. Aspectos éticos

Antes de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se obtendrá el consentimiento informado de los adolescentes, garantizando su autonomía decisional y comprensión del propósito del estudio. La información recolectada será estrictamente confidencial, resguardándose el anonimato de los adolescentes mediante la codificación de los datos, los cuales serán utilizados únicamente con fines científicos.

La investigación cumplirá con los lineamientos conforme a los principios éticos establecidos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial ⁽³⁰⁾, que promueve la autonomía, justicia, confidencialidad y respeto por las personas. Asimismo, se observarán los lineamientos del Informe Belmont ⁽³¹⁾, priorizado los principios de beneficencia, justicia y respeto por los humanos. Se cumplirán las normativas nacionales e internacionales de ética en investigación en seres humanos, asegurando la protección integral de los participantes, el manejo responsable de la información y el respeto irrestricto a la dignidad de los adolescentes involucrados.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Marco Teórico

2.1.1 Depresión

2.1.1.1. Definición

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracterizado por una reducción significativa en la capacidad de experimentar placer o interés en las actividades cotidianas ⁽³²⁾. Esta condición suele ir acompañada de síntomas principalmente afectivos, como tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza y una sensación general de malestar. Además, estos síntomas suelen presentarse junto con alteraciones cognitivas como dificultad en la concentración y alteraciones en la memoria, etc., así como manifestaciones físicas y volitivas ⁽³³⁾.

La depresión puede presentarse de forma episódica o recurrente, manifestándose a través de una tristeza profunda o una sensación de infelicidad constante. Las manifestaciones de la depresión pueden variar en función de factores como la edad, el sexo, los antecedentes educativos y culturales del individuo. La clasificación de los diferentes subtipos de depresión se diferencia en base a la gravedad de los síntomas, deterioro funcional, el grado de generalización y a la presencia o ausencia de episodios maniaco depresivos o fenómenos psicóticos ⁽³⁴⁾.

2.1.1.2. Epidemiología

La depresión en adolescentes presenta una elevada prevalencia y suele estar subdiagnosticada y subtratada. Su impacto es significativo en el desempeño académico, las relaciones sociales y familiares, además de incrementar la probabilidad de consumo de sustancias psicoactivas y el riesgo de suicidio en esta población ⁽³⁵⁾.

La UNICEF en el año 2019, menciona que aproximadamente 16 millones de adolescentes en Latinoamérica y el Caribe, y cerca de 9 millones en Europa, entre 10 a 19 años, fueron diagnosticados con algún tipo de trastorno mental, de los cuales la depresión representa cerca del 40%. En los Estados Unidos, durante el año 2023, la prevalencia de la depresión mayor y el trastorno depresivo persistentes en adolescentes fue del 11% y 1,8% respectivamente, mostrando un incremento considerable con el aumento de la edad ⁽³⁵⁾.

La pandemia de COVID -19 tuvo un impacto significativo en la salud mental en el año 2020 la prevalencia global de la depresión y otros trastornos mentales aumento significativamente entre un 25% y el 27,6% ⁽³⁶⁾.

En el año 2023, el Ministerio de Salud registro un total de 280 917 casos de depresión, en su gran mayoría de población femenina con un 75.5% mientras que el 16.5% era de menores de edad y dentro de ellos el 7 a 8% de adolescentes⁽³⁷⁾.

2.1.1.4 Manifestaciones Clínicas de la depresión en la adolescencia

Desde un enfoque clínico, la depresión se manifiesta a través de una amplia gama de síntomas que pueden agruparse en diferentes esferas del funcionamiento del individuo ⁽³⁸⁾:

- Área emocional: se evidencia emociones negativas persistentes como tristeza intensa, ansiedad o irritabilidad.
- Área cognitiva: se presentan dificultades en la concentración, perdida de interés, indecisión, pensamientos pesimistas, ideas delirantes o suicidas.
- Área somática: aparecen trastornos del sueño (insomnio o hipersomnia), cambios en el apetito (perdida o aumento), variaciones en el peso corporal, fatiga constante, molestias físicas y disminución del deseo sexual.
- Ritmos biológicos: los síntomas pueden identificarse en determinados momentos del día (generalmente en la mañana), incluir alteraciones menstruales o mostrar un patrón estacional.
- Área conductual: puede observarse comportamientos como llanto frecuente, agitación, lentitud motora, retraimiento social o mutismo.

2.1.1.5. Consideraciones históricas

La depresión es una de las primeras enfermedades mentales registradas en la historia de la humanidad. A diferencia de trastorno más complejos como la esquizofrenia, cuyos primeros indicios se observaron en los escritos de Shakespeare, los trastornos del estado de ánimo han sido descritos en relatos que se remontan a varios siglos y milenios atrás. Este fenómeno podría deberse a que las alteraciones emocionales, como la tristeza profunda o la euforia extrema, son más comprensibles y cercanas a la experiencia humana del sufrimiento ⁽³⁹⁾. En la antigüedad, Hipócrates (siglo V a.C.)

introdujo el termino melancolía para referirse a una afección caracterizada por tristeza profunda, insomnio y pérdida de apetito, atribuyéndola a un exceso de bilis negra según la teoría humoral.

En textos religiosos como el Antiguo Testamento se describen conductas atribuibles a reyes como Saul o Nabucodonosor, que hoy podrían interpretarse como episodios depresivos o maníacos. En la literatura clásica, autores como Sófocles retratan personajes como Ajax que, tras un episodio de exaltación, experimenta tristeza intensa y termina en suicidio, lo cual también es interpretado como una posible representación de un trastorno afectivo. Durante la edad media, la depresión fue vista bajo un enfoque teológico, muchas veces considerada como consecuencia o rituales religiosos. No fue sino el Renacimiento y la ilustración que comenzó a entenderse como un fenómeno natural, permitiendo una interpretación medica más racional y menos moralizante.

El avance más significativo ocurrió en el siglo XX, con el desarrollo de tratamientos psiquiátricos modernos. En los años 30 surgió la terapia electroconvulsiva (TEC), y en los 50 comenzó la revolución psicofarmacológica, con la introducción de los primeros antidepresivos como los IMAO y los tricíclicos. En las últimas décadas, se ha investigado la base neurobiológica de la depresión, considerando el papel de neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina, dopamina y recientemente el glutamato.

Actualmente, la depresión es reconocida como un problema de salud pública global, con importantes implicancias clínicas, sociales y económicas, especialmente en poblaciones vulnerables como los adolescentes ⁽⁴⁰⁾.

2.1.1.6. Tipos de depresión según el Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos mentales

a. Trastorno depresivo mayor

Se distingue por la presencia de episodios en los cuales la persona presenta un estado de ánimo deprimido o una marcada disminución de interés en la mayoría de actividades que duran un mínimo de dos semanas. Estos síntomas suelen estar acompañados de síntomas como variaciones en el peso o el apetito, trastorno del sueño, cansancio, sentimiento de inutilidad o culpa intensa, dificultades para la concentración y pensamientos persistentes sobre la muerte o el suicidio ⁽⁴¹⁾.

b. trastorno depresivo persistente o Distimia

Es un estado de ánimo deprimido crónico que dura al menos dos años. A nivel neurológico, se ha asociado con disfunciones en la regulación de neurotransmisores como la serotonina y la norepinefrina, se ha visto que también se relaciona con alteraciones en el eje hipotálamo hipófisis adrenal, lo que contribuye a una respuesta exacerbada al estrés ⁽⁴²⁾.

Aunque sus síntomas pueden ser menos intensos que el trastorno depresivo Mayor, la persistencia prolongada de esta condición interfiere significativamente en la vida cotidiana es normal que las personas con distimia presenten episodios de depresión mayor superpuestos con periodos de sintomatología más leve, lo que refleja una vulnerabilidad sostenida a la disfunción afectiva ⁽⁴³⁾

c. Depresión psicótica

La depresión psicótica es una manifestación severa del trastorno depresivo mayor, que incluye síntomas psicóticos como alucinaciones o delirios. Estos síntomas suelen estar relacionados con el estado de ánimo depresivo, y generalmente reflejan ideas de culpa excesiva, inutilidad o sensación de fracaso personal. A nivel neurobiológico, se ha asociado con una disfunción en los circuitos frontolímbicos y una hiperactividad del eje hipotálamo – hipófisis – adrenal (HHA), lo que contribuye a un aumento en la secreción de cortisol y una alteración en la respuesta al estrés ⁽⁴⁴⁾.

Estudios han sugerido que esta variante depresiva se relaciona con una mayor desregulación de los sistemas dopaminérgicos y serotoninérgicos, lo que podría explicar la presencia de síntomas psicóticos junto con los afectivos ⁽⁴⁵⁾. Debido a la gravedad del cuadro clínico, el tratamiento suele requerir el uso de antidepresivos combinados con antipsicóticos y, en algunos casos, terapia electroconvulsiva ⁽⁴³⁾.

d. Trastorno Bipolar

El trastorno Bipolar es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la alternancia entre episodios de depresión y periodos de manía o hipomanía. durante las fases depresivas, los pacientes presentan síntomas similares a los del trastorno depresivo mayor, como anhedonia, fatiga, alteraciones del sueño y pensamiento recurrente de inutilidad o muerte. Sin embargo, a nivel neurobiológico, el trastorno bipolar implica una

disfunción en la modulación del sistema límbico y una alteración en la corteza prefrontal y estructuras subcorticales, lo que afecta la regulación emocional ⁽⁴⁶⁾.

Estudios han identificado que esta condición está asociada con una desregulación en los sistemas de neurotransmisores dopaminérgicos, serotoninérgicos y glutaminérgicos, lo que contribuye a los cambios abruptos en el estado de ánimo ⁽⁴⁷⁾. Además, se ha observado una hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis- adrenal (HHA) y alteraciones en los ritmos circadianos, lo que puede explicar la vulnerabilidad al estrés y la inestabilidad emocional característica del trastorno ⁽⁴⁸⁾. El manejo terapéutico requiere estabilizadores del estado de ánimo, como litio o anticonvulsivantes, además de antipsicóticos atípicos en casos más severos ⁽⁴¹⁾.

e. Depresión postparto

la depresión posparto es una alteración del estado de ánimo que puede presentarse en mujeres tras el parto, caracterizada por sentimientos intensos de tristeza, ansiedad y agotamiento, que dificultan el cuidado personal y la atención adecuada del bebé. A nivel neurobiológico, se ha asociado con una disrupción en la regulación de los sistemas serotoninérgicos y dopaminérgicos, así como con una respuesta anómala del eje hipotálamo -hipófisis- adrenal, lo que genera alteraciones en los niveles de cortisol y afecta a la neuroplasticidad en regiones clave como la amígdala y corteza prefrontal ⁽⁴⁹⁾.

Estudios han demostrado que la caída brusca de los niveles de estrógeno y progesterona tras el parto puede influir en la vulnerabilidad a la depresión post parto, exacerbando la desregulación del sistema de respuesta al estrés y la inflamación neuroendocrina ⁽⁵⁰⁾. En términos clínicos, la depresión postparto suele presentarse en las primeras semanas postparto, aunque puede desarrollarse hasta un año después del nacimiento. El tratamiento incluye psicoterapia, farmacoterapia con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y, en algunos casos, moduladores neuroesteroideos como brexanolona ⁽⁴⁹⁾.

f. Trastorno afectivo estacional

es un subtipo de trastorno depresivo mayor que se presenta de manera recurrente durante ciertas estaciones del año, principalmente en otoño e invierno, coincidiendo con la reducción de la luz solar. A nivel neurobiológico, se ha asociado con una alteración en los ritmos circadianos debido a la disminución de la exposición a la luz, lo

que afecta la producción de melatonina y la regulación del núcleo supraquiasmático. Este desajuste circadiano provoca una alteración en los niveles de serotonina, un neurotransmisor crucial para el estado de ánimo, contribuyendo a síntomas depresivos ⁽⁵¹⁾. Los pacientes con trastorno afectivo estacional experimentan fatiga, hipersomnia, aumento de apetitos (particularmente por carbohidratos), ganancia de peso y sentimientos de tristeza o desesperanza. Los síntomas suelen remitir con la llegada de la primavera y el verano, cuando aumenta la exposición a la luz solar. El tratamiento incluye fototerapia, psicoterapia y en algunos casos el uso de antidepresivos, especialmente ISRS ⁽⁵¹⁾.

2.1.1.7. Factores de Riesgo de la depresión en Adolescentes

a. Factores biológicos

- Antecedentes genéticos: tener familiares con antecedentes de trastornos del estado de ánimo, como depresión o trastorno bipolar, incrementa la probabilidad de que los adolescentes desarrollen estas condiciones.
- Alteraciones neuroquímicas: cambios en los niveles de neurotransmisores como la serotonina y la noradrenalina están asociadas con la aparición de síntomas depresivos.
- Desarrollo cerebral: Durante la adolescencia, la corteza prefrontal aún está en desarrollo, lo que puede afectar la regulación emocional y la toma de decisiones ⁽⁵²⁾.

b. Factores psicológicos

- Trastornos emocionales previos: La presencia de ansiedad, baja autoestima o trastornos de conducta puede ser un precursor de la depresión en adolescentes.
- Eventos estresantes: Situaciones como el divorcio de los padres, la pérdida de un ser querido o experiencias traumáticas que pueden desencadenar síntomas depresivos.
- Estilos cognitivos negativos: La tendencia a interpretar los eventos de manera pesimista o la rumiación constante sobre problemas personales son patrones cognitivos asociados con la depresión ⁽⁵³⁾.

c. Factores Sociales

- Disfunción familiar: ambientes familiares conflictivos o negligentes aumentan el riesgo de depresión en adolescentes.
- Problemas escolares: el bajo rendimiento académico y las dificultades en las relaciones con compañeros pueden ser factores contribuyentes.
- Acoso y violencia: Experiencias de Bullying o violencia domestica están fuertemente asociadas con la aparición de trastornos depresivos.
- Influencia de pares: La presión social y la necesidad de aceptación pueden llevar a comportamientos de riesgo o sentimientos de aislamiento, contribuyendo al desarrollo de síntomas depresivos.
- Uso excesivo de las redes sociales: El tiempo prolongado en redes sociales, especialmente cuando se asocia con comparaciones sociales negativas, puede afectar la autoestima y el bienestar emocional de los adolescentes ⁽⁵⁴⁾.

2.1.1.8. Criterios Diagnósticos según DSM-5

El diagnóstico de trastorno depresivo mayor se establece cuando una persona experimenta un mínimo de cinco síntomas depresivos durante al menos dos semanas consecutivas, lo cual implica una alteración importante en su rutina o capacidad de funcionamiento diario. Uno de los síntomas principales es el estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en actividades que antes resultaban agradables.

Los síntomas más comunes incluyen:

- Animo deprimido casi todo el día, casi todos los días, que puede manifestarse con tristeza, vacío o desesperanza; en adolescentes puede presentarse con irritabilidad
- Anhedonia: pérdida de interés por actividades habituales.
- Cambios en el apetito o peso corporal, ya sea pérdida o aumento significativos sin causa aparente.
- Alteraciones del sueño: insomnio o hipersomnia frecuentes.
- Agitación o enlentecimiento psicomotor, observable por los demás.
- Fatiga y falta de energía constante.

- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, a menudo irracionales o desproporcionados.
- Dificultad para mantener la atención o elegir entre distintas opciones.
- Pensamientos persistentes relacionados con la muerte, ideas suicidas o intentos previos de quitarse la vida.

Estos signos deben generar un malestar considerable o afectar de manera notable la vida diaria del individuo, especialmente en sus relaciones sociales, rendimiento escolar o dinámica familiar. Además, el cuadro no debe atribuirse a los efectos de sustancias (como drogas o medicamentos) ni a condiciones medicas generales. También se excluyen otros diagnósticos como esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Finalmente, no debe haber antecedentes de episodios maniacos o hipomaniacos, salvo que hayan sido inducidos por sustancias o enfermedades médicas ⁽⁴³⁾.

2.1.1.9. Evaluación Clínica

El proceso diagnóstico de la depresión en adolescentes requiere un enfoque clínico integral que combine entrevistas con el paciente, observación del comportamiento y uso de herramientas estandarizadas. A diferencia de los adultos, los adolescentes pueden manifestar síntomas depresivos de forma atípica, siendo el síntoma más frecuente la irritabilidad que la tristeza ⁽⁵⁵⁾.

La evaluación clínica comienza con una entrevista estructurada al adolescente, en el cual el medico debe indagar sobre cambios en el estado de ánimo, patrones de sueño, apetito, rendimiento escolar, relaciones interpersonales y presencia de pensamientos autolesivos o suicidios. Además, es fundamental realizar una entrevista familiar, ya que los padres o cuidadores pueden proporcionar información útil sobre cambios de conducta y antecedentes familiares psiquiátricos. Durante la evaluación también se debe realizar un exámen del estado mental, que incluye la valoración del afecto, pensamiento, juicio, orientación y lenguaje. Se debe prestar especial atención a signos de riesgo suicida, como el aislamiento social, desesperanza o comentarios relacionados con la muerte ⁽⁵⁶⁾.

2.1.1.10. Herramientas clínicas y cuestionarios utilizados para el diagnóstico

Con el fin de aumentar la sensibilidad diagnóstica y facilitar el seguimiento del tratamiento, se recomienda completar la evaluación clínica con instrumentos validados para adolescentes. A continuación, se presentan los más utilizados:

a. Inventario de Depresión de Beck para Jóvenes (BDI-Y)

Este cuestionario autoadministrado consta de 20 ítems y evalúa síntomas como tristeza, pérdida de energía, dificultades de concentración y sentimientos de inutilidad. Es útil tanto para el diagnóstico como para monitoreo del progreso terapéutico ⁽⁵⁷⁾.

b. Patient Health Questionari for Adolescents (PHQ-A)

Adaptación del PHQ -9 para adolescentes, permite detectar y clasificar la severidad de la depresión. Está basado en los criterios del DSM-5 y puede ser aplicado en consultorios médicos, escuelas y centros de salud mental ⁽⁵⁸⁾.

c. Children's Depression Inventory (CDI)

Evaluación de síntomas depresivos en niños y adolescentes de entre 7 y 17 años. Proporciona puntuaciones que ayudan a detectar depresión leve, moderada o severa, permitiendo guiar decisiones clínicas ⁽⁵⁹⁾.

2.1.1.11. Tratamiento y manejo de la depresión en adolescentes

El manejo de la depresión en adolescentes requiere un enfoque multidisciplinario adaptado al nivel de severidad de los síntomas, la presencia de comorbilidad, el entorno familiar y el nivel de funcionamiento social. Las principales líneas de tratamiento incluyen la farmacoterapia, psicoterapia y las intervenciones familiares y sociales, con énfasis en la educación psicoemocional del paciente y su entorno.

A. Terapias psicoterapéuticas (Terapia Cognitivo Conductual – TTC)

La Terapia Cognitivo Conductual es considerada el tratamiento psicoterapéutico de primera línea para adolescentes con depresión leve a moderada. Esta intervención se enfoca en identificar y modificar patrones de pensamiento negativo, creencias distorsionadas y comportamientos disfuncionales que perpetúan los síntomas depresivos ⁽⁵⁷⁾.

La TCC se basa en el modelo de que los pensamientos afectan las emociones y las conductas. A través de técnicas estructuradas, como el reencuadre cognitivo, la

activación conductual y el entrenamiento en habilidades sociales, el adolescente aprende a afrontar sus síntomas de manera más adaptativa ⁽⁶⁰⁾

B. Tratamiento farmacológico (antidepresivos)

En casos de depresión moderada a severa, especialmente cuando no hay respuesta adecuada a la psicoterapia, se considera el uso de antidepresivos. Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) son los fármacos más comúnmente utilizados debido a su perfil de seguridad y eficacia.

Entre los antidepresivos aprobados por la FDA para adolescentes, destacan:

- Fluoxetina, aprobado para mayores de 8 años.
- Escitalopram, aprobado para mayores de 12 años.

Estos medicamentos actúan aumentando la disponibilidad de serotonina en las sinapsis neuronales, lo que mejora el estado de ánimo con menor riesgo de efectos adversos en comparación con los antidepresivos tricíclicos. No obstante, su prescripción debe realizarse con precaución debido al riesgo potencial de ideación suicida, especialmente en las primeras semanas de tratamiento. Por ello, se recomienda un monitoreo clínico cercano y seguimiento familiar constante ⁽⁶¹⁾.

C. Intervenciones familiares y sociales

Dado que los adolescentes dependen emocionalmente de su entorno inmediato, las intervenciones familiares son fundamentales. La psicoeducación familiar busca mejorar la comprensión de la enfermedad, promover la empatía y fortalecer la comunicación entre los miembros del hogar. Además, se ha evidenciado que los problemas familiares, como conflictos interpersonales o falta de apoyo emocional, puede agravar la sintomatología depresiva, por lo que involucrar a la familia en el tratamiento favorece mejores resultados. También se recomienda integrar estrategias de intervención social, como el acompañamiento escolar, actividades extracurriculares, redes de apoyo comunitarias y programas de prevención en adolescentes en riesgo ⁽⁶¹⁾.

2.1.2. Consumo de alcohol en adolescentes

2.1.2.1 Definición de alcohol

Desde una perspectiva bioquímica, los alcoholes constituyen una amplia clase de compuestos orgánicos caracterizados por la presencia de uno o más grupos hidroxilo

(-OH) unidos a un carbono saturado. Dentro de esta categoría, el etanol (C_2H_5OH) destaca por ser el principal componente psicoactivo de las bebidas alcohólicas, y se forma generalmente mediante procesos de fermentación de azúcares presentes en frutas, granos u otros vegetales ⁽⁶²⁾. El etanol es un líquido incoloro, volátil e inflamable, con alta solubilidad en agua y moderada miscibilidad en solventes orgánicos como el cloroformo o éter. Su liposolubilidad es considerablemente inferior a su hidrosolubilidad, lo que facilita su rápida distribución en compartimentos acuosos del organismo. Desde el punto de vista nutricional, aporta aproximadamente 7 kcal por gramo, aunque carece de valor nutritivo, ya que no contiene proteínas, minerales ni vitaminas esenciales ⁽⁶³⁾.

Al ser ingerido, el etanol se absorbe con rapidez en el estómago y, principalmente, en el intestino delgado, ingresando al torrente sanguíneo y atravesando la barrera hematoencefálica, donde actúa como depresor del sistema nervioso central. En la práctica clínica y epidemiológica, se utiliza el concepto de “bebida estándar”, que equivale aproximadamente a 10 gramos de etanol puro, lo que se encuentra contenido en 330 ml de cerveza al 5%, 140 ml de vino al 12% o 40 ml de destilados al 40% ⁽⁶³⁾.

Las bebidas alcohólicas se clasifican según el método de evaluación:

- Las obtenidas por fermentación se producen a partir de la acción enzimática de microorganismos sobre azúcares naturales, generando productos como la cerveza, el vino o el champán.
- En cambio, las bebidas obtenidas por destilación implican un proceso físico de evaporación y condensación para concentrar el contenido alcohólico, dando lugar a productos como el ron, el whisky, la ginebra o el vodka ⁽⁶²⁾.

2.1.2.2. Factores de riesgo para el inicio del consumo de alcohol en adolescentes

El inicio del consumo de alcohol ocurre en mayor frecuencia en la adolescencia temprana, etapa caracterizada por cambios biológicos, psicológicos y sociales que pueden aumentar la vulnerabilidad a conductas de riesgo.

Diversos estudios indican que el inicio del consumo de sustancias psicoactivas en la mayoría de los adolescentes ocurre entre los 15 a 17 años, presentándose generalmente como un consumo experimental. Durante esta fase inicial, el uso suele ser esporádico y en cantidades reducidas. Sin embargo, este primer contacto puede

conducir a dos trayectorias distintas: el abandono del consumo o la progresión hacia un patrón más frecuente y problemático, con riesgo de desarrollar dependencia. El inicio del consumo de alcohol en adolescente esta influenciado por múltiples factores biopsicosociales:

- Biológicos: la predisposición genética y los antecedentes familiares de trastornos por consumo de sustancias aumentan el riesgo.
- Psicológicos: presencia de trastornos afectivos (como depresión o ansiedad), baja autoestima, escasa autorregulación emocional y estrategias inadecuadas de afrontamiento al estrés.
- Personales: rangos de personalidad impulsiva, búsqueda de sensaciones nuevas y percepción distorsionada sobre el riesgo del alcohol.
- Familiares: disfunción familiar, vínculos afectivos débiles, negligencia parental, consumo de sustancias por parte de los cuidadores, comunicación deficiente y ausencia de normas claras.
- Escolares: bajo rendimiento académico, conductas disruptivas, conflicto con docentes, vinculación con pares consumidores y deserción escolar.
- Sociales y ambientales: accesibilidad al alcohol, presión de grupo, influencia de medios de comunicación, precariedad socioeconómica, urbanización y normas culturales permisivas hacia el consumo ⁽⁶²⁾.

2.1.2.3. Factores protectores del consumo de alcohol en adolescentes

Hawkins y Weis en 1985 identifican diversos factores protectores son “aquellos factores o cualidades individuales: personales, psicológicos y sociales; que disminuye, inhiben, o mitigan la posibilidad de que se produzca el comportamiento relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas”. Se identifican tres factores protectores que ayudan a prevenir conductas problemáticas y el consumo de alcohol:

- ✓ Vínculos sociales positivos: mantener relaciones de afecto, compromiso y buena comunicación con la familia, la escuela y amistades que no consumen sustancias.

- ✓ Normas externas claras: existencia de regla firmes y coherentes en contra del consumo de alcohol, reforzadas por personas influyentes en la vida del adolescente.
- ✓ Habilidades personales: poseer herramientas para enfrentar las presiones o situaciones de riesgo de manera asertiva, como el autocontrol y la resolución de problemas.

Estos factores de protección también han sido descritos como aquellos elementos individuales o colectivos que disminuyen o contrarrestan los efectos negativos de los factores de riesgo.

- Factores personales: incluyen un desarrollo de maduración emocional adecuado, pensamiento positivo, metas claras, habilidades sociales y de resolución de conflictos, motivación, autonomía y una gestión eficaz del tiempo libre.
- Factores familiares: se relacionan con un entorno afectivo y estable, relaciones positivas con padres y hermanos, comunicación abierta, normas claras, acompañamiento educativo, control del estrés familiar, tiempo compartido y promoción de hábitos saludables.
- Factores psicológicos: abarcan una buena autoestima, control emocional, empatía, comunicación asertiva y tolerancia a la frustración.
- Factores escolares: implican compromiso académico, apoyo entre pares, buena relación alumno docente, clima escolar positivo, fomento de actividades extracurriculares, deportivas, trabajo colaborativo y creatividad.
- Factores sociales y ambientales: hacen referencia a la integración comunitaria, redes de apoyo, vínculos con grupos y oportunidades recreativas sanas ⁽⁶³⁾.

2.1.2.4. Consumo de Alcohol en el mundo y en Perú

Se estima que 400 millones de personas de 15 años o más vivían con trastornos por consumo de alcohol en 2019, y de ellas, 209 millones presentaba dependencia al alcohol. En el 2024, los establecimientos de salud del MINSA atendieron a 43 207 casos de trastorno por consumo de alcohol, lo que representa un incremento del 9.4% en comparación con el año anterior. El 76% de los casos correspondieron a varones y el 24% a mujeres. Los principales grupos etarios atendidos fueron adultos (21, 007),

jóvenes (11,328 casos) y adolescentes (6,073 casos). Las regiones con mayor número de casos es Cusco (68%), Arequipa, La Libertad, Ayacucho y Junín presentaron el mayor número de casos atendidos por trastornos relacionados con el consumo de alcohol ⁽⁶⁴⁾.

2.1.2.5. Morbilidad y mortalidad asociada al consumo de alcohol

En el año 2019, el consumo de alcohol fue responsables de alrededor de 2.6 millones de muertes a nivel global. De estas, aproximadamente 1.6 millones se debieron a enfermedades no transmisibles, 700 mil a lesiones o traumatismos, y 300 mil a enfermedades transmisibles ⁽⁶²⁾.

El consumo de alcohol en adolescentes peruanos representa una preocupación creciente debido a sus múltiples efectos adversos en la salud física y mental, así como en el desarrollo social y académico.

Desde una perspectiva médica, el alcohol es una sustancia psicoactiva que afecta diversos sistemas del organismo. En adolescentes, cuyo sistema nervioso central aún se encuentra en desarrollo, el consumo de alcohol puede provocar alteraciones significativas en la conducta, la memoria y los procesos de aprendizaje. Estudios han demostrado que el consumo temprano de alcohol puede llevar a un deterioro neuropsicológico, cuya magnitud varía según la cantidad consumida, los antecedentes personales y el patrón de consumo, así como la ingesta concomitante de otras sustancias tóxicas.

En el Perú, el ministerio de Salud (Minsa) reportó que en 2024 se atendieron 6 073 casos de trastornos por consumo de alcohol en adolescentes, lo que representa un aumento respecto al año anterior. Este incremento refleja una tendencia preocupante en el inicio temprano del consumo de alcohol entre los jóvenes peruanos.

Investigaciones en regiones como Puno han identificado factores asociados al consumo peligroso de bebidas alcohólicas en adolescentes escolares, destacando que los varones presentan un mayor riesgo, especialmente en aquellos que iniciaron el consumo antes de los 14 años. Asimismo, estudios en Lima han señalado que factores personales y familiares, como la oferta de bebidas alcohólicas y la presencia de familiares enfermos, están asociados con el consumo de alcohol en adolescentes.

Las consecuencias del consumo de alcohol en adolescentes son múltiples e incluyen:

- Accidentes de tráfico, suicidios y homicidios.
- Inicio temprano de la actividad sexual y mayor tendencia a relaciones sin protección.
- Incremento en la probabilidad de desarrollar dependencia al alcohol.
- Ausencia escolar, bajo rendimiento académico y abandono escolar.
- Conflictos familiares y distanciamiento.
- Alteraciones en la coordinación motora y en los reflejos.

Además, el consumo de alcohol está relacionado con más de 200 enfermedades y lesiones, incluyendo afecciones crónicas y agudas. Las condiciones vinculadas al alcohol se pueden agrupar en tres categorías según su relación causal ⁽⁶⁴⁾:

1. Enfermedades completamente atribuibles al alcohol como trastornos por uso, enfermedades hepáticas alcohólicas
2. Enfermedades crónicas donde el alcohol actúa como contribuyente, como ciertos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares y digestivas.
3. Situaciones agudas desencadenadas o agravadas por el alcohol, como accidentes, lesiones traumáticas y intoxicaciones

Clasificación de las enfermedades relacionada con el alcohol

- Cardiovasculares: hipertensión, miocardiopatías, arritmias, cardiopatía isquémica y accidente cerebrovasculares
- Digestivas: desde patologías orofaríngeas, esofágicas y gástricas hasta pancreatitis y enfermedades hepáticas (esteatosis, hepatitis, cirrosis y hepatocarcinoma)
- Hematológicas: macrocitosis, anemia megaloblástica, leucopenia y trombocitopenia
- Osteomusculares: osteoporosis, miopatías y rabdomiólisis
- Metabólicas y endocrinas: alteraciones del metabolismo proteico y lipídico, hipoglucemia alcohólica, y disfunciones hormonales (hipogonadismo, infertilidad, síndrome de Cushing)
- Infecciosas: mayor riesgo de neumonía, tuberculosis, hepatitis B y C, meningitis, infecciones cutáneas y VIH.
- Oncológicas: el alcohol es carcinógeno (IARC grupo 1), asociado a cánceres de orofaringe, esófago, hígado, colon y mama.
- Neurológicas: demencia alcohólica, síndrome de Wernicke – kosakoff, polineuropatía, epilepsia y atrofia cerebral.

2.1.3. Adolescencia

2.1.3.1. Definición

La adolescencia es un periodo vital en el que se experimentan múltiples transformaciones que afectan profundamente los aspectos físicos, cognitivos, afectivos y sociales de la persona. Algunos expertos la describen como un “segundo nacimiento” debido a su significación en la construcción de la identidad y la autonomía ⁽⁶⁵⁾. El termino proviene del latín “**adolescere**”, que significa crecer o madurar, reflejando la idea central de maduración que caracteriza este proceso. Este periodo de transición se extiende aproximadamente desde los 11-12 hasta los 18- 20 años, dada la extensión del desarrollo cerebral y social en la época actual ⁽⁶⁶⁾. Por ello, es habitual distinguir tres subfases:

- Adolescencia temprana (11 a 14 años): marcada por cambios físicos rápidos y concreción del pensamiento ⁽⁶⁶⁾.
- Adolescencia media (15 a 17 años): cuando se consolida la identidad y se intensifica la búsqueda de independencia ^(65, 66)
- Adolescencia tardía o juventud (18 a 20 años o más): al consolidarse la identidad y asumir roles sociales y profesionales ⁽⁶⁶⁾

Cada una de estas subetapas presenta retos específicos. La adolescencia temprana es particularmente crítica por la aparición simultanea de cambios biológicos, cognitivos y relacionales, lo cual representa un periodo de ajuste único ⁽⁶⁵⁾.

2.1.3.3. Epidemiología del consumo de alcohol y otras drogas

El consumo de alcohol y otras sustancias entre los adolescentes peruanos constituyen una preocupación creciente por sus efectos sobre la salud y el desarrollo temprano ⁽⁶²⁾. El fenómeno del “**botellón**”, es decir, reuniones informales de fin de semana en espacios públicos donde se consume alcohol a veces combinado con drogas sintéticas, ha motivado intervenciones legales debido a su difusión en la juventud ⁽⁶⁷⁾.

Por otro lado, la propia fase del desarrollo adolescente caracterizado por impulsividad, búsqueda de nuevas experiencias y sensación de invulnerabilidad facilita el inicio del consumo de sustancias. Por otro lado, el abuso de alcohol y drogas interfiere directamente con el desarrollo saludable, afectando la esfera cognitiva, emocional y social del joven ⁽⁶²⁾.

Estudios del Ministerio de Salud muestran que el promedio de edad de inicio del consumo de alcohol esta entre los 12 y 13 años, siendo incluso más temprana en zonas urbanas (12,6 años aproximadamente) ⁽⁶⁸⁾.

En el 2020, un informe del estado peruano reporto que el 58% de los adolescentes había bebido ocasionalmente, el 13% presentaron consumo abusivo y el 5% desarrollaron dependencia ⁽⁶⁹⁾.

En una muestra de escolares, el 27,3% admitió participar en botellones en el último año. Este grupo demostró patrones de consumo más intensos y riesgos elevados en comparación con quienes no participan ⁽⁶⁷⁾.

2.1.3.3. Consumo de alcohol y otras drogas en la adolescencia

Las últimas encuestas realizadas al alumnado de secundaria de 14 a 18 años revelan que el alcohol (76%) y el tabaco (34%) son las sustancias de mayor prevalencia entre los adolescentes. Resaltan la fidelidad en su consumo, que tiende a concentrarse durante los fines de semana en contexto de ocio, de manera experimental u ocasional. Además, mientras que las adolescentes consumen con mayor frecuencia alcohol, tabaco y tranquilizantes, aunque en menor cantidad, los varones muestran una mayor tendencia al uso de drogas ilegales, siendo el éxtasis la sustancia psicoestimulante de consumo habitual más reportada (2,5%).

De acuerdo con la Encuesta ESTUDES 2023, elaborada por el observatorio Español de Drogas, cerca del 76% de los adolescentes entre 14 y 18 años ha probado alcohol en algún momento de su vida, y aproximadamente el 74% lo ha consumido en el último año. Además, el 56,6% bebió alcohol en los últimos 30 días, de los cuales el 20,8% experimento una embriaguez aguda y el 28,2% reporto consumos intensivos o binge drinking.

En cuanto a la edad de inicio, el consumo de alcohol comienza en promedio a los 13,9 años, mientras que la primera borrachera ocurre hacia los 14,5 años.

2.1.3.4. Problemas derivados del abuso de alcohol en adolescentes

Determinar cuando el consumo de alcohol en adolescentes se convierte en problemático es complejo, ya que sus efectos físicos suelen presentarse tras un uso prolongado. Según datos del observatorio español sobre Drogas, el 28,5 % de los

escolares ha experimentado consecuencias negativas del alcohol, como problemas de salud, riñas o conflictos familiares ⁽⁷⁰⁾.

- **Las principales consecuencias más comunes que pueden padecer los adolescentes son:**

- **Intoxicación etílica aguda:** se asocia con pérdida de coordinación motora, aumento de la agresividad, alteraciones en la conciencia y, en casos severos, coma e incluso a la muerte, dependiendo de la cantidad de alcohol ingerido.

- **Rendimiento académica:** el consumo interfiere directamente en el rendimiento escolar y aumenta el riesgo de fracaso académico.

- **Conducta sexual de riesgo:** un tercio de las relaciones sexuales adolescentes ocurren bajo el efecto de drogas, lo que dificulta la adopción de prácticas seguras.

- **Accidentes de tráfico:** se estima que hasta un 60% de accidentes de fin de semana en jóvenes están relacionados con el alcohol debido a la desinhibición y deficiencia en reflejos.

- **Problemas legales:** el consumo está vinculado a conductas delictivas como conducción sin licencia, robos, peleas y vandalismo.

- **Trastornos del estado de ánimo y suicidio:** cerca del 50% de los intentos suicidas en mujeres y más del 60% en hombres se producen cuando han consumido alcohol.

- **Sustancia inicial que facilita el consumo de otras drogas:** el consumo de alcohol y tabaco precede al uso de cannabis y otras sustancias; un inicio precoz incrementa el riesgo de progresión a drogas ilegales.

2.1.3.5. Instrumento de evaluación

El Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) fue creado por la Organización mundial de la Salud (OMS) como un instrumento de detección que permite identificar conductas de consumo de alcohol de riesgo, dañinas o que indiquen dependencia.

Consta de 10 ítems que evalúan el consumo reciente, síntomas de dependencia y consecuencias relacionadas. Si bien fue diseñado inicialmente para adultos, ha sido validado en adolescentes con adaptaciones contextuales y culturales.

Diversos estudios han confirmado su utilidad en poblaciones juveniles, con buena sensibilidad y especificidad para detectar consumo nocivo. Por ejemplo, un estudio reciente realizado en adolescentes escolares en Colombia halló una prevalencia de consumo de riesgo del 22.7%, siendo el AUDIT una herramienta eficaz en contextos escolares ⁽⁷¹⁾.

El cuestionario PHQ-9 MODIFICADO PARA ADOLESCENTES es un instrumento breve de tamizaje de síntomas depresivos, validado originalmente en adultos. Su versión modificada para adolescentes incluye los mismos 9 ítems, basados en los criterios del DSM -5, pero con un lenguaje adaptado y una pregunta adicional sobre dificultad funcional. Es ampliamente utilizado en atención primaria y en contextos escolares debido a su facilidad de aplicación, confiabilidad y validez.

Estudios recientes han mostrado que el PHQ-9 modificado tiene una alta sensibilidad 89.5% y especificidad 77.5% para detectar depresión mayor en adolescentes entre 13 y 17 años.

2.2. Definición de términos básicos

- **Depresión:** Es un estado emocional caracterizado por una tristeza persistente, pérdida de interés en actividades habituales y otros síntomas que afectan el funcionamiento diario, aunque no siempre alcanza la gravedad de un trastorno depresivo mayor ⁽³³⁾.
- **Consumo de alcohol:** se refiere al acto de ingerir bebidas alcohólicas, ya sea de manera ocasional o frecuente, y puede estar relacionada tanto con situaciones sociales ⁽⁶³⁾.
- **Adolescencia:** Es la etapa del desarrollo humano comprendida entre 13 a 18 años, en la cual ocurren cambios significativos a nivel físico, emocional, cognitivo y social que influyen en la identidad y comportamiento del individuo ⁽⁶⁶⁾.
- **Salud Mental:** Se refiere al estado de bienestar mental que le permite a una persona manejar el estrés cotidiano, establecer relaciones positivas y tomar decisiones adecuadas para su vida ⁽⁷²⁾.
- **Estado de ánimo:** Es el tono afectivo que predomina en una persona durante un periodo determinado. Influye en cómo se percibe la realidad y se experimentan las

emociones, y puede variar ante situaciones internas o externas, siendo reflejo de la salud emocional del individuo ⁽⁷³⁾.

- **Bebidas Alcohólicas:** Son líquidos que las personas pueden tomar y que tienen alcohol (etanol) en su composición ⁽⁶²⁾.

2.3. Hipótesis

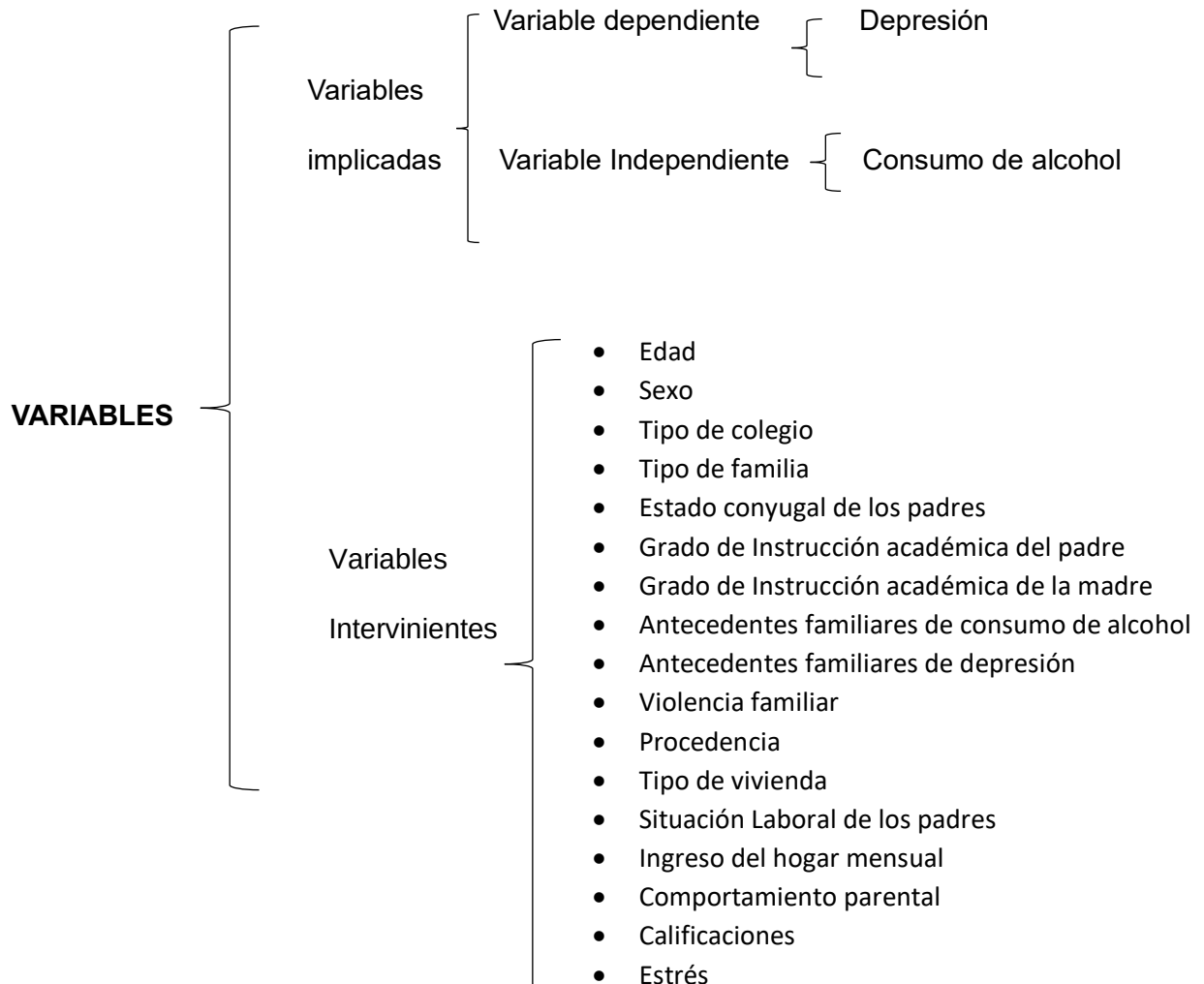
2.3.1. Hipótesis General

- La asociación entre el consumo de alcohol y depresión en adolescentes de quinto de secundaria en Instituciones Educativas de la provincia del Cusco, 2025 es directa.

2.3.2. Hipótesis Específica

- **H1:** El nivel de consumo de alcohol en adolescentes de quinto de secundaria en Instituciones Educativas del Cusco, 2025 es alta.
- **H2:** El nivel de depresión en adolescentes de quinto de secundaria en Instituciones Educativas del Cusco, 2025 es elevado.
- **H3:** La prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes de quinto de secundaria en Instituciones Educativas del Cusco, 2025 es elevada.
- **H4:** La prevalencia de depresión en adolescentes de quinto de secundaria en Instituciones Educativas del Cusco, 2025 es alta.
- **H5:** Existen determinantes personales, familiares, sociodemográficos, económicos y comportamiento parental que se asocian significativamente con el consumo de alcohol y la depresión en adolescentes de quinto de secundaria en instituciones educativas de la ciudad del Cusco en el año 2025.

2.4. Variables



2.5. Definición Operacional de variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones / dominios	Indicadores	Tipo	Escala de medición	Instrumento	Expresión final de la variable	ITEM	Definición operacional de la variable
VARIABLE DEPENDIENTE									
Depresión	La depresión es un trastorno mental que afecta el estado de ánimo, caracterizado por una sensación persistente o temporal de tristeza y desánimo.	Factor personal	Síntomas cognitivos Síntomas físicos	Cuantitativa	Nominal	PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)	Evalúa la presencia de síntomas depresivos basado en los criterios del DSM-5	30,31, 32,33, 34,35, 36,37, 38, a, b, c, d	La depresión será medida mediante el cuestionario PHQ-9 modificado para adolescentes, el cual evalúa la presencia y frecuencia de 9 síntomas depresivos durante las últimas dos semanas. Cada ítem tiene cuatro opciones de respuesta: • 0 = Nada, • 1 = Algunos días, • 2 = Más de la mitad de los días, • 3 = Casi todos los días. El puntaje total puede oscilar entre 0 y 27 puntos. Según la suma total, se clasifica la severidad de la depresión en cinco niveles: ✓ Mínima o ninguna: 0–4 ✓ Leve: 5–9 ✓ Moderada: 10–14 ✓ Moderadamente grave: 15–19 ✓ Grave 20–27

VARIABLE INDEPENDIENTE									
Consumo de alcohol	El consumo de alcohol es la acción de beber líquidos que contienen etanol.	Factor personal	Consumo de riesgo Síntomas de dependencia Consumo perjudicial de alcohol	Cuantitativa	Nominal	AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test),	Determina el consumo de alcohol por una persona creada por la OMS	20,21, 22,23, 24,25, 26,27, 28,29	El consumo de alcohol será evaluado mediante el cuestionario AUDIT, el cual consta de 10 ítems que exploran la frecuencia y cantidad de consumo de bebidas alcohólicas, así como posibles consecuencias del consumo. Cada pregunta se responde del 0 al 4. La suma total de todas las preguntas da un resultado entre 0 y 40 puntos. Ese puntaje final determina el nivel de riesgo de tu consumo de alcohol. ✓ Consumo de bajo riesgo: 0–3 puntos ✓ Consumo riesgoso: 4–7 puntos ✓ Consumo nocivo: 8–12 puntos ✓ Probable dependencia al alcohol: ≥12 puntos
VARIABLES INTERVINIENTES									

Edad	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona	Factor sociodemográfico	Años cumplidos	Cuantitativa	Razón	Ficha de recolección de datos	Edad:en años cumplidos.	1	Se expresará con un número que serán los años cumplidos
Sexo	Es la condición biológica que define a una persona como masculina o femenina.	Factores sociodemográficos	Femenino Masculino	Cualitativa dicotómica	Nominal	Ficha de recolección de datos	Género: Masculino () Femenino ()	2	El sexo será identificado mediante una pregunta cerrada, de respuesta única, en la que el participante deberá seleccionar la opción que le corresponde según su identificación biológica al nacer. Se expresa como: ✓ Masculino ✓ Femenino
Tipo de Colegio	Centro de estudios donde se adquiere formación	Factor sociodemográfico	Pública Privada	Cualitativa	Nominal dicotómica	Ficha de recolección de datos	Tipo de colegio: Pública () Privada ()	3	Se expresa como: ✓ Pública ✓ Privada
Tipo de familia	Estructura familiar en la que se desenvuelve.	Factor familiar	Nuclear, extensa, monoparental, reconstituida, otros	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Vives actualmente con: () Ambos padres (biológicos / adoptivos) () Solo madre () Solo padre () Padre y/o madre y otros familiares	4	El tipo de familia será identificado mediante una pregunta cerrada de opción múltiple, en la que el participante indicará con quién vive actualmente. La pregunta será: Vives actualmente con:

							() Otro familiar (abuelos, tíos, etc) _____		() Ambos padres (biológicos / adoptivos) () Solo madre () Solo padre () Padre y/o madre y otros familiares () Otro familiar (abuelos, tíos, etc) _____ Cada una de estas opciones será categorizada de la siguiente manera: ✓ Familia nuclear (ambos padres) ✓ Familia monoparental materna (solo madre) ✓ Familia monoparental paterna (solo padre) ✓ Familia ampliada (padre/madre y otros familiares) ✓ Familia extensa o sustituta (otros familiares sin padre ni madre)
Estado conyugal de los padres	Conjunto de las circunstancias personales, según el registro civil que determinan los derechos y obligaciones	Factor familiar	Situación civil de la persona.	Cualitativo	Nominal	Ficha de recolección de datos	Estado civil de tus padres: () Casados o viven juntos (convivencia) () Separados / Divorciados () Uno de ellos abandono el hogar () Ambos padres están ausentes	5	Estado civil de los padres que se calificara como buena al responder la primera alternativa ✓ Casados o viven juntos (convivencia) ✓ Separados / Divorciados

	de las personas.								✓ Uno de ellos abandono el hogar ✓ Ambos padres están ausentes
Grado de Instrucción del padre	Nivel educativo alcanzado por el padre	Factor familiar	Ultimo grado de estudios culminado por el padre del estudiante.	Cuantitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Grado de estudio alcanzado por el padre: () Primaria incompleta () Primaria completa () Secundaria incompleta () Secundaria completa () Superior (instituto, universidad, etc.) concluida	6	La variable nivel educativo alcanzado por el padre se expresará considerando como adecuado cuando el padre haya finalizado estudios de secundaria o superiores y como inadecuado cuando haya o no concluido la primaria.
Grado de Instrucción de la madre	Nivel educativo alcanzado por la madre	Factor familiar	Ultimo grado de estudios culminado por la madre del estudiante.	Cuantitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	Grado de estudio alcanzado de la madre: () Primaria incompleta () Primaria completa () Secundaria incompleta () Secundaria completa () Superior (instituto, universidad, etc.) concluida	7	La variable nivel educativo alcanzado por la madre se expresará considerando como adecuado cuando el padre haya finalizado estudios de secundaria o superiores y como inadecuado cuando haya o no concluido la primaria.

Antecedentes familiares de consumo de alcohol	Presencia de familiares cercanos que han consumido bebidas alcohólicas.	Factores familiares	Presencia de consumo de alcohol en familiares directos	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Algunos de tus familiares (padre, madre, hermanos, abuelos, tíos) consume o ha consumido bebidas alcohólicas? () Si -> especifica quién: _____ () No () No sabe / no recuerda	8	Presencia o no de antecedentes familiares de consumo de alcohol
Antecedentes familiares de depresión	Presencia de diagnóstico o síntomas de depresión en familiares cercanos.	Factores familiares	Presencia o ausencia de familiares directos con diagnóstico o síntomas de depresión	Cualitativo	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Algunos de tus familiares (padre, madre, hermanos, abuelos, tíos) fue diagnosticado o tiene síntomas depresivos? () Si -> especifica quién: _____ () No () No sabe / no recuerda	9	Presencia o no de antecedentes familiares de síntomas o diagnóstico de depresión
Violencia familiar	Es todo acto u omisión intencional	Factor familiar	Adolescentes que reportan haber sido	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Has experimentado alguna de las	10	Presencia o no de algún tipo de violencia en la familia; siendo

	cometido por un integrante de la familia que cause daño físico, psicológico, o sexual a otro integrante de la familia.		víctimas o testigos de violencia familiar				siguientes formas de maltrato? () Maltrato física (golpes, empujones, etc) () Maltrato psicológico (humillación, amenazas) () Abuso sexual () Negligencia o abandono (falta de cuidado básico) () Ninguna de las anteriores		afirmativo al responder con alguno de los tipos de violencia familiar.
Procedencia	Lugar o región donde vive una persona.	Factores sociodemográficos	Urbano Rural	Cualitativa dicotómica	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Lugar de procedencia? Urbano () Rural ()	11	Se expresa como: a) Urbano b) Rural
Tipo de vivienda	Características estructurales del lugar de residencia	Factores sociodemográficos	Propia, alquilada, compartida, otros	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Cuál es el tipo de vivienda? Propia () Alquilada () Otros _____	12	La variable tipo de vivienda se representará como las condiciones actuales de la vivienda del adolescente, las cuales pueden ser propia, alquilada, entre otras modalidades.

Situación laboral de los padres	Condición ocupacional de los padres	Factor económico	Empleado, independiente, desempleado, jubilado	Cualitativa	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Actualmente alguno de tus padres tiene empleo? A) Ambos B) Solo uno de ellos trabaja C) Ninguno de ellos trabaja	13	Se representará mediante la existencia o no de actividad laboral en los padres, considerándose adecuada si al menos uno de ellos trabaja, y no adecuada si ninguno tiene empleo.
Ingreso laboral familiar	Recurso monetario familiar que recibe durante un periodo de tiempo	Factor económico	Cantidad de soles	Cuantitativa	Ordinal	Ficha de recolección de datos	¿Cuál es el ingreso familiar mensual? < S/ 1025 () S/ 1025 – 3025 () A) >S/ 3025 ()	14	Se expresará en números con soles como ingreso bajo < S/ 1025, medio S/ 1025 – 3025 y alto >S/ 3025
Comportamiento parental	El comportamiento parental se entiende como el conjunto de conductas, actitudes y prácticas de los padres hacia sus hijos, que	Dimensión de Supervisión y Monitoreo (control conductual).	Conocimiento parental de las actividades del adolescente.	Cualitativa	ordinal	Ficha de recolección de datos	Mis padres saben dónde estoy y con quien paso mi tiempo () Siempre () Casi siempre () A veces () Casi nunca () Nunca	15	El comportamiento parental se evaluará a través de un cuestionario aplicado a adolescentes, compuesto por tres ítems con escala de 5 opciones (Siempre = 5 puntos, Casi siempre = 4 puntos, A veces = 3 puntos, Casi nunca

	influyen en su desarrollo emocional, social y conductual. Incluye supervisión, comunicación y el clima familiar.	Dimensión de Clima Familiar y Conflictividad (ambiente emocional)	Frecuencia de conflictos familiares.	Cualitativa	ordinal	Ficha de recolección de datos	En el último año, ¿con qué frecuencia hay discusiones o peleas fuertes en tu casa? () Siempre () Casi siempre () A veces () Casi nunca () Nunca	16	= 2 puntos, Nunca = 1 punto). Rango total posible: 3–15 puntos. ✓ 13–15 puntos: Comportamiento parental adecuado. ✓ 9–12 puntos: Moderado. ✓ 3–8 puntos: Inadecuado.
		Dimensión de Comunicación y Apoyo Emocional (respaldo afectivo).	Accesibilidad y confianza para conversar con los padres.	Cualitativa	ordinal	Ficha de recolección de datos	Puedo conversar con mis padres cuando tengo un problema () Siempre () Casi siempre () A veces () Casi nunca () Nunca	17	
		Rendimiento Académico (Autopercepción).	Autoclasificación de las calificaciones en una escala de valor.	Cualitativa Ordinal	Ordinal	Ficha de recolección de datos	¿Cómo describirías tus calificaciones en el último año? () Buenas	18	
Desempeño Académico Autopercibido	Evaluación subjetiva del estudiante sobre sus propias calificaciones	Rendimiento Académico (Autopercepción).	Autoclasificación de las calificaciones en una escala de valor.	Cualitativa Ordinal	Ordinal	Ficha de recolección de datos	¿Cómo describirías tus calificaciones en el último año? () Buenas	18	Se expresará en números con: ✓ Buena ✓ Regular ✓ Mala

	y rendimiento.						() Regulares () Malas		
Exposición a Eventos Estresantes	Experiencia de sucesos que demandan ajuste y superan los recursos de enfrentamiento .	Factores de Riesgo Psicosocial.	Auto-reporte de haber vivido al menos un evento "muy estresante"	Cualitativa Dicotómica	Nominal	Ficha de recolección de datos	¿Has vivido algo muy estresante en el último año (ej: muerte de un familiar, bullying)? () Sí () No	19	La respuesta ("Sí" o "No")

CAPITULO III: MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

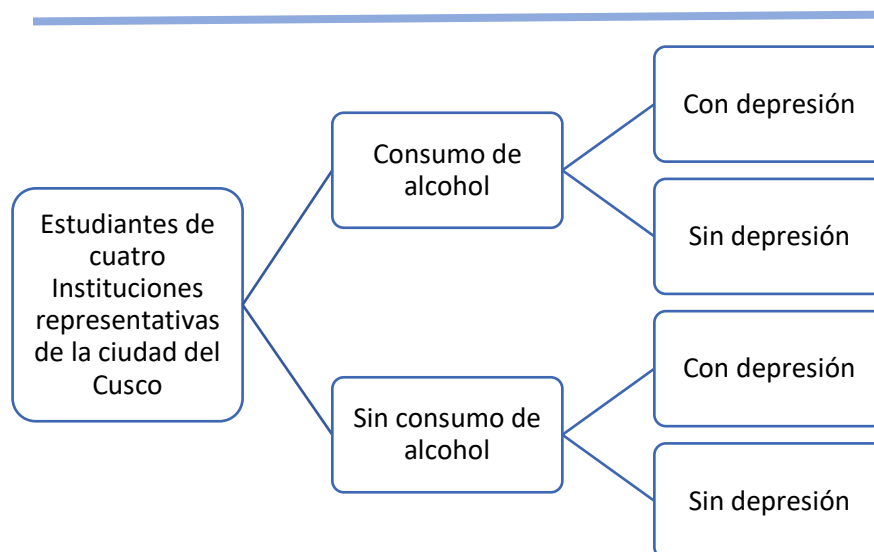
El presente trabajo de investigación tiene un enfoque cuantitativo, correlacional y trasversal.

- El presente estudio es **cuantitativo**, ya que se basa en la recopilación de datos numéricos con el propósito de comprobar hipótesis mediante el uso de métodos estadísticos, permitiendo identificar patrones de comportamiento dentro de la población de estudio.
- Es un estudio **correlacional**, dado que busca analizar el nivel de relación existente entre dos variables específicas: el consumo de alcohol y la depresión en adolescentes, dentro de un contexto determinado, como son las instituciones educativas de la provincia del Cusco durante el año 2025.
- Este estudio es **transversal**, porque analiza y describe las variables en un único momento del tiempo, evaluando su presencia y posible asociación sin realizar un seguimiento a lo largo del tiempo.

3.2. Diseño de investigación

El estudio es de diseño observacional tipo trasversal.

- El estudio es observacional, ya que no implica la intervención directa ni la alteración de las variables. En este diseño, los fenómenos se observan tal y como ocurren en su estado natural, permitiendo su análisis sin influencias externas. Este tipo de investigación tiene como finalidad observar y registrar los acontecimientos tal como se presentan, sin intervenir en su desarrollo natural. Las mediciones pueden realizarse en distintos momentos a lo largo del tiempo, lo que da lugar a estudios longitudinales, que pueden ser prospectivos o retrospectivos, o puede llevarse en un solo momento los que se conoce como estudio transversal.
- La investigación es del tipo transversal porque nos permite identificar la relación o el grado de asociación que hay entre dos o más variables, categorías, conceptos en un único momento de tiempo.



3.3. Población y Muestra

3.3.1. Descripción de la población

La población del estudio incluye a todos los alumnos de 5to de secundaria que asisten a cuatro instituciones educativas ubicadas en la ciudad del Cusco durante el año 2025. En total, se consideran 1 879 alumnos distribuidos en los siguientes colegios: Inca Garcilaso de la Vega con 389 estudiantes, Clorinda Matto de Turner con 306, Galileo con 473 y Millennium con 711.

Sacando el porcentaje correlacional se obtuvieron en Inca Garcilaso de la Vega 85 estudiantes encuestados, Clorinda Matto de Turner 66 estudiantes, Galileo 103 estudiantes y en Millennium 154 estudiantes encuestados.

3.3.2 Criterios de Inclusión y exclusión

3.3.2.1 Criterios de inclusión

- Adolescentes menores de 19 años del nivel secundario de Instituciones Educativas del Cusco que pertenezcan a una de estas 4 instituciones Inca Garcilaso de la Vega, Clorinda Matto de Turner, Galileo y Millennium.
- Todo estudiante que, tras recibir una explicación previa incluida en el instrumento, otorga su asentimiento informado para participar voluntariamente de la investigación.

3.3.2.2 Criterios de exclusión

- Adolescentes que presenten trastornos mentales que interfieran en la comunicación, aquellos con alguna discapacidad que imposibiliten la recolección de datos
- Estudiantes que no otorguen su consentimiento o asentimiento para participar.
- Estudiantes que no cuenten con matrícula vigente en la institución educativa.
- Instrumento de recolección de datos que no hayan sido respondidas en su totalidad.

3.3.3 Muestra: Tamaño de la muestra y método de muestreo

3.3.3.1 Tamaño de la muestra

La muestra se obtendrá aplicando encuestas a adolescentes matriculados en Instituciones Educativas de la provincia del Cusco que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos.

Para el cálculo del tamaño muestral, se empleó el software Epi Info TM versión 7.2.5.0, desarrollado por los Centros para el Control y la Prevención de enfermedades de los Estados Unidos (CDC- EE.UU.).

Como referencia para dicho calculo, se tomó como base el estudio de tipo trasversal analítico prospectivo realizado por Keng Hong Chhoa et al. (2019) en Miri, Malasia, titulado: “Consumo problemático de alcohol y depresión en estudiantes de secundaria en Miri, Malasia” ⁽²³⁾.

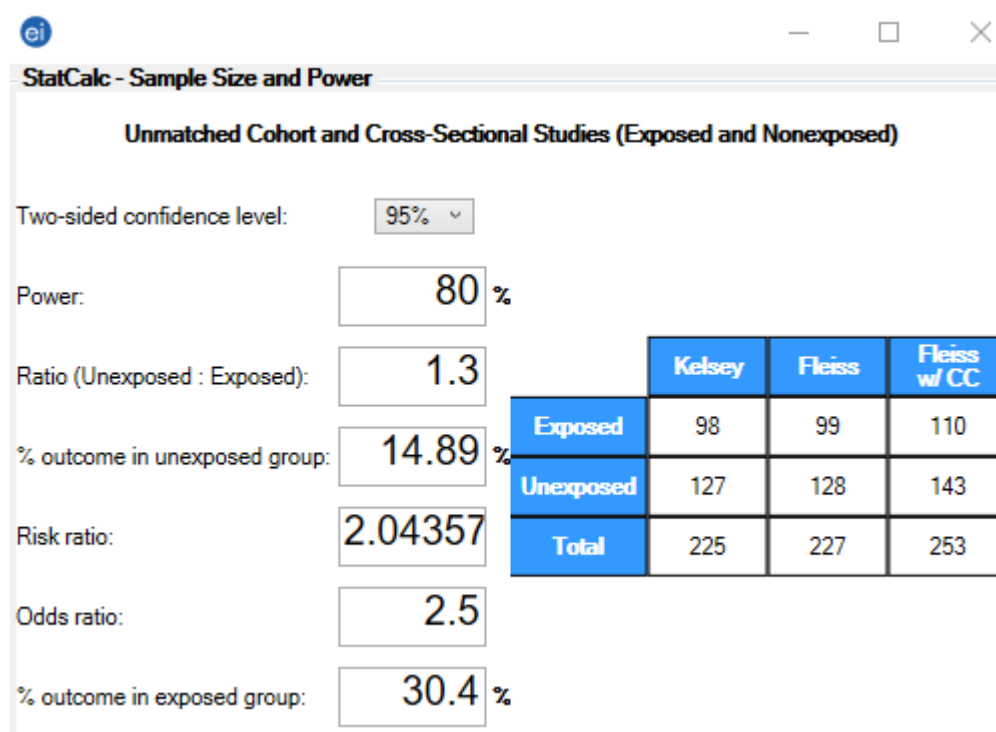
		Depresión		
		Si	No	
Consumo problemático de alcohol	Si	42	96	138
	No	28	161	189
		70	257	327

OR= 2.55; IC 95% [1,47-4.42], p<0.001

Fuente: Chhoa KH, Zakaria H, Abd Rahman FN. Consumo problemático de alcohol y depresión en estudiantes de secundaria en Miri, Malasia. *Pediatr Int Off J Jpn Pediatr Soc.* marzo de 2019. DOI: 10.1111/ped.13789

Una vez obtenida la información, se ingresaron los siguientes parámetros en el software Epi Info™ versión 7.2.5.0.

- Nivel de confianza: 95%
- Potencia estadística: 80%
- Radio (no expuestos y expuestos): 1.3
- % Outcome en el grupo no expuesto: $(28/189) \times 100 = 14.89\%$
- OR: 2.55



	Kelsey	Fleiss	Fleiss w/ CC
Exposed	98	99	110
Unexposed	127	128	143
Total	225	227	253

De acuerdo con el cálculo del tamaño muestral realizado mediante el software Epi Info versión 7.2.5.0, se determinó una muestra de $n = 253$ estudiantes.

Considerando una tasa de pérdida del 10% se estimaron 25.3 participantes adicionales, obteniendo así una muestra total ajustada de 278.3 estudiantes

El tamaño de la muestra fue realizado con la **Fórmula para población finita (Corrección de Cochran)**:

1. Con margen de error del 5%:

$$n = \frac{8169 \cdot (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.05)^2 \cdot (8169 - 1) + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5} = \frac{8169 \cdot 3.8416 \cdot 0.25}{0.0025 \cdot 8168 + 3.8416 \cdot 0.25}$$
$$n = \frac{7846.6}{20.42 + 0.96} = \frac{7846.6}{21.38} \approx 367 \text{ estudiantes.}$$

PORCENTAJE DE ERROR: 367 + 10% de perdidas = 408 ESTUDIANTES

3.3.3.2 Método de muestreo

Se aplicó un muestreo probabilístico multietápico. La selección de los estudiantes se llevó a cabo de forma aleatoria, utilizando una lista de participantes y un programa generador de números aleatorios. Las instituciones educativas incluidas en el estudio son representativas de la ciudad del Cusco.

3.4 Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

3.4.1. Técnicas de recolección de datos

La técnica empleada consiste en la aplicación de un cuestionario tipo encuesta, el cual permite recolectar la información necesaria de forma estructurada. Estos instrumentos han sido validados por un panel de expertos, tomando como referencia las dimensiones e indicadores correspondientes a las variables de estudio, específicamente el consumo de alcohol y la presencia de síntomas depresivos.

3.4.2. Instrumento de recolección de datos

El instrumento principal de recolección de datos es un cuestionario estructurado, mediante el cual se obtuvo información relevante para el estudio. Se aplicó dos herramientas estandarizadas: el AUDIT (Cuestionario de Identificación de trastornos por Consumo de Alcohol), compuesto por 10 ítems con opciones de respuesta puntuadas de 0 a 4. La suma total de los puntajes permite identificar el nivel de riesgo: 0-2 puntos indica riesgo bajo, 3 - 8 riesgo medio, 5-7 riesgo alto y más de 8 probable adicción o dependencia física – psíquica. Este instrumento presenta una confiabilidad adecuada con un alfa de Cronbach de 0,83.

Asimismo, se empleó el PHQ – 9 modificados para Adolescentes, integrado por 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos conforme a los criterios del

DSM, utilizando una escala ordinal de frecuencia (nunca, algunos días, más de la mitad, casi todos los días). La puntuación total va de 0 a 27, donde los puntajes más altos indican mayor probabilidad de un episodio depresivo. Este cuestionario incluye además cuatro preguntas adicionales que exploran (A) duración del estado de ánimo depresivo, (B) nivel de interferencia funcional, (C) presencia de ideación suicida, y (D) intentos suicidas. La consistencia interna del instrumento se refleja en un alfa de Cronbach de 0,78.

3.4.3. Procedimientos de recolección de datos

Se recolecto los datos en las cuatro Instituciones Educativas con el respectivo permiso, mediante encuestas a los adolescentes para poder introducir estos datos al Excel y un sistema estadístico.

3.4.4. Plan de análisis de datos

Los datos han sido recolectados mediante el llenado de la ficha de recolección de datos proporcionada por los estudiantes de 5to de secundaria de la ciudad del Cusco, el cual contiene datos en base al cuestionario de AUDIT adaptado y PHQ-9 modificado para adolescentes.

La codificación de datos se hizo asignándoles un numero a cada ítem de cada una de las preguntas, posteriormente se ingresaron los datos a una hoja Excel 2017 para construir la base de datos.

Se procede a realizar un control de calidad de datos (missing: verificando que no existan celdas vacías, inconsistencias y duplicados de las mismas), para cada una de las fichas de datos recolectadas se les asigno un número.

Se ha realizado un análisis univariado para la estadística descriptiva con las medidas de tendencia central mas usadas: mediana y promedio; y también las medidas de dispersión; las cuales son: desviación estándar previa verificación de su distribución normal o no, utilizando la mediana como rango intercuartílico o el promedio con la desviación estándar.

También los resultados se analizaron y expresaron como frecuencias y porcentajes, se procedió a la comparación de proporciones con el estadístico del chi cuadrado y el valor de p significativo (<0.05), y además considerando un intervalo de confianza igual al 95%.

El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico STATA 16. Igualmente, se realizó un análisis bivariado correlacional usando la prueba de U de Mann Whitney, Chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher; se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman. Se realizó para el análisis multivariado la prueba de regresión logística multivariada, para las variables categóricas utilizamos medidas de asociación, usando el Odds Ratio (OR), con un intervalo de Confianza del 95%, como se muestra en el ejemplo siguiente: OR: XX,XX IC 95% (X,XX – X,XX), p:X,XXX. Finalmente, todos los datos se muestran registrados y entregados en tablas y gráficos.

Variable independiente	Variable dependiente	
	Con depresión	Sin depresión
Factor asociado presente	a	b
Factor asociado ausente	c	d

Una variable será considerada como factor de riesgo si el Odds Ratio (OR) >1 ; en caso contrario, se clasificará como factor de protección. Para determinar si los resultados son estadísticamente significativos se utilizará un $p < 0.05$, con un IC del 95%.

En el análisis multivariado, se aplicará regresión logística múltiple para variable cualitativa y regresión lineal para variables cuantitativas, con el objetivo de explicar la variable dependiente en función de las independientes e intervinientes.

La fuerza de asociación se evaluará mediante OR ajustado y su significancia se interpretará utilizando el intervalo de confianza y el valor de “p”.

CAPITULO IV

RESULTADOS, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

4.1. Resultados

I. ANALISIS DESCRIPTIVO

TABLA N° 1: Datos personales de adolescentes con tamizaje y diagnóstico de depresión en instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025.

DATOS PERSONALES		TOTAL N (%)
Edad		16.16 ± 0.76 ^a
Género	Masculino	204 (50.00)
	Femenino	204 (50.00)
Tipo de colegio	Pública	152 (37.25)
	Privada	256 (62.75)

^a Variable expresada en función de media y desviación estándar (DS)

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos

El análisis descriptivo de la totalidad de alumnos encuestados (n=408) revela una proporción igual respecto a varones y mujeres siendo 16 años la edad media con 0.76 en valor de desviación estándar. Así mismo, respecto a la variable “*Tipo de colegio*”, se observó una mayoría (7 de cada 11 estudiantes) cursando estudios en colegios privados frente al 37% de instituciones públicas (Véase TABLA N° 1).

TABLA N° 2: Datos familiares de adolescentes con tamizaje y diagnóstico de depresión en instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025.

DATOS FAMILIARES	TOTAL N (%)
Vives actualmente con	
Ambos padres	280 (68.63)
Solo madre	83 (20.34)
Solo padre	15 (3.68)
Otro familiar	30 (7.35)
Estado civil de tus padres	
Casados/Convivencia	292 (71.57)
Separados/Divorciados	77 (18.87)
Uno de ellos abandono el hogar	27 (6.62)
Ambos padres están ausentes	12 (2.94)
Grado de estudio alcanzado por el padre	
Primaria incompleta	21 (5.15)
Primaria completa	25 (6.13)
Secundaria incompleta	50 (12.25)
Secundaria completa	186 (45.59)
Superior	126 (30.88)
Grado de estudio alcanzado de la madre	
Primaria incompleta	49 (12.01)
Primaria completa	29 (7.11)
Secundaria incompleta	58 (14.22)
Secundaria completa	173 (42.40)
Superior	99 (24.26)
¿Alguno consume bebidas alcohólicas?	
Sí	226 (55.39)
No	127 (31.13)
No sabe/No recuerda	55 (13.48)
¿Alguno tiene síntomas depresivos?	
Sí	92 (22.55)
No	259 (63.48)
No sabe/No recuerda	57 (13.97)
¿Has experimentado algún tipo de maltrato? *	
Maltrato físico	38 (9.64)
Maltrato psicológico	41 (10.41)
Abuso sexual	8 (2.03)
Negligencia/Abandono	6 (1.52)
Ninguno	301 (76.40)

* Frecuencias absolutas y relativas tomadas en función al registro de un solo tipo de maltrato

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos

Dentro de las características familiares de los adolescentes encuestados, se les preguntó con quién viven actualmente, si con el padre, madre u otro familiar, el 68% manifestó que vivía con ambos padres, el 20% sólo con la madre, mientras que el mismo porcentaje para aquellos estudiantes que vivían sólo con el padre u otro familiar ajeno a éste.

Respecto a la variable “Estado civil” de los padres, la mayoría (más del 70%) señaló que eran casados frente a 19% que indicaron que estaban separados o divorciados, sin embargo, en 12 casos, los alumnos indicaron que ambos padres estaban ausentes.

Se infiere también, respecto a la variable “*Grado de estudio del Padre/Madre*”, que aquellos que culminaron satisfactoriamente el grado académico secundario y superior presentó un registro mayor más en padres que en madres.

Las respuestas a la pregunta: ¿Alguno de tus familiares (padre, madre, hermanos, abuelos, tíos) consume o ha consumido bebidas alcohólicas?, 5 de cada 9 estudiantes (55%) manifestaron que sí lo hacían frente a un 63% que negaron que consumían bebidas alcohólicas. Así mismo, dentro del grupo que afirmaron que sí, fue la figura paterna la que más se asoció a dicho consumo en el 67% (n=151) de los casos seguido por la figura materna en 28% (n=63).

De igual forma también se incluyó dentro de los determinantes familiares si alguno de los familiares, ya sea padre, madre, hermanos, abuelos o tíos fue diagnosticado o tiene síntomas depresivos. Respecto a dicha pregunta, sólo el 22% (n=92) afirmó que sí a dicha pregunta, dentro de ellos la figura materna fue la más asociada al diagnóstico o presencia de síntomas depresivos en un 33% (n=30), seguido por el hermano 26% (n=24). Por otro lado, un porcentaje importante de 63% (n=259) dijo que no que ninguno de sus familiares tenía síntomas depresivos, mientras que un 14% (n=57) del estudiantado no sabía ni recordaba dicha información familiar.

Por último, también se incluyó dentro de este grupo de determinantes familiares un indicador de maltrato buscando identificar si el adolescente había experimentado o no alguna forma de maltrato, ya sea este maltrato físico, psicológico, sexual, negligencia o abandono. Los resultados arrojaron que el 75% (n=301) negaron antecedente o ser víctima de algún tipo de maltrato mientras que el 25% afirmaron haberlo experimentado alguna vez en su vida. De las formas de maltrato identificados fue el maltrato de tipo psicológico el de mayor incidencia con 41 casos, seguido muy de cerca por el maltrato físico con 38 otros y otros en menor porcentaje (Ver TABLA N° 2).

TABLA N° 3: Datos sociodemográficos de adolescentes con tamizaje y diagnóstico de depresión en instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS	TOTAL N (%)
Lugar donde vive	
Urbana	337 (82.60)
Rural	71 (17.40)
Tipo de vivienda	
Propia	309 (75.74)
Alquilada	85 (20.83)
Otros	14 (3.43)

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos

Respecto a las características sociodemográficas presentados en la TABLA N° 3, se detalla que más del 80% de los estudiantes, equivalente a 337 estudiantes, radican en zona urbana y solo el 17% lo hace en zona rural.

La mayor parte también, 3 de cada 4 estudiantes, vivían en casa propia frente a 85 estudiantes que manifestaron vivir en casa alquilada.

TABLA N° 4: Datos económicos de adolescentes con tamizaje y diagnóstico de depresión en instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025.

DATOS ECONOMICOS	TOTAL N (%)
¿Sus padres cuentan con trabajo actualmente?	
Ambos	256 (62.75)
Solo uno de ellos trabaja	147 (36.03)
Ninguno trabaja	5 (1.23)
¿Cuánto es el ingreso mensual familiar?	
< S/.1025	139 (34.07)
S/.1025 - 3025	157 (38.48)
> S/.3025	112 (27.45)

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos

Las características respecto a la actividad laboral y condición económica familiar de los estudiantes se detallan en la TABLA N° 4.

El 63% (n=256) del estudiantado refirió que tanto papá y mamá laboraban en la actualidad, el 36% (n=147) dijo que sólo uno de ellos lo hacía mientras que 5 estudiantes indicaron que ninguno de ellos estaba trabajando.

Respecto a la variable “Ingreso familiar mensual”, hasta el 73% de las familias tuvieron un ingreso mensual menor a los S/. 3025.

TABLA N° 5: Comportamiento parental de adolescentes con tamizaje y diagnóstico de depresión en instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025.

COMPORTAMIENTO PARENTAL	TOTAL N (%)
Mis padres saben dónde y con quien estoy	
Siempre	189 (46.32)
Casi siempre	127 (31.13)
A veces	73 (17.89)
Casi nunca	13 (3.19)
Nunca	6 (1.47)
¿Hay discusiones o peleas fuertes en tu casa?	
Siempre	9 (2.21)
Casi siempre	21 (5.15)
A veces	128 (31.37)
Casi nunca	163 (39.95)
Nunca	87 (21.32)
¿Converso con mis padres cuando tengo problemas?	
Siempre	87 (21.32)
Casi siempre	76 (18.63)
A veces	141 (34.56)
Casi nunca	60 (14.71)
Nunca	44 (10.78)
¿Cómo describes tus calificaciones en el último año?	
Buenas	142 (34.80)
Regulares	237 (58.09)
Malas	29 (7.11)
¿Has vivido algo muy estresante en el último año?	
Sí	145 (35.54)
No	263 (64.46)

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos

Respecto a los hallazgos en la categoría de comportamiento parental mostrados en la TABLA N° 5, el 21% (n=86) de los estudiantes señalaron que sus padres solo ocasionalmente están informados sobre dónde y con quién pasan el tiempo, un 1% dijeron que nunca lo estaban.

El 31% de los encuestados manifestó que solo a veces suelen presentarse discusiones o peleas fuertes en casa, un 21% señaló que no haber presenciado dicho ambiente en el entorno familiar.

A la pregunta: ¿Puedo conversar con mis padres cuando tengo un problema?, ocasionalmente dijeron que sí 201 alumnos equivalente al 49% de los encuestados, 44 alumnos afirmaron que “*Nunca*” suelen hacerlo.

Sobre el rendimiento académico y situación de estrés durante el último año, más de la mitad de los adolescentes en estudio reflejaron su rendimiento como regular frente al 34% que lo calificaron como buena. Así mismo, por cada 11 estudiantes encuestados 7 de ellos no recuerda haber vivido alguna situación de estrés el último año.

TABLA N° 6: Cuestionario de Identificación de trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) en adolescentes de instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025.

CUESTIONARIO AUDIT		PUNTAJE	TOTAL N (%)
Consumo de alcohol			0 (0-4) ^a
	Riesgo bajo	0-2 puntos	277 (67.89)
	Riesgo medio	3-4 puntos	42 (10.29)
	Riesgo alto	5-7 puntos	44 (10.78)
	Probable adicción	≥ 8 puntos	45 (11.03)

^a Variable expresada en función de mediana y rangos intercuartílicos (RIQ)

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos

Los puntajes acumulados totales obtenidos en el Cuestionario de Identificación de trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) en adolescentes de las instituciones en estudio arrojaron que más del 65% de los estudiantes presentaron un riesgo bajo de consumo de alcohol equivalente a 277 estudiantes del total de 408. De igual modo, llama la atención que aquellos estudiantes que obtuvieron un puntaje mayor o igual 8 compatible con un probable problema de adicción al consumo de alcohol presentase una prevalencia similar a los clasificados como riesgo medio y alto, 10%, 11%, 11%, respectivamente (Ver TABLA N° 6).

Frecuencia de consumo de alcohol	Total N (%)
Nunca	228 (55.88)
Muy poco (1 vez al mes o menos)	161 (39.46)
De 2 a 4 veces al mes	10 (2.45)
De 2 a 3 veces por semana	4 (0.98)
4 o más veces a la semana	5 (1.23)

Fuente: elaboración propia a partir de la base de datos

En la población adolescente evaluada (n= 408), se observa que más de la mitad (55.88%) nunca ha consumido en el último año, lo que refleja una tendencia mayoritaria hacia la abstinencia en esta etapa formativa. Sin embargo, un 39.46% reporta un consumo muy ocasional, de una vez al mes o menos, lo cual sugiere una aproximación experimental o social al consumo, propia de la adolescencia. En cambio, los patrones de consumo más frecuentes se presentan en proporciones mínimas: apenas el 2.45% consume de 2 a 4 veces al mes, el 0.98% de 2 a 3 veces por semana y el 1.23% cuatro o más veces por semana.

TABLA N° 7: Cuestionario PHQ-9 modificado para diagnóstico de depresión en adolescentes de instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025.

CUESTIONARIO PHQ-9 MODIFICADO PARA ADOLESCENTES	Ningún día	Algunos días	Muchos días	Casi todos los días
Me he sentido triste, deprimido, irritado, vacío/a o sin esperanza	121 (829.66)	195 (47.79)	46 (11.27)	46 (11.27)
He perdido interés o ganas de hacer las cosas que antes me gustaban	105 (25.74)	192 (47.06)	75 (18.38)	36 (8.82)
He tenido problemas para dormir (me cuesta dormir o duermo demasiado)	124 (30.39)	153 (37.50)	78 (19.12)	53 (12.99)
He tenido poco apetito o he comido demasiado	139 (34.07)	154 (37.75)	76 (18.63)	39 (9.56)
He sentido cansancio o falta de energía casi todo el tiempo	98 (24.02)	186 (45.59)	68 (16.67)	56 (13.73)
He sentido que soy inútil, que todo me sale mal o que no valgo lo suficiente.	192 (47.06)	117 (28.68)	66 (16.18)	33 (8.09)
He tenido dificultad para concentrarme (por ejemplo, en clases, tareas o leyendo o ver televisión)	96 (23.53)	209 (51.23)	70 (17.16)	33 (8.09)
Me he movido o hablado tan lento que otros lo notan, o, al contrario, he estado tan inquieto (a) que me cuesta estar quieto	210 (51.60)	126 (30.96)	52 (12.78)	19 (4.67)
He pensado que sería mejor no estar vivo/a o hacerme daño	257 (62.99)	91 (22.30)	28 (6.86)	32 (7.84)

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos

A continuación, se presenta los distintos ítems considerados en el Cuestionario PHQ-9 modificado para adolescentes. En ello respecto a la pregunta: “¿He pensado que sería

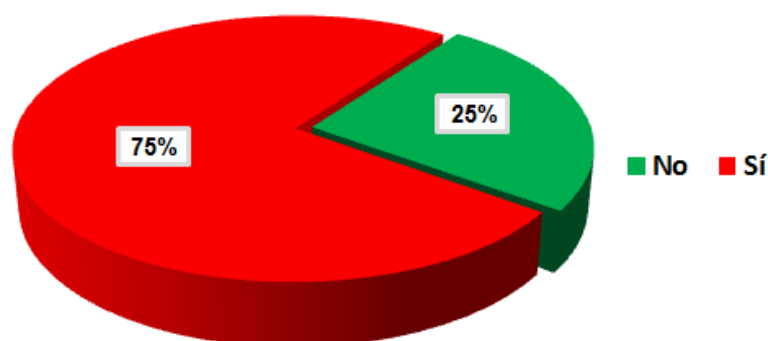
mejor no estar vivo o hacerme daño?”, de cada 8 estudiantes encuestados 3 de ellos indicaron al menos alguna vez que sí, llamando mucho la atención que 32 alumnos (8%) lo hagan casi todos los días, 28 (7%) muchos días y 91 (22%) sólo algunos días.

Así mismo, hasta el 70% de los 408 estudiantes, refirió alguna vez sentirse triste, deprimido, irritado, vacío o sin esperanza.

Finalmente, la TABLA N° 7 también detalla que en menos de 100 estudiantes nunca se evidenció indicios de cansancio o falta de energía o ni haber tenido dificultad alguna para concentrarse en clases, tareas u otras actividades.

GRAFICO N° 1: Prevalencia de depresión en adolescentes de instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025.

**PREVALENCIA DE DEPRESION EN ADOLESCENTES EN
INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO,
2025**



El GRAFICO N° 1, detalla que del total de nuestra población estudiantil en estudio (n=408), la prevalencia de depresión alcanzó el 75% de casos frente a un 25% que no mostró síntomas premonitorios sugestivos de depresión. Ello significa que en 3 de cada 4 estudiantes se obtuvo un puntaje acumulado mayor a 5 en el Cuestionario PHQ-9 modificado para adolescentes.

TABLA N° 8: Clasificación de severidad de depresión según Cuestionario PHQ-9 modificado para diagnóstico de depresión en adolescentes de instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025.

CUESTIONARIO PHQ-9		PUNTAJE	TOTAL N (%)
Depresión			5 (8-13) ^a
	Ninguno/Mínimo	0-4 puntos	102 (25.00)
	Leve	5-9 puntos	149 (36.52)
	Moderado	10-14 puntos	90 (22.06)
	Moderadamente grave	15-19 puntos	45 (11.03)
	Grave	20-27 puntos	22 (5.39)

^a Variable expresada en función de mediana y rangos intercuartílicos (RIQ)

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos

Se infiere que del total de alumnos con diagnóstico confirmado de depresión (75%), el 37% (n=149) de los estudiantes obtuvo un puntaje entre 5 a 9 puntos compatible con un cuadro depresivo leve, 22% (n=90) cuadro depresivo moderado, 11% (n=45) cuadro depresivo moderadamente grave y un puntaje de 22 a 27 puntos como máximo sólo en el 5% (n=22) de ellos con cuadro severo de depresión (Véase TABLA N° 8).

II. ANALISIS BIVARIADO

TABLA N° 9: Frecuencia de asociación entre determinantes personales y diagnóstico de depresión en adolescentes de instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025.

DATOS PERSONALES		DEPRESION		Valor "p"
		NO (%)	SI (%)	
Edad		16 (16-17)	16 (16-17)	0.4969 ^a
Género	Masculino	65 (31.86)	139 (68.14)	0.001 ^b
	Femenino	37 (18.14)	167 (81.86)	
Tipo de colegio	Pública	38 (25.00)	114 (75.00)	1 ^b
	Privada	64 (25.00)	192 (75.00)	

^a Valor de "p" calculado mediante la Prueba de U de Mann Whitney

^b Valor de "p" calculado mediante el Test de Chi Cuadrado

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos

Los hallazgos en la analítica bivariada respecto a los determinantes personales (Edad, Género y Tipo de colegio), muestra una tendencia de síntomas depresivos mayor en

mujeres que en varones, según las estadísticas mostrados en la TABLA N° 8, 4 de cada 5 mujeres obtuvieron un puntaje no menor a 5 en el Cuestionario PHQ-9 para el diagnóstico de depresión en comparación con el sexo masculino donde la proporción alcanzada fue de 2 a 3 siendo esta asociación estadísticamente significativo ($p=0.001$). No se encontró asociación causal entre las variables “*Edad*”, “*Tipo de colegio*” del estudiante y la variable dependiente “*Depresión*”.

TABLA N° 10: Frecuencia de asociación entre determinantes familiares y diagnóstico de depresión en adolescentes de instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025.

DATOS FAMILIARES	DEPRESION		Valor "p"
	NO (%)	SI (%)	
Vives actualmente con			
Ambos padres	74 (26.43)	206 (73.57)	0.608 ^a
Solo madre	20 (24.10)	63 (75.90)	
Solo padre	2 (13.33)	13 (86.67)	
Otro familiar	6 (20.00)	24 (80.00)	
Estado civil de tus padres			
Casados/Convivencia	77 (26.37)	215 (73.63)	0.669 ^a
Separados/Divorciados	15 (19.48)	62 (80.52)	
Uno de ellos abandono el hogar	7 (25.93)	20 (74.07)	
Ambos padres están ausentes	3 (25.00)	9 (75.00)	
Grado de estudio alcanzado por el padre			
Primaria incompleta	6 (28.57)	15 (71.43)	0.454 ^a
Primaria completa	7 (28.00)	18 (72.00)	
Secundaria incompleta	15 (30.00)	35 (70.00)	
Secundaria completa	50 (26.88)	136 (73.12)	
Superior	24 (19.05)	102 (80.95)	
Grado de estudio alcanzado de la madre			
Primaria incompleta	19 (38.78)	30 (61.22)	0.035 ^a
Primaria completa	10 (34.48)	19 (65.52)	
Secundaria incompleta	17 (29.31)	41 (70.69)	
Secundaria completa	33 (19.08)	140 (80.92)	
Superior	23 (23.23)	76 (76.77)	
¿Alguno consume bebidas alcohólicas?			
Sí	46 (20.35)	180 (79.65)	p<0.001 ^a
No	48 (37.80)	79 (62.20)	
No sabe/No recuerda	8 (14.55)	47 (85.45)	
¿Alguno tiene síntomas depresivos?			
Sí	16 (17.39)	76 (82.61)	0.006 ^a
No	78 (30.12)	181 (69.88)	
No sabe/No recuerda	8 (14.04)	49 (85.96)	
¿Has experimentado algún tipo de maltrato?			
Maltrato físico	6 (15.79)	32 (84.21)	p<0.001 ^b
Maltrato psicológico	2 (4.88)	39 (95.12)	
Abuso sexual	1 (12.50)	7 (87.50)	
Negligencia/Abandono	0 (0.00)	6 (100.00)	
Ninguno	93 (30.90)	208 (69.10)	

^a Valor de "p" calculado mediante el Test de Chi Cuadrado

^b Valor de "p" calculado mediante la Prueba Exacta de Fisher

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos

Nótese en los resultados bivariados mostrados en la TABLA N° 10, que los determinantes familiares: Grado de estudio de la madre, Antecedente familiar de consumo de alcohol, Antecedente familiar de depresión y Antecedente familiar de violencia o maltrato fueron variables de estudio que mostraron significancia estadística con la variable dependiente “*Depresión*”, obteniéndose en todos los casos un p-Valor menor a 0.05.

Así entonces, se observó para los casos registrados de primaria y secundaria incompleta que más del 60% de ellas fueron madres cuyos hijos presentaron criterios sugestivos propios de un trastorno depresivo.

El Antecedente familiar de consumo de bebidas alcohólicas mostró relación causal con el diagnóstico de depresión identificado en los adolescentes en estudio ($p < 0.001$), así, entre aquellos estudiantes en los cuales se llegó a confirmar dicho trastorno el 80% ($n=180$) afirmaron tener problemas familiares asociados al consumo de bebidas alcohólicas, sin embargo, del grupo que negaron dicho antecedente fueron alumnos que también mostraron rasgos compatibles con depresión en un 62% ($n=79$).

Otra variable de interés por su relación causal comprobable fue también la presencia de antecedente familiar de diagnóstico o síntomas depresivos. De ahí, más del 80% ($n=76$) de los adolescentes que afirmaron presentar dicha historia familiar fueron alumnos en quienes se obtuvo un puntaje mayor a 5 en el Cuestionario PHQ-9 compatible con trastorno depresivo existente, siendo esta asociación significativa estadísticamente ($p=0.006$).

La presencia de historia previa de violencia o maltrato en los adolescentes también resultó estar asociado con el desarrollo y manifestación del cuadro depresivo ($p < 0.001$) siendo muy clara el perfil de riesgo para los casos de negligencia/abandono y maltrato psicológico con respecto a las otras formas de violencia. El 100% de los adolescentes con historia de abandono fueron diagnósticos posteriormente de depresión, al igual que en el 95% de aquellos que alguna vez fueron víctima de maltrato psicológico, 87% de abuso sexual y en el 84% con antecedente de maltrato físico.

TABLA N° 11: Frecuencia de asociación entre determinantes sociodemográficos y diagnóstico de depresión en adolescentes de instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS	DEPRESION		Valor "p"
	NO (%)	SI (%)	
Lugar donde vive			
Urbana	83 (24.63)	254 (75.37)	0.706 ^a
Rural	19 (26.76)	52 (73.24)	
Tipo de vivienda			
Propia	85 (27.51)	224 (72.49)	0.067 ^a
Alquilada	13 (15.29)	72 (84.71)	
Otros	4 (28.57)	10 (71.43)	

^a Valor de "p" calculado mediante el Test de Chi Cuadrado

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos

Es importante señalar que las variables "*Procedencia*" así como "*Tipo de vivienda*" no constituyeron factores probables desencadenantes de depresión en la población en estudio. En los estudiantes procedentes tanto de zona urbana como de zona rural, 337 vs 71, respectivamente, la prevalencia de depresión registrado fue similar en ambos casos (75% vs 73%) y sutilmente mayor en aquellos cuyo tipo de vivienda fue alquilada y no propia, siendo estas tendencias estadísticamente no significativas ($p > 0.05$) tal como se detalla en los valores de "p" encontrados en la TABLA N° 10.

TABLA N° 12: Frecuencia de asociación entre determinantes económicos y diagnóstico de depresión en adolescentes de instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025.

DATOS ECONOMICOS	DEPRESION		Valor "p"
	NO (%)	SI (%)	
¿Sus padres cuentan con trabajo actualmente?			
Ambos	67 (26.17)	189 (73.83)	0.45 ^a
Solo uno de ellos trabaja	33 (22.45)	114 (77.55)	
Ninguno trabaja	2 (40.00)	3 (60.00)	
¿Cuánto es el ingreso mensual familiar?			
< S/.1025	32 (23.02)	107 (76.98)	0.665 ^b
S/.1025 - 3025	43 (27.39)	114 (72.61)	
> S/.3025	27 (24.11)	85 (75.89)	

^a Valor de "p" calculado mediante la Prueba Exacta de Fisher

^b Valor de "p" calculado mediante el Test de Chi Cuadrado

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos

El presente estudio también buscó encontrar relación entre los denominados determinantes económicos y la depresión en los estudiantes, sin embargo, el análisis bivariado en ellos

no mostró asociación significativa para los ítems incluidos en el estudio (Véase TABLA N° 11). Nótese que a la respuesta “Ambos” a la pregunta ¿Sus padres cuentan con trabajo actualmente?, aproximadamente 3 de cada 4 estudiantes que afirmaron que Sí, fueron estudiantes en quienes se identificó con mayor prevalencia síntomas sugestivos de depresión. Mismo comportamiento se encontró para la variable “*Ingreso mensual familiar*” vs “*Depresión*”, donde un ingreso per cápita familiar inferior al sueldo mínimo (< S/1.1025) o mayor a los S/3.3025 no representa factor de riesgo independiente de depresión en los hijos.

TABLA N° 13: Frecuencia de asociación entre determinantes de comportamiento parental y diagnóstico de depresión en adolescentes de instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025.

COMPORTAMIENTO PARENTAL	DEPRESION		Valor "p"
	NO (%)	SI (%)	
Mis padres saben dónde y con quien estoy			
Siempre	59 (31.22)	130 (68.78)	0.054 ^a
Casi siempre	29 (22.83)	98 (77.17)	
A veces	12 (16.44)	61 (83.56)	
Casi nunca	1 (7.69)	12 (92.31)	
Nunca	1 (16.67)	5 (83.33)	
¿Hay discusiones o peleas fuertes en tu casa?			
Siempre	3 (33.33)	6 (66.67)	p<0.001 ^b
Casi siempre	1 (4.76)	20 (95.24)	
A veces	16 (12.50)	112 (87.50)	
Casi nunca	39 (23.93)	124 (76.07)	
Nunca	43 (49.43)	44 (50.57)	
¿Converso con mis padres cuando tengo problemas?			
Siempre	34 (39.08)	53 (60.92)	p<0.001 ^b
Casi siempre	23 (30.26)	53 (69.74)	
A veces	34 (24.11)	107 (75.89)	
Casi nunca	7 (11.67)	53 (88.33)	
Nunca	4 (9.09)	40 (90.91)	
¿Cómo describes tus calificaciones en el último año?			
Buenas	37 (26.06)	105 (73.94)	0.167 ^b
Regulares	62 (26.16)	175 (73.84)	
Malas	3 (10.34)	26 (89.66)	
¿Has vivido algo muy estresante en el último año?			
Sí	26 (17.93)	119 (82.07)	0.014 ^b
No	76 (28.90)	187 (71.10)	

^a Valor de "p" calculado mediante la Prueba Exacta de Fisher

^b Valor de "p" calculado mediante el Test de Chi Cuadrado

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos

Según la información obtenida en la TABLA N° 13, el 85% (n=262) de los estudiantes quienes señalaron haber presenciado discusiones o peleas familiares representaron ser población adolescente susceptible a desarrollar síntomas de depresión.

El diagnóstico confirmatorio de depresión registró un comportamiento inversamente proporcional al hábito de socialización de problemas con los padres siendo más prevalente en aquellos estudiantes que no suelen compartir ni conversar con sus padres sobre sus problemas e inquietudes (90%), y sólo en el 61% en aquellos que lo hacen siempre y buscan apoyo paternal.

La presencia o no de estrés previo en el último año mostró también relación causal con el variable “Depresión” ($p=0.014$). En este último se corrobora que el 82% de adolescentes que experimentaron bullying, muerte de un familiar, entre otras formas de estrés fueron población en quienes se confirmó el diagnóstico de depresión.

TABLA N° 14: Frecuencia de asociación entre consumo de alcohol y diagnóstico de depresión en adolescentes de instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025.

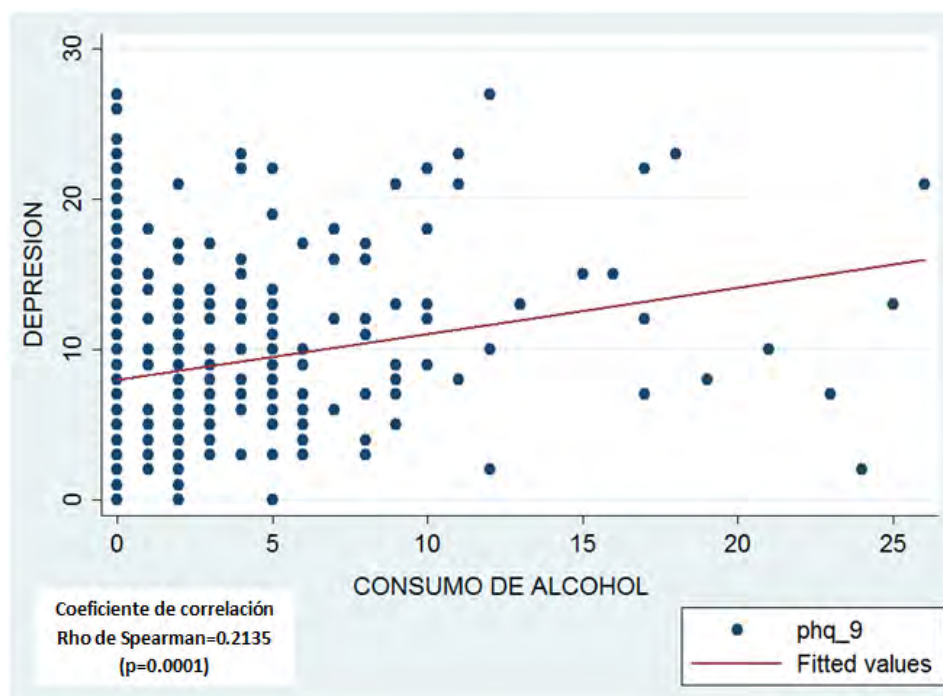
CUESTIONARIO AUDIT		DEPRESION		Valor "p"
		NO (%)	SI (%)	
Consumo de alcohol	Riesgo bajo	86 (31.05)	191 (68.95)	0.001 ^a
	Riesgo medio	5 (11.90)	37 (88.10)	
	Riesgo alto	6 (13.64)	38 (86.36)	
	Probable adicción	5 (11.11)	40 (88.89)	

^a Valor de "p" calculado mediante el Test de Chi Cuadrado

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos

Al menos el 69% de aquellos estudiantes en quienes se identificó algún tipo de riesgo de consumo de alcohol mostraron asociación positiva con el diagnóstico de depresión ($p=0.001$), siendo esta asociación directamente proporcional entre dichas variables. Según la TABLA N° 13, aquellos estudiantes con riesgo de probable adicción al consumo de alcohol representaron el grupo con mayor predisposición a cuadros severos de depresión (40 de 45 estudiantes) siendo esta influencia estadísticamente significativa. De igual modo se encontró que aquellos estudiantes que obtuvieron un puntaje de 0 a 2 puntos en el Cuestionario AUDIT (Riesgo bajo) para la variable “*Trastorno por Consumo de Alcohol*”, el 69% de ellos, es decir, 191 estudiantes dieron un puntaje compatible con un cuadro depresivo, ya sea leve, moderado o grave, al Cuestionario PHQ-9.

GRAFICO N° 2: Correlación entre consumo de alcohol y diagnóstico de depresión en adolescentes de instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025.



Se observa en el GRAFICO N° 2 un coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0.2135, con un nivel de significancia bilateral de $p=0.0001$ (Significativo estadísticamente), por lo tanto, existe una correlación débil positiva entre el antecedente de consumo de alcohol y el diagnóstico de depresión identificado en los estudiantes.

III. ANALISIS MULTIVARIADO

TABLA N° 15: Análisis multivariado de los determinantes asociados al diagnóstico de depresión en adolescentes de instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025.

CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESION EN ADOLESCENTES		OR CRUDO (IC95%)	Valor "p" crudo	OR AJUSTADO * (IC95%)	Valor "p" ajustado
Género	Masculino	Ref.	-	Ref.	-
	Femenino	2.11 [1.33-3.35]	0.002	2.44 [1.43-4.19]	0.001
Grado de estudio alcanzado de la madre					
	Primaria incompleta	1.17 [0.23-1.22]	0.051	-	-
	Primaria completa	0.57 [0.23-1.41]	0.226	-	-
	Secundaria incompleta	0.73 [0.35-1.52]	0.4	-	-
	Secundaria completa	0.98 [0.70-2.34]	0.415	-	-
	Superior	Ref.	-	-	-
¿Alguno consume bebidas alcohólicas?					
	Sí	3.57 [1.47-3.85]	p<0.001	2.63 [1.03-6.70]	0.043
	No	Ref.	-	Ref.	-
	No sabe/No recuerda	2.38 [1.55-8.19]	0.003	1.43 [0.80-2.56]	0.228
¿Alguno tiene síntomas depresivos?					
	Sí	2.64 [1.12-3.73]	0.019	1.20 [0.59-2.42]	0.612
	No	Ref.	-	Ref.	-
	No sabe/No recuerda	2.05 [1.19-5.83]	0.016	1.56 [0.64-3.84]	0.331
¿Has experimentado algún tipo de maltrato?					
	Maltrato físico	2.38 [0.96-5.90]	0.06	1.16 [0.40-3.33]	0.786
	Maltrato psicológico	8.72 [2.06-10.36]	0.003	4.55 [1.09-7.86]	0.049
	Abuso sexual	3.13 [0.38-5.80]	0.289	0.89 [0.08-9.07]	0.924
	Negligencia/Abandono	1	-	1	-
	Ninguno	Ref.	-	Ref.	-
¿Hay discusiones o peleas fuertes en tu casa?					
	Siempre	7.55 [2.51-11.31]	0.005	3.85 [1.82-8.16]	p<0.001
	Casi siempre	6.84 [3.49-13.39]	p<0.001	2.44 [1.30-4.56]	0.005
	A veces	3.11 [1.79- 5.40]	p<0.001	0.96 [0.18-5.03]	0.963
	Casi nunca	1.95 [0.46-8.32]	0.364	3.43 [0.36-10.35]	0.281
	Nunca	Ref.	-	Ref.	-
¿Converso con mis padres cuando tengo problemas?					
	Siempre	Ref.	-	Ref.	-
	Casi siempre	1.48 [0.77-2.84]	0.24	1.27 [0.61-2.66]	0.528
	A veces	2.02 [1.13-3.60]	0.017	1.51 [0.78-2.93]	0.221
	Casi nunca	4.86 [1.98-11.92]	0.001	2.50 [0.92-6.75]	0.071
	Nunca	6.42 [2.10-10.55]	0.001	4.31 [1.23-11.08]	0.022
¿Has vivido algo muy estresante en el último año?					
	Sí	1.86 [1.13-3.07]	0.015	1.24 [1.08-2.25]	0.049
	No	Ref.	-	Ref.	-
Consumo de alcohol	Riesgo bajo	Ref.	-	Ref.	-
	Riesgo medio	3.33 [1.27-8.77]	0.015	2.58 [0.96-6.94]	0.061
	Riesgo alto	2.85 [1.16-6.70]	0.022	2.72 [0.87-8.48]	0.084
	Probable adicción	3.60 [1.37-9.44]	0.009	3.06 [1.08-8.63]	0.035

OR: Odds Ratio

IC95%: Intervalo de confianza al 95%

OR ajustado para las variables: Género, Grado de Instrucción académica de la madre, Antecedentes familiares de consumo de alcohol, Antecedentes familiares de depresión, Violencia familiar, Discusión o pelea familiar, Diálogo familiar hijo-padres, Estrés y Consumo de alcohol

* Para el modelo ajustado se cumplieron criterios de Multicolinealidad y Factor de Inflación de Varianza (VIF)

Ref.: Referencia

Fuente: Elaboración propia a partir de base de datos

El análisis estadístico multivariado demandó el uso de dos (02) métodos estadísticos de regresión logística, ambos dirigidos específicamente a la obtención de hallazgos de medidas de impacto en salud, un análisis de regresión logística bivariado el cual nos permitió el cálculo del Odds Ratio crudo (ORc), y una regresión logística multivariado o múltiple para la obtención de los denominados Odds Ratio ajustados (ORa), estimándose para ambos métodos un nivel de confiabilidad del 95% (IC95%) y valor de “ $p < 0.05$ ” como estadísticamente significativo.

El análisis de regresión logística multivariado presente en la TABLA N° 15 detalla el perfil de riesgo positivo entre los determinantes asociados incluidos en el estudio (determinantes personales, familiares, sociodemográficos, económicos y comportamiento parental) y el diagnóstico de depresión.

Así se extrapola entonces que la variable “Sexo” constituyó factor de “riesgo” independiente para el diagnóstico de depresión ($p = 0.001$), de esta manera ser de sexo femenino representa 2.44 veces la probabilidad de manifestar síntomas y criterios compatibles con depresión en comparación con el sexo masculino.

Los adolescentes con antecedente familiar previo de consumo de bebidas alcohólicas independientemente del padre, madre, hermanos, entre otros representaron hasta 2 veces más susceptibilidad de obtener un puntaje mayor a 4 en el Cuestionario PHQ-9 modificado para adolescentes en comparación con aquellos alumnos que no registraron problemas familiares asociados al consumo de alcohol.

Entre los tipos de violencia incluidos en el estudio la violencia de tipo psicológica representó ser el determinante de mayor predisposición para depresión frente a la violencia de tipo físico, es decir, aquellos adolescentes con trauma de alguna forma o tipo de violencia o maltrato psicológico presentan 4.55 veces la probabilidad de manifestar dicho trastorno frente a los que no señalaron vivencia alguna de maltrato. De igual modo la probabilidad para el maltrato físico fue de 1.16 veces, ambos estadísticamente significativos.

Por otro lado, se encontró también que los alumnos que indicaron ser siempre testigos de discusiones o peleas en el entorno familiar resultaron tener hasta 2.85 veces más probable a presentar síntomas de riesgo de depresión que aquellos cuya familia no suelen tener discusiones o peleas.

También se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables “*Diálogo familiar hijo-padre*” vs “*Depresión*”. Es decir, aquellos adolescentes que no suelen tener

dicho hábito registraron 4.31 veces la probabilidad para depresión que aquellos que suelen hacerlo muy a menudo.

Así mismo, de la relación *Estrés previo vs Depresión* es posible plantear con un 95% de certeza que aquellos adolescentes que vivieron anteriormente experiencias de estrés intenso tipo bullying, etc. presentaron 1.24 veces la probabilidad al desenlace en comparación a los que no tuvieron tal trauma.

Por último, según los hallazgos en el Cuestionario de Identificación de trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) en adolescentes, los resultados de significancia en el análisis de regresión bivariado mostraron que los adolescentes con riesgo medio, alto y probable adicción al consumo de alcohol resultaron ser 2.33, 1.85, y 2.60 veces más susceptibles a episodios de depresión respecto a los que obtuvieron puntaje de 0 a 2 puntos (Riesgo bajo) en el Cuestionario AUDIT, sin embargo es necesario hacer mención que al ser ajustados frente a variables confusoras en el análisis multivariado no conservaron dicha significancia a excepción de la categoría “Probable adicción”. Según estos hallazgos entonces, la probable adicción se asoció a 3.06 veces la probabilidad a desarrollar la variable desenlace depresión.

4.2. Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre el consumo de alcohol y los niveles de depresión en adolescentes de quinto de secundaria en la ciudad del Cusco, 2025. Los resultados obtenidos revelan una realidad epidemiológica compleja, caracterizada por una alta prevalencia de sintomatología depresiva y un patrón de consumo de alcohol que, aunque mayoritariamente de bajo riesgo, presenta un segmento vulnerable que requiere atención prioritaria.

Los hallazgos evidenciaron una prevalencia elevada de depresión en la población escolar (75%), lo que concuerda con estudios previos en población adolescente donde la depresión constituye uno de los principales trastornos de salud mental en este grupo etario (Zuta Yalta, 2023; Villarreal Dedios, 2022).

Respecto al consumo de alcohol, si bien la mayoría de estudiantes presento un riesgo bajo según el cuestionario AUDIT (65%), se observó que la asociación entre consumo de alcohol y depresión fue estadísticamente significativa ($p= 0.001$). Esto confirma la relación documentada en investigaciones internacionales y nacionales que señalan al consumo de

alcohol como un factor de riesgo para el desarrollo y severidad de síntomas depresivos en adolescentes (Schick et al., 2022; Zhang et al., 2021; Hernández et al., 2023).

Particularmente, los estudiantes clasificados con probable adicción al alcohol mostraron una mayor predisposición a cuadros de depresión severa, hallazgos que concuerda con lo descrito por Chhoa et al. (2019), quienes encontraron que el consumo problemático de alcohol en adolescentes se asocia a una mayor frecuencia de depresión clínica. En este estudio, 40 de 45 estudiantes con probable adicción presentaron depresión severa o moderadamente grave, confirmando la influencia directa de este patrón de consumo en la salud mental.

Sin embargo, resulta relevante destacar que incluso los adolescentes con riesgo bajo de consumo de alcohol (puntaje 0-2 en AUDIT) presentaron en un 69% algún grado de depresión. Esto sugiere que el consumo ocasional o social también podría actuar como factor predisponente cuando se combina con otros determinantes familiares, personales y contextuales, lo cual coincide con lo reportado por Wichaidit et al. (2019), donde aun consumos ligeros se asociaron a síntomas depresivos.

El análisis de correlación de Spearman mostro una relación débil pero positiva [$\rho = 0.2135$; $p = 0.0001$] entre el consumo de alcohol y la depresión. Este resultado indica que, aunque el alcohol no explica por si sola la alta prevalencia de depresión en los adolescentes, sí constituye un factor asociado que incrementa el riesgo, especialmente en sus formas más graves.

En síntesis, los hallazgos confirman que existe una asociación significativa entre consumo de alcohol y depresión en adolescentes, siendo la probable adicción al alcohol la categoría con mayor fuerza de relación. Estos resultados subrayan la necesidad de implementar programas preventivos en instituciones educativas que aborden tanto el consumo de sustancias como la detección temprana de síntomas depresivos, dado que la coexistencia de ambos problemas aumenta la vulnerabilidad de los adolescentes a complicaciones emocionales y conductuales.

El estudio busco estimar la prevalencia y el nivel de depresión, así como determinar la frecuencia y el nivel de consumo de alcohol, en adolescentes escolarizados de la ciudad del Cusco. Los resultados obtenidos pintan un panorama epidemiológico preocupante que requiere una atención inmediata por parte de las autoridades de salud publica y el sector educativo.

Respecto al primer objetivo específico, este estudio encontró que la prevalencia de depresión en adolescentes de instituciones educativas de la ciudad del Cusco alcanzó el 75%, lo que indica que 3 de cada 4 estudiantes presentan síntomas depresivos de diversa severidad. Esta cifra resulta considerablemente elevada en comparación con otros estudios nacionales e internacionales, donde la prevalencia oscila entre 20% y 40% en población adolescente. Esta diferencia podría explicarse por los factores contextuales como la presión académica, cambios en la estructura familiar, escasa red de apoyo emocional, violencia escolar o consumo de alcohol que actúan como desencadenantes y mantenedores de los síntomas depresivos. Además, en parte, al contexto post – pandemia, el cual ha exacerbado los factores de estrés psicosocial en los adolescentes. En cuanto al nivel de severidad, se observó que la mayoría de los casos corresponde a depresión leve con un 37% y moderada con un 22%, aunque no deja de ser preocupante que un 5% de adolescentes presente síntomas severos, lo que implica riesgo elevado de ideación o conducta suicida. Este hallazgo concuerda con estudios que resaltan que, aunque la mayoría de los adolescentes muestran sintomatología depresiva de intensidad baja a moderada, siempre existe un subgrupo reducido con depresión grave que requiere intervención inmediata. El ítem mas alarmante del PHQ-9 modificado es el referido a ideación de muerte o autolesión, donde un 15 % de los encuestados (8% “casi todos los días” y 7% “muchos días”) reporta tener estos pensamientos con frecuencia. Esto enfatiza la necesidad de estrategias preventivas y de detección temprana en instituciones educativas, especialmente en contexto de vulnerabilidad social.

En relación al segundo objetivo específico, los cuestionarios AUDIT mostraron que el 65% de los estudiantes se encuentran en riesgo bajo, lo cual indica que la mayoría no presenta aun patrones problemáticos. Sin embargo, preocupa que alrededor del 35% muestre niveles de consumo de riesgo medio, alto y probable dependencia (10%, 11% y 11% respectivamente). Esto significa que 1 de cada 3 adolescentes ya presenta una relación problemática con el alcohol, lo que incrementa el riesgo de accidentes, bajo rendimiento académico, conductas sexuales de riesgo y; como se evidencio en este mismo estudio, un mayor riesgo de depresión. Comparando estos hallazgos con investigaciones previas en el Perú, los porcentajes de riesgo medio y alto resultan similares a los reportados en adolescentes de Lima y Arequipa, donde entre 25% y 40% de los estudiantes refieren consumo riesgoso. Esto refuerza la tendencia de que el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida y normalizada entre adolescentes, por encima del tabaco u otras drogas ilegales. En el presente estudio se encontró que mas de la mitad de los adolescentes (56%)

reporto no haber consumido alcohol en el ultimo año, mientras que un 39% refirió un consumo muy ocasional (una vez al mes o menos). Estos hallazgos sugieren que la abstinencia sigue siendo la conducta predominante en esta etapa de desarrollo; sin embargo, la proporción de adolescentes que han experimentado con el alcohol no es despreciable, lo que refleja la vulnerabilidad de este grupo etario ante conductas de riesgo. Por otro lado, y de forma mas critica, se detecta una minoría con patrones de consumo frecuente y potencialmente problemático con un 5% de los adolescentes consume alcohol desde dos veces al mes hasta cuatro o mas veces por semana, lo que configura un perfil de riesgo elevado. Este dato es alarmante por varias razones avaladas por la literatura científica. En primer lugar, la OMS advierte para el desarrollo de un trastorno por consumo de alcohol en la edad adulta. El hecho de que 1 de cada 20 adolescentes en la muestra ya bebe con una frecuencia semanal o mayor indica una posible normalización del consumo y una trayectoria hacia la dependencia. En segundo lugar, este hallazgo cobra mayor relevancia al cruzarlo con los resultados previos del test AUDIT, donde un 11% de los estudiantes fue clasificado con “probable adicción “. Esta aparente discrepancia entre la baja frecuencia general y la alta puntuación en el AUDIT sugiere fuertemente la presencia de un patrón de consumo en atracón (“binge drinking”). Es decir, aunque estos adolescentes no beban a diario, cuando lo hacen, consumen grandes cantidades de alcohol en un periodo corto, esto conlleva graves riesgos para la salud, como daño neurológico, accidentes y conductas de riesgo.

Con respecto al tercer objetivo especifico identificar los determinantes personales, familiares, sociodemográficos, económicos y de comportamiento parental relacionados con la depresión en adolescentes de instituciones educativas de la ciudad del Cusco en 2025.

En cuanto a los determinantes personales, se evidencio que el sexo femenino represento un factor de riesgo independiente para la depresión, siendo las adolescentes mujeres hasta 2.44 veces mas propensas a presentar síntomas depresivos en comparación con los varones (IC 95%: 1.43-4.19; $p=0.001$). Este hallazgo coincide con estudios realizados en Colombia (López et al., 2021) y México (Pérez y Guzmán, 2020), donde también se describe mayor vulnerabilidad en mujeres adolescentes, atribuida a factores hormonales, sociales y culturales, así como a una mayor internalización de los conflictos emocionales (estrés) . En contraste, la edad y el tipo de colegio no mostraron asociación significativa, lo que sugiere que el riesgo depresivo en la adolescencia esta mas influenciado por factores de genero y experiencias familiares que por características sociodemográficas inmediatas.

Respecto a los determinantes familiares, se encontraron asociación significativa entre el nivel educativo de la madre, los antecedentes familiares de consumo de alcohol, depresión y violencia o maltrato con la presencia de depresión en los adolescentes. Llama la atención que mas del 80% de los estudiantes con antecedentes familiares de consumo de alcohol o depresión desarrollaron sintomatología depresiva. Estos resultados guardan relación con lo descrito por la OMS (2023), que señala a la disfunción familiar y la exposición a patrones negativos en el hogar como factores críticos en la salud mental de los adolescentes. Asimismo, el impacto de la **violencia psicológica** resulto ser el factor de mayor peso como predictor más fuerte, aumentando el riesgo de depresión en 4.55 veces (OR a= 4.55; IC95%: 1.09-7.86; p= 0.04). El impacto de este tipo de maltrato, a menudo es subestimado por no dejar marcas físicas, es profundo y duradero, ya que corroe la autoestima y la estabilidad emocional del adolescente, lo cual concuerda con estudios peruanos previos (MINSA,2022) donde la violencia intrafamiliar se estableció como uno de los predictores más fuertes de depresión en adolescentes. Los antecedentes confirman la transmisión intergeneracional del riesgo. El consumo familiar de alcohol se mantuvo como un factor de riesgo significativo e independiente después del ajuste multivariado (Ora: 2.63; IC95%: 1.03-6.70; p=0.043). este antecedente no solo modela una conducta de riesgo, sino que suele ser un indicador de un entorno familiar disfuncional. Caracterizado por conflictos, negligencia y estrés, que predisponen a la depresión. Si bien el antecedente familiar de depresión perdió significancia en el modelo ajustado, su fuerte asociación en el análisis bivariado (p= 0.006) sugiere que su efecto puede estar mediado por otros factores del entorno familiar con los que esta altamente correlacionado, como los conflictos y la violencia.

En cuanto a los determinantes sociodemográficos y económicos, variables como la procedencia (urbana/ rural), el tipo de vivienda o el ingreso familiar no mostraron asociación significativa con la depresión. Esto indica que, en la población estudiada, la depresión adolescente es un problema transversal que afecta por igual a todos los estratos socioeconómicos. La carga de la enfermedad mental, por lo tanto, no estaría determinada por la pobreza material, en este contexto, sino por la pobreza emocional y la adversidad en el entorno familiar inmediato. Esto enfatiza la necesidad de intervenciones universales en el ámbito escolar, dirigidas a todos los adolescentes, y no solo a aquellos en situación de vulnerabilidad económica

Con respecto a los determinantes de comportamiento parental, se encontró que la ausencia de comunicación entre padres e hijos, la presencia de discusiones familiares frecuentes y las experiencias de estrés (como bullying o pérdida de un familiar) fueron factores fuertemente asociados a la depresión. Asimismo, la frecuencia de discusiones o peleas fuertes en el hogar mostro un gradiente de riesgo claro, los adolescentes que las presencian “siempre” tienen 3.85 veces más probabilidades de desarrollar depresión (ORa:3.85; IC95%: 1.82-8.16; $p < 0.001$). este hallazgo subraya que un clima familiar hostil y conflictivo es un estresor crónico que supera la capacidad de afrontamiento del adolescente. Los adolescentes que no mantenían dialogo con sus padres tuvieron hasta 4.3 veces mas probabilidad de presentar depresión en comparación con quienes si lo hacían (Ora: 4.31; IC95%: 1.23- 11.08; $p = 0.022$). Este hallazgo es consistente con estudios en Chile y Perú (Rojas et al., 2021; Ramírez, 2020) que destacan la comunicación familiar como un factor protector frente a conductas de riesgo y trastorno emocionales en adolescentes. Finalmente, la exposición a eventos estresantes vitales (bullying, muerte de un familiar) incremento significativamente el riesgo de depresión (Ora: 1.24; IC95%:1.08-2.25; $p=0.049$), validando los modelos de diátesis – estrés en esta población.

El análisis multivariado permitió desentrañar parcialmente la compleja relación entre el consumo de alcohol y la depresión. Si bien el consumo de riesgo (medio y alto) mostro una asociación significativa en el análisis crudo, esta se atenuó y perdió significancia estadística al ajustar por variables de confusión como el entorno familiar. La excepción fue la categoría “probable adicción” al alcohol, que se mantuvo como un factor de riesgo independiente, aumentando la probabilidad de depresión en 3.06 veces (ORa: 3.06; IC95%: 1.08-8.63; $p=0.035$). Este hallazgo refuerza la relación bidireccional descrita en la literatura el alcohol puede utilizarse como un mecanismo de afrontamiento frente a la depresión, pero a la vez exacerba los síntomas depresivos, generando un circulo vicioso de riesgo (WHO, 2021; Pilatti et al., 2019).

En conjunto, los resultados confirman que la depresión en adolescentes es un fenómeno multifactorial, donde convergen variables personales (genero), familiares (historia de consumo, depresión y violencia), de comportamiento parental (comunicación y discusiones familiares) y, en menor medida, de tipo económico o sociodemográfico.

4.3 Conclusiones

- Se confirma la asociación directa entre consumo de alcohol y depresión en adolescentes de quinto de secundaria en instituciones educativas de la ciudad del Cusco en 2025. El análisis estadístico evidencio una relación significativa entre ambas variables ($\rho=0.2145$; $p=0.0001$), especialmente en los estudiantes clasificados con probable adicción al alcohol, quienes presentaron hasta 3 veces más riesgo de depresión severa. Esto respalda la hipótesis general y coincide con modelos teóricos que plantean una interacción bidireccional entre consumo de alcohol y síntomas depresivos.
- El nivel de consumo de alcohol en adolescentes es preocupante. Aunque el 65% de los estudiantes mostro un nivel de riesgo bajo, el 35% presento un consumo problemático (riesgo medio, alto o probable dependencia), siendo esta última categoría la más fuertemente asociada a la depresión. Este hallazgo confirma que el consumo de alcohol constituye una conducta de riesgo relevante en la adolescencia.
- El nivel de depresión en adolescentes es elevado. El 75% de los estudiantes presento algún grado de depresión, predominando los niveles leves (37%) y moderado (22%). Sin embargo, el 5% reporto síntomas severos, incluyendo ideación suicida en un 15% de los casos, lo cual refleja una problemática grave de salud pública que requiere atención urgente.
- La prevalencia del consumo de alcohol en adolescentes es significativa. Mas de la mitad (65%) reporto no haber consumido alcohol en el ultimo año, pero el 39% refirió consumo ocasional y un 5% patrones frecuentes (2 veces al mes o más). Esta prevalencia, aunque menor a la depresión, evidencia que una proporción importante de adolescentes ya se encuentra en riesgo de desarrollar dependencia y otras complicaciones asociadas.
- La prevalencia de depresión en adolescentes es alta y supera a la reportada en estudios nacionales e internacionales. Tres de cada cuatro estudiantes presentaron síntomas depresivos, cifra considerablemente superior a los rangos descritos en otras investigaciones (20%-40%). Este hallazgo sugiere que factores contextuales específicos, como el impacto postpandemia, la violencia familiar y el bajo soporte emocional, estarían exacerbando la vulnerabilidad psicológica en esta población.

- Existen determinantes personales, familiares y de comportamiento parental asociados significativamente tanto el consumo de alcohol como a la depresión. El sexo femenino, los antecedentes familiares de consumo y violencia psicológica, así como la falta de comunicación con los padres y las discusiones frecuentes en el hogar, fueron factores fuertemente asociados a la depresión.

4.4. Sugerencias

- A la UGEL Cusco para que implemente programas de tamizaje universal estableciendo la aplicación anual obligatoria de cuestionarios (PHQ-9 modificado y el test AUDIT) en todas las instituciones educativas de la ciudad. Esto permitirá la identificación temprana de estudiantes en riesgo de depresión y consumo problemático de alcohol, facilitando la intervención oportuna.
- Realizar capacitaciones a los docentes de la UGEL Cusco en primeros auxilios psicológicos, desarrollando programas de capacitación obligatoria para docentes y tutores en la detección de signos de alarma de depresión (especialmente ideación suicida) y consumo de sustancias. Deben estar preparados para realizar una primera contención y conocer los protocolos de derivación a los servicios de salud mental.
- Entre la UGEL Cusco y la GERESA establecer convenios formales entre las instituciones educativas y los centros de salud mental de la red pública (como el Hospital Regional o centros de salud mental comunitario) para garantizar que los estudiantes identificados con depresión moderada a grave o probable adicción al alcohol reciban atención especializada en un plazo no mayor a 7 días.
- Implementación de programas de prevención en instituciones educativas del ámbito de la UGEL Cusco, incluir talleres periódicos sobre consumo de alcohol, salud mental y manejo de emociones, adaptados al lenguaje y realidad de los adolescentes. Promover actividades extracurriculares (arte, deporte, liderazgo estudiantil) como factores protectores frente al consumo de sustancias y la depresión.
- A nivel de la GERESA, se propone implementar y mantener programas sostenibles de promoción de la salud mental y prevención del consumo de alcohol que aborden los principales determinantes identificados. Estos deben incluir el desarrollo de habilidades para la vida, fortalecimiento de la autoestima, la gestión emocional, la resistencia a la presión de pares y las habilidades de

comunicación. Además, se sugiere prevenir el consumo en atracón mediante campañas educativas y el uso de medios como radio, TikTok, redes sociales dirigidas a estudiantes Cusqueños.

- A la UGEL Cusco para que oriente el fortalecimiento del rol de los padres y la familia desarrollando escuelas de padres enfocadas en mejorar la comunicación, la resolución pacífica de conflictos y el acompañamiento emocional y parentalidad positiva, creando programas psicoeducativos obligatorios para padres de familia que se centren en: la importancia de la comunicación abierta y el apoyo emocional; el manejo positivo de conflictos familiares, evitando la violencia psicológica y física; el reconocimiento del consumo de alcohol parental como un factor de riesgo modelador para los hijos.
- A los directores y a la UGEL Cusco implementar intervenciones psicosociales dentro del colegio incorporando psicólogos y orientadores (tutores) permanentes en las instituciones educativas, para detección temprana y seguimiento de los casos de depresión. Establecer protocolos claros para atender adolescentes que expresen ideación suicida o síntomas depresivos graves. Dotar a cada institución educativa de manera proporcional a la cantidad de alumnado psicólogos y consejero escolar a dedicación exclusiva, capacitando en terapias breves basada en evidencia (como terapia Cognitivo- Conductual para adolescentes) para el manejo inicial de los casos leves y moderados.
- Al decano de la facultad de Medicina para que fomente en los estudiantes tomar de base los resultados del presente estudio para investigaciones futuras, replicar el estudio en otras regiones del Perú para identificar similitudes y diferencias en la relación entre depresión y consumo de alcohol. Incorporar variables adicionales como acoso escolar (bullying), uso de redes sociales y rendimiento académico, para entender mejor el contexto multifactorial de la depresión de los adolescentes. Diseñar estudios longitudinales que sigan a los adolescentes en el tiempo para evaluar como evolucionan el consumo de alcohol y sintomatología depresiva hacia la adultez.

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DEL REQUERIMIENTO	UNIDAD	DETALLE DEL COSTO		PRESUPUESTO S/
			CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	
Impresión de proyecto	6 unidades de proyecto de investigación impresas	UND	7	10.00	70
Elaboración e impresión de encuestas, cuadernillo de validación para expertos, ejemplares para dictaminantes y asesor	300 unidades del instrumento	UND	300	0.2	60
	5 cuadernillos de validación	UNID	5	1	5
Inscripción de tema de tesis, solicitud de dictaminantes	Inscripción del tema de tesis por PLADES	UND	1	30	30
	Aprobación de dictaminantes de tesis	UND	1	25	25
Aplicación de encuestas	Movilidad (Pasajes)	Servicio/ día	8	1	8
	Costo por recolección de ficha	Servicio/ día	4	12	48
	Refrigerios participantes y personal de apoyo	Servicio/ día	8	20	160
Digitalización y transcripción de datos	Pago por internet	Servicio/ mes	30	10	300
	Lapiceros marca Faber Castell para que cada estudiante rellene su ficha	UND	300	0.50	150
Procesamiento de datos	Acompañamiento de investigadores	Servicio/ día	2	700	1400
Análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones	Reunión de análisis de resultado, conclusiones y recomendaciones	Servicio/día	2	100	200
	Redacción final y corrección de estilo	Servicio/ día	1	50	50
TOTAL					2 506

El presupuesto total es de S/.2 506 (dos mil quinientos con seis nuevos soles), el cual será financiado por la tesis.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Depresión [Internet]. [citado 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Mitchell C. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2017 [citado 5 de agosto de 2023]. OPS/OMS |. Disponible en: <https://www.paho.org/es/recursos-para-periodistas#gsc.tab=0>
3. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 2025 Jun 16]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 2025 Jun 16]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
5. SWI swissinfo.ch. Los trastornos mentales afectan a millones de adolescentes en Latinoamérica [Internet]. 2021 [citado 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.swissinfo.ch/spa/los-trastornos-mentales-afectas-a-millones-de-adolescentes-en-latinoam%c3%a9rica/47005344>
6. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado- Hideyo Noguchi. Investigación – Estudios [Internet]. 2021 [citado 5 de agosto de 2023]. Disponible en: https://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2020/Vol%20XXXIV%202018%20Nro1%20EESM%20en%20Hospitales%20Generales%20y%20Centros%20de%20Salud.pdf?utm_source=chatgpt.com
7. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Avances en salud mental en Perú: prevalencia de trastornos mentales en ciudades urbanas [Internet]. 2023 [citado 2025 Jun 18]. Disponible en: informe basado en datos del INSM (Prevalencia en Puerto Maldonado, Iquitos, Tumbes, Puno y Pucallpa)
8. Virto Farfán C, et al. Prevalencia de los trastornos Afectivos en el Hospital de Salud Mental San Juan Pablo II, Cusco 2017-2019 [Internet]. March 2020 [citado 2025 Jun 18]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/349849199_Prevalencia_de_los_Trastornos_Afectivos_en_el_Hospital_de_Salud_Mental_San_Juan_Pablo_II_Cusco_2017_a_2019

9. Ministerio de Salud (Perú). Vigilancia Epidemiológica de problemas priorizados de salud mental [Internet]. Lima: Dirección General de Epidemiología; 2022 [citado 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2022/SE20/mental.pdf>
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2022 [Internet]. Lima: INEI; 2023 [citado 2025 Oct 8]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1886/
11. Ahumada Cortez J, et al. El consumo de alcohol como problema de salud pública [Internet]. Ra Ximhai. 2017 jul – dic; 13(2):13-24 [citado 2025 Jun 19]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46154510001>
12. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente [Internet]. Ginebra: OMS; [citado 5 agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health>
13. Instituto de la Juventud (INJUVE). La adolescencia y su interrelación con el entorno [Internet]. Madrid: INJUVE; [citado 5 agosto de 2023]. Disponible en: https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2022/06/la_adolescencia_y_su_interrelacion_con_el_entorno.pdf
14. Organización Panamericana de la Salud. La salud mental en la adolescencia y en la juventud: un enfoque de derechos y de determinantes sociales [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2019 [citado 5 agosto de 2023]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1
15. Statista. Infografía: Las marcas de cerveza preferidas en Latinoamérica [Internet]. Statista Daily Data; 2017 [citado 5 agosto de 2023]. Disponible en: <https://es.statista.com/grafico/10566/las-marcas-de-cerveza-preferidas-en-latinoamerica>
16. Ministerio de Salud (Perú). Documento técnico: Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2017 [citado 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>
17. Programa Nacional de Centros Juveniles (PRONACEJ). PRONACEJ publica boletín estadístico febrero 2021 [Internet]. Lima: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; 2021 [citado 5 de agosto de 2023]. Disponible en:

<https://www.gob.pe/institucion/pronacej/noticias/350328-pronacej-publica-boletin-estadistico-febrero-2021>

18. Gerencia Regional de Salud de Cusco. Análisis de la situación de salud – ASIS 2020-2021 [Internet]. Cusco: GERESA Cusco; 2021 Jun 1 [citado 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/asis-2021.pdf>
19. Wichaidit W, Pruphertkaew N, Assanangkornchai S. Variaciones por sexo y edad en la asociación entre el consumo de alcohol y el estado de ánimo depresivo en adolescentes tailandeses. PLOS ONE [Internet]. 17 de diciembre de 2019 [citado 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0225609>
20. Reynales S, Rivera L, Sérís M, et al. Análisis transversal del comportamiento parental y salud mental de los adolescentes en México: perspectivas sobre el consumo excesivo de alcohol, el consumo de tabaco, la conducta suicida y la sintomatología depresiva. Healthcare [Internet]. 13 de Mayo del 2024; 12(6):641. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/healthcare12060641>
21. Schick MR, Nalven T, Thomas ED, et al. Depresión y consumo de alcohol en adolescentes indígenas americanos asociada a los factores familiares. Alcohol Clin Exp Res [Internet]. 25 de enero del 2022 [citado 5 de agosto de 2023]; 46(1):142-51 Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8988920/>
22. Zhang X, Huang R, Ho SY, Lo WS, et al. Consumo de alcohol, especialmente consumo ligero, y síntomas depresivos en adolescentes. Drug Alcohol Depend [Internet]. 01 de octubre del 2021 [citado 5 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108932>
23. Chhoa KH, Zakaria H, Abd FN. Consumo problemático de alcohol y depresión en estudiantes de nivel secundario en Miri, Malasia. Pediatría internacional [Internet]. 06 de junio del 2019 [citado 5 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30636372/>
24. Wichaidit W, Prupetkaew N, Assanangkornchai S. Variaciones según sexo y edad en la asociación entre el consumo de alcohol y el estado de ánimo deprimido en adolescentes tailandeses. Plos One [Internet]. 03 de diciembre del 2019 3; 14(12) [citado 5 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225609>
25. Zuta Yalta LT. Ansiedad y depresión relacionadas al consumo de alcohol en adolescentes al regreso de la presencialidad en la I. E. San Fernando, Ucayali,

- 2022 [tesis]. Pucallpa: Universidad Nacional de Ucayali; 2023 [Internet]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14621/6806>
26. Moreno Casavilca JC. Entorno social y el estrés predisponen al consumo de alcohol en adolescencia de la I.E.P. José Gabriel Condorcanqui de Ayacucho, 20212023 [tesis]. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2022 [Internet]. Disponible en: <https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/da7728ce-85ff-488f-81db-2220d731e857/content>
 27. Villarreal Dedios MP. Depresión y consumo de alcohol en adolescentes de la I.E. Mariscal Ramon Castilla – Piura, 2020 [tesis]. Piura: Universidad Privada Antenor Orrego; 2022 [Internet]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/9744>
 28. Hernández VA, Vargas FR, Bendezú QG. Consumo excesivo de alcohol e ideación suicida en adolescentes peruanos: análisis de encuesta transversal agrupada. J Affet Disod [Internet]. Noviembre del 2023; 340: 321 - 6 [citado 5 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.008>
 29. Pacheco OB. Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de Medicina Humana de la Universidad San Antonio Abad del Cusco, 2023 [tesis]. Cusco: Universidad San Antonio Abad del Cusco; 2023 [Internet]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12918/7586>
 30. Asociación medica mundial. Declaración de Helsinki de la AMM- Principios éticos para las investigaciones medicas en seres humanos [internet]. Ferney – Voltaire: WMA; [citado 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
 31. Comisión Nacional de Biótica de México. Informe Belmont: principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación [internet]. México: secretaria de Salud; [citado 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatividad internacional/10. INTL Informe Belmont.pdf>
 32. Confederación Salud Mental España. Guía de autoayuda para la depresión y la ansiedad [internet]. Madrid: Confederación de Salud Mental España; [citado 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Guiasautoayudadepresionansiedad.pdf>

33. Guía Salud. Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia: diagnóstico clínico y criterios diagnósticos [internet]. Madrid: GuíaSalud;2020 [citado 5 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-infancia-diagnostico/>
34. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental (FEOSM). Depresión y suicidio 2020: Libro Blanco “Depresión y suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la salud mental” [internet]. Madrid: GuíaSalud;2020 [citado 5 de agosto de 2023]. Disponible en: https://fepsm.org/files/publicaciones/220217_Libro_Depresion_y_Suicidio_Edicion_Congreso.pdf
35. Prado DG, Gonzales MT, et al. Trastornos depresivos en niños y adolescentes: enfoque epidemiológico actual. Rev Psiquiatría Infanto - Juvenil [internet]. 2023 [citado 26 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/download/1075/1080>
36. Prado Molina DG, González Ramírez MT, Rosales YM, López Barrón RG. Trastornos depresivos en niños y adolescentes: enfoque epidemiológico actual. Rev. Psiquiat Infanto – Juvenil [Internet]. 2023; 40 (3): 38-40. Disponible en: <https://www.aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/1075>
37. Ministerio de Salud (Perú). La depresión es uno de los trastornos de salud mental mas frecuentes en el país [Internet]. Lima: MINSA; [citado 30 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/892900-la-depresion-es-uno-de-los-trastornos-de-salud-mental-mas-frecuentes-en-el-pais>
38. Instituto Nacional de la Salud Mental. Depresión [Internet]. Bethesda, MD: NIMH; 2023 [citado 30 de junio de 2025]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp>
39. López Muñoz F, Álamo C, García GP, Rubio G. Historia de los tratamientos farmacológicos de la depresión. Rev. Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2018 nov-Dec; 11(4):232-240. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-historia-tratamientos-farmacologicos-depresion-S1888989118300551>
40. Hillhouse TM, Porter JH. Breve historia del desarrollo de los antidepresivos: de las monoaminas al glutamato. Psicofarmacología Clínica y Experimental. 2015; 23(1): 1-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4428540>

41. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) [Internet]. 5.^a ed. Barcelona: Editorial Medica Panamericana; 2022 [citado 5 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
42. Keller MB, Shankman SA, Klein DN. Depresión crónica: una revisión de los conceptos y hallazgos actuales. Journal of Psychiatric Research [[Internet].2018 [citado 20 de julio de 2023]; 104: 90-95. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.06.002>
43. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM – 5 – TR). 5.^a ed. Revisión del texto. Washington, D.C.: APA Publishing; 2022
44. Schneider F, Habel U, Wagner M, et al. Correlatos neuronales de la depresión psicótica: hallazgos a partir de estudios de imagen funcional. Schizophr Res. 2021; 235: 123 - 135
45. Meyer JH, Cervenka S, kim MJ, et al. Disfunción de neurotransmisores en la depresión psicótica: una revisión de las interacciones entre serotonina y dopamina. Mol Psychiatry. 2020; 25(3): 639-653
46. Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Trastorno bipolar. The Lancet. 2016; 387 (10027): 1561-1572. doi:10.1016/S0140-6736(15)00241-X.
47. McIntyre RS, Berk M, Brietzke E, Goldstein BI, López- Jaramillo C, Kessing LV, et al. Trastorno bipolar. The Lancet. 2020; 396 (10265): 1841 – 1856. doi:10.1016/S0140-6736(20)31544-0.
48. Meyer F, Meyer TD, Klein HC. La hipótesis dopaminérgica del trastorno afectivo bipolar: una revisión completa de la evidencia. Revista de Trastornos Afectivos (Journal of Affective Disorders). 2020; 276:45-55. doi: 10.1016/j.jad.2020.06.065.
49. Glynn LM, Davis EP, Sandman CA, Goldberg WA. Neuroendocrinología de la depresión posparto. Opinión Actual en Psiquiatría (Current Opinion in Psychiatry). 2018; 31 (1): 14-22. doi:10.1097/YCO.0000000000000387.
50. Payne JL, Maguire J. Mecanismos fisiopatológicos implicados en la depresión posparto. Frontiers in Neuroendocrinology. 2019; 52: 165-180. doi: 10.1016/j.yfrne.2018.12.001.

51. Wehr TA, Duncan WC, Sher L, Postolache TT. Alteraciones del ritmo circadiano en el trastorno afectivo estacional. *Journal of Biological Rhythms*. 2018;33(5):481–492. doi:10.1177/0748730418796500.
52. Psico Abreu. Depresión en adolescentes: factores de riesgo y señales de alerta [Internet]. *Psicología y Mente*; 12 de agosto de 2019 [actualizado 20 de octubre del 2024] [citado 23 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/clinica/depresion-en-adolescentes-factores-de-riesgo>
53. Chávez PC, Ríos LA. Factores psicosociales y depresión en adolescentes de una institución educativa en Huánuco. *Rev Med Hered* [Internet]. 2023 [citado 2025 abr 30]; 34(1): 42-9. Disponible en: https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2023000100042
54. Londoño PE, Álvarez LM. Factores de riesgo psicosocial en adolescentes y su relación con la depresión. *Av Enferm*. 2020; 38 (1): 40-50. doi: 10.15446/av.enferm.v38n1.81584
55. Boland RJ, Verduin ML, Ruiz P, et al. Kaplan y Sadock's Synopsis of Psychiatry: Ciencia del comportamiento/ Psiquiatría clínica. 12.ª ed. Filadelfia: Wolters Kluwer; 2021 [Internet]. Disponible en: <https://shop.lww.com/Kaplan---Sadock-s-Synopsis-of-Psychiatry/p/9781975145569>
56. Hilt R, Nussbaum AM. Guía de bolsillo del DSM-5 para la salud mental infantil y adolescente. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2016 [Internet]. Disponible en: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9781585624816>
57. Beck JS. Terapia Cognitiva para Problemas Desafiantes: Que hacer cuando lo básico no funciona. Nueva York: Guilford Press; 2011 [Internet]. Disponible en: <https://www.guilford.com/books/Cognitive-Therapy-for-Challenging-Problems/Beck/9781609186216>
58. Díez GA, Fonseca PE, Pérez AA, et al. Validación del PHQ-9 en una muestra representativa de adolescentes. *Psychiatry Res*. 2023; 328:115486 https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178123004365?utm_source=chatgpt.com

59. Kovacs M. Manual del Inventario de depresión Infantil 2 (CDI-2). North Tonawanda: Multi- Health Systems; 2011 [Internet]. Disponible en: <https://www.mhs.com/MHS-Assessment?prodname=cdi2>
60. Weisz JR, Kazdin AE, eds. Psicoterapia basada en evidencia para niños y adolescentes. 3.^a ed. Nueva York: Guilford Publications; 2017. Disponible en: <https://www.oxfordclinicalpsych.com/view/10.1093/med:psych/9780195126181.001.0001/med-9780195126181>
61. Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, et al. Guías para la depresión en adolescentes en atención primaria (GLAD-PC): Parte II. Tratamiento y manejo continuó. Pediatría [Internet]. 2018 [citado el 13 de julio del 2025]; 141(3): e20174082. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29483201/>
62. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el estado del alcohol y la salud 2018. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
63. Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo. Datos y estadísticas sobre el alcohol [Internet]. 2023 [citado 30 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.niaaa.nih.gov>
64. Agencia Andina. Día mundial sin alcohol: Minsa atendió más de 43 000 casos por consumo de alcohol en 2024 [Internet]. Lima: Andina; 2024 nov 15 [citado 3 de abril de 2025]. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-dia-mundial-sin-alcohol-minsa-atendio-mas-43000-casos-consumo-alcohol-2024-1008144.aspx>
65. Viner RM, y col. Pubertad, procesos de desarrollo e intervenciones en salud. En: Bundy DAP, Silva N, editores. Salud y desarrollo de niños y adolescentes. 3.^a ed. Washington D.C.: Banco Mundial; 2017.p. 123-145. doi: 10.1596/978-1-4648-0423-6_ch9.
66. Sawyer SM, Azzoparti PS, Wickremarathne D, Patton GC. La edad de la adolescencia. Lancet Child Adolesc Health. 2018 ;2(3):223–228. doi:10.1016/S2352-4642(18)30022-1.
67. Sarasa RA, Sordo L, Molist G, Hoyos J, et al. El fenómeno del Botellón: análisis descriptivo en adolescentes. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2020; Disponible en: <https://ojs.sanidad.gob.es/index.php/resp/article/view/795>
68. Ministerio de salud del Perú. Informe sobre consumo d alcohol en adolescentes de 12 a 17 años [Internet]. Lima: MINSA, 2017; Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf>

69. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos del Perú. Informe estadístico UAPISE 2020 [Internet]. Lima: MINJUSDH, 2020; Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/pronacej/informes-publicaciones/1758100-informe-estadistico-2020>
70. Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2000 [Internet]. Madrid: Observatorio Español sobre Drogas; 2000 [citado 3 de abril de 2025]. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/gl/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/informeOED2000.pdf>
71. Londoño LM, Peñaranda Á, Rodríguez H, Restrepo A. Validación del AUDIT en estudiantes adolescentes colombianos. Revista de Salud Publica [Internet]. 2020; 22(3). Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/83420>
72. Alves B/O/OM. DeCS [Internet]. [citado 5 de agosto del 2023]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=28451&filter=ths_exact_term&q=salud%20mental
73. Alves B/O/OM. DeCS [Internet]. [citado 5 de agosto del 2023]. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=344&filter=ths_exact_term&q=estado%20de%20animos

ANEXO 1: MATIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE INVESTIGACIÓN

“CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS EN LA PROVINCIA DE CUSCO – 2025”

Presentado por: Shayli Shyrley Quispe Choquenaira

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA	RECOLECCIÓN DE DATOS PLAN DE ANALISIS	
PG: ¿Existe una relación significativa entre el consumo de alcohol y la presencia de síntomas depresivos en adolescentes de quinto de secundaria en instituciones educativas de la provincia del Cusco, 2025?	OG: Analizar la relación entre consumo de alcohol y depresión en adolescentes de quinto de secundaria en Instituciones Educativas de la provincia del Cusco - 2025. OE1: Estimar el nivel de depresión en adolescentes	HG: La asociación entre el consumo de alcohol y depresión en adolescentes de quinto de secundaria en Instituciones Educativas de la provincia del Cusco, 2025 es directa. HE1: El nivel de consumo de alcohol en	VARIABLE INDEPENDIENTE		Naturaleza del estudio: Cuantitativo	La recolección de información se realizará mediante encuestas; se codificará los datos obtenidos en un diccionario de variables, se creará una base de datos en el programa Microsoft Excel versión 2016 tomando todas las variables	
			Consumo de alcohol	Probable adicción			Según finalidad del estudio: Correlacional
				Riesgo alto			
				Riesgo medio			
			Consumo de alcohol	Riesgo bajo	Según el rol del investigador: Observacional		
				VARIABLE DEPENDIENTE			
				Depresión			Síndrome depresivo mayor
			Otro síndrome depresivo				
			Síntomas depresivos positivos				
			Síntomas depresivos negativos				
VARIABLES INTERVINIENTES							
Edad	Años cumplidos						

PE1: ¿Cuál es la prevalencia y el grado de depresión en adolescentes de quinto de secundaria que cursan estudios en instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025? PE2: ¿Cuál es la frecuencia y el nivel de consumo de alcohol en adolescentes de quinto de secundaria que estudian en instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025? PE3: ¿Qué determinantes personales, familiares, sociodemográficos y económicos	de quinto de secundaria en Instituciones Educativas de la provincia del Cusco – 2025.	adolescentes de quinto de secundaria en Instituciones Educativas del Cusco, 2025 es significativo.	Sexo	Femenino Masculino	Según el momento de recolección de los datos respecto al estudio: Retrospectivo. Según el número de veces que se recolecta la información: Transversal Muestra: 253 estudiantes	estudiadas, se verificará el control de calidad verificando los missing, verificando inconsistencias y eliminando duplicados. Para clasificar una variable como “factor de riesgo”, debe ser OR > 1 caso contrario será un factor de protección. Luego para la comprobación de los datos sean estadísticamente significativos se utilizará un valor de $p < 0,05$ con un Intervalo de Confianza (IC) al 95%.
	OE2: Determinar el nivel de consumo de alcohol en adolescentes de quinto de secundaria en Instituciones Educativas de la provincia del Cusco – 2025.	HE2: El nivel de depresión en adolescentes de quinto de secundaria en Instituciones Educativas del Cusco, 2025 es elevado.	Procedencia	Urbano Rural		
			Tipo de familia	Nuclear Extensa Monoparental Reconstituida Otros		
			Tipo de vivienda	Propia Alquilada Compartida Otros		
			Ingreso laboral familiar	Cantidad de soles		
			Situación laboral de los padres	Ambos trabajan Solo uno de ellos trabaja Ninguno de ellos trabaja		
			Grado de Instrucción del padre	Ultimo grado de estudios culminado por el padre del estudiante.		
	OE3: Identificar los determinantes personales, familiares, sociodemográficos y económicos relacionados con el consumo de alcohol y depresión en adolescentes de quinto de	HE3: La prevalencia de consumo de alcohol en adolescentes de quinto de secundaria en Instituciones Educativas del Cusco, 2025 es alta.	Grado de Instrucción de la madre	Ultimo grado de estudios culminado por la madre del estudiante.		

están implicados en el consumo de alcohol y depresión en adolescentes de quinto de secundaria en instituciones educativas de la ciudad del Cusco, 2025?	secundaria en instituciones educativas de la ciudad del Cusco – 2025.	HE4: La prevalencia de depresión en adolescentes de quinto de secundaria en Instituciones Educativas del Cusco, 2025 es elevada. HE5: Existen determinantes personales, familiares, sociodemográficos y económicos se relacionan significativamente con el consumo de alcohol y depresión en adolescentes de quinto de secundaria en instituciones educativas de la ciudad del Cusco – 2025.	Estado conyugal de los padres	Situación civil de la persona.		
			Tipo de Colegio	Pública Privada		
			Violencia familiar	Adolescentes que reportan haber sido víctimas o testigos de violencia familiar		
			Antecedentes familiares de consumo de alcohol	Presencia de consumo de alcohol en familiares directos		
			Antecedentes familiares de depresión	Presencia o ausencia de familiares directos con diagnóstico o síntomas de depresión		

ANEXO 2. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL
CUSCO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**“CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA
CIUDAD DEL CUSCO - 2025”**



Reciba un cordial saludo, tengo el agrado de dirigirme a usted, solicitando su colaboración con el fin de recolectar los datos necesarios que puedan ser utilizados para la realización del estudio denominado: **CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO, 2025**; desarrollado por la estudiante Shayli Shyrley Quispe Choquenaira de la facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco. El objetivo de esta investigación es identificar los factores que influyen en el consumo de alcohol y depresión, ver su relación, con el fin de brindar evidencia útil que contribuya al diseño de estrategias de prevención y atención por parte de las instituciones responsables.

Toda la información proporcionada será de forma anónima, voluntaria y será manejada de manera confidencial por el equipo de investigación. Los datos proporcionados serán manejados solo para fines del estudio en cuestión.

Agradecemos su colaboración, previo asentimiento suyo.

INSTRUCCIONES

A continuación, encontrará un cuestionario compuesto por preguntas cerradas y abiertas. Marque con una “X” la alternativa que considere adecuada y complete aquellas que así lo requieran. No existen respuestas correctas o incorrectas, por lo tanto, se le pide que conteste con sinceridad.

El tiempo estimado para completar el cuestionario es de aproximadamente 10 minutos.

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO - 2025” 	
Instrucciones: Estimado estudiante lea detenidamente cada pregunta y marque su respuesta con una (X) muchas gracias por participar. No existen respuestas correctas o incorrectas, por lo tanto, se le pide contestar con sinceridad.	
Código	
DATOS PERSONALES	
1. Edad: _____ 2. Género: Masculino () Femenino () 3. Tipo de colegio: Pública () Privada ()	
DATOS FAMILIARES	DATOS SOCIODEMOGRAFICOS
4. Vives actualmente con: ☐ Ambos padres (biológicos / adoptivos) ☐ Solo madre ☐ Solo padre ☐ Padre y/o madre y otros familiares ☐ Otro familiar (abuelos, tíos, etc) _____	11. Lugar donde vive: ☐ Urbana (en la ciudad) ☐ Rural (fuera de la ciudad)
5. Estado civil de tus padres: ☐ Casados o viven juntos (convivencia) ☐ Separados / Divorciados ☐ Uno de ellos abandono el hogar ☐ Ambos padres están ausentes	12. Tipo de vivienda: ☐ Propia ☐ Alquilada ☐ Otros: _____
6. Grado de estudio alcanzado por el padre: ☐ Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☐ Secundaria incompleta ☐ Secundaria completa ☐ Superior (instituto, universidad, etc.) concluida	DATOS ECONÓMICOS
7. Grado de estudio alcanzado de la madre: ☐ Primaria incompleta ☐ Primaria completa ☐ Secundaria incompleta ☐ Secundaria completa ☐ Superior (instituto, universidad, etc.) concluida	13. Sus padres cuentan con trabajo actualmente: ☐ Ambos ☐ Solo uno de ellos trabaja ☐ Ninguno trabaja
8. ¿Alguno de tus familiares (padre, madre, hermanos, abuelos, tíos) consume o ha consumido bebidas alcohólicas? ☐ Si -> especifica quién: _____ ☐ No ☐ No sabe / no recuerda	14. En tu hogar, ¿cuál es el ingreso mensual aproximado que recibe tu familia (entre todos los que aportan)? ☐ < S/ 1025 ☐ S/ 1025 – 3025 ☐ > S/ 3025
9. ¿Algunos de tus familiares (padre, madre, hermanos, abuelos, tíos) fue diagnosticado o tiene síntomas depresivos? ☐ Si -> especifica quién: _____ ☐ No ☐ No sabe / no recuerda	COMPORTAMIENTO PARENTAL
10. ¿Has experimentado alguna de las siguientes formas de maltrato? ☐ Maltrato física (golpes, empujones, etc) ☐ Maltrato psicológico (humillación, amenazas) ☐ Abuso sexual ☐ Negligencia o abandono (falta de cuidado básico) ☐ Ninguna de las anteriores	15. Mis padres saben dónde estoy y con quien paso mi tiempo ☐ Siempre ☐ Casi siempre ☐ A veces ☐ Casi nunca ☐ Nunca
	16. En el último año, ¿con qué frecuencia hay discusiones o peleas fuertes en tu casa? ☐ Siempre ☐ Casi siempre ☐ A veces ☐ Casi nunca ☐ Nunca
	17. Puedo conversar con mis padres cuando tengo un problema ☐ Siempre ☐ Casi siempre ☐ A veces ☐ Casi nunca ☐ Nunca
	18. ¿Cómo describirías tus calificaciones en el último año? ☐ Buenas ☐ Regulares ☐ Malas
	19. ¿Has vivido algo muy estresante en el último año (ej: muerte de un familiar, bullying)? ☐ Sí ☐ No

CUESTIONARIO AUDIT: "Responde con sinceridad, es solo para entender mejor. No hay respuestas buenas o malas."	
20. En el último año, ¿con qué frecuencia has consumido bebidas alcohólicas? (0) Nunca (1) Muy poco, solo una vez al mes o menos (2) De 2 a 4 veces al mes (3) De 2 a 3 veces a la semana (4) 4 o más veces a la semana	25. En el último año, ¿con qué frecuencia necesitaste beber en la mañana para sentirte bien después de haber bebido mucho la noche anterior? (0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) 1 vez al mes (3) 1 vez por semana (4) diario o casi a diario
21. Cuando tomas alcohol, ¿cuántas copas o tragos sueles tomar en un día normal? Si no tomas deja en blanco (Recuerda: 1 trago = 1 cerveza o 1 vaso de vino o 1 shot de licor) * (0) 1 o 2 (1) 3 o 4 (2) 5 o 6 (3) 7,8, o 9 (4) 10 o más	26. En el último año, ¿con qué frecuencia tuviste sentimientos de culpa o remordimiento después de beber? (0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) 1 vez al mes (3) 1 vez por semana (4) diario o casi a diario
22. ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más tragos de alcohol en un mismo día o fiesta? (Recuerda: 1 trago = 1 cerveza o 1 vaso de vino o 1 shot de licor) * (0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) 1 vez al mes (3) 1 vez por semana (4) diario o casi a diario	27. En el último año, ¿con qué frecuencia olvidaste lo que pasó la noche anterior por haber tomado? (0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) mensualmente (3) semanalmente (4) diario o casi diario
23. En el último año, ¿cuántas veces te ha pasado que empezaste a tomar y luego no podías parar, aunque quisieras? (0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) 1 vez al mes (3) 1 vez por semana (4) diario o casi a diario	28. ¿Alguna vez te causó problemas físicos, sociales o con tu salud el beber (peleas, discusiones, problemas en la escuela, problemas familiares, accidentes)? (0) no (1) sí, pero no en el último año (2) sí, en el último año
24. En el último año, ¿con qué frecuencia no pudiste hacer lo que debías (ir a clases, tareas, responsabilidades) por haber tomado? (0) nunca (1) menos de una vez al mes (2) 1 vez al mes (3) 1 vez por semana (4) diario o casi a diario	29. ¿Alguna vez te han dicho tus amigos, compañeros o familiares que deberías reducir la cantidad de alcohol que tomas? (0) no (1) sí, pero no en el último año (2) sí, en el último año

CUESTIONARIO PHQ-9 MODIFICADO PARA ADOLESCENTES: "Responde con sinceridad, es solo para entender mejor. No hay respuestas buenas o malas."

Instrucciones: Para cada síntoma, escribe una "X" en el cuadro que aparece debajo de la respuesta que mejor describe **cómo se siente en las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia te ha pasado lo siguiente?**

Preguntas	Ningún día	Algunos días (1-6 días)	Muchos días (7-11 días)	Casi todos los días (12-14 días)
30. Me he sentido triste, deprimido, irritado, vacío/a o sin esperanza.	0	1	2	3
31. He perdido interés o ganas de hacer las cosas que antes me gustaban.	0	1	2	3
32. He tenido problemas para dormir (me cuesta dormir o duermo demasiado).	0	1	2	3
33. He tenido poco apetito o he comido demasiado.	0	1	2	3
34. He sentido cansancio o falta de energía casi todo el tiempo.	0	1	2	3
35. He sentido que soy inútil, que todo me sale mal o que no valgo lo suficiente.	0	1	2	3
36. He tenido dificultad para concentrarme (por ejemplo, en clases, tareas o leyendo o ver televisión)	0	1	2	3
37. Me he movido o hablado tan lento que otros lo notan, o, al contrario, he estado tan inquieto (a) que me cuesta estar quieto (a).	0	1	2	3
38. He pensado que sería mejor no estar vivo/a o hacerme daño.	0	1	2	3

Si respondiste que tienes algunos de estos problemas mencionados en este último formulario.

a. ¿Qué tanto te han <u>dificultado</u> en tus estudios, tus actividades con amigos, hacer las cosas de la casa, o relacionarte con las demás personas?	Nada ☐	Un poco ☐	Bastante ☐	Mucho ☐
b. ¿En el <u>año pasado</u> te has sentido deprimido o triste la mayoría de los días, aun cuando te sientes bien algunas veces?	Sí ☐		No ☐	
c. ¿En el <u>mes pasado</u> hubo algún momento donde pensaste seriamente en terminar con su vida?	Sí ☐		No ☐	
d. ¿ <u>ALGUNA VEZ</u> , durante tu <u>VIDA ENTERA</u> ha tratado de quitarse la vida o ha intentado suicidarse?	Sí ☐		No ☐	

Si alguna vez sientes que sería mejor no vivir o piensas en hacerte daño, por favor busca ayuda. Habla con tu profesor(a), psicólogo(a) o un familiar cercano. No estás solo(a), siempre hay alguien que puede ayudarte.

S.S.Q.Ch.

ANEXO 3: CUADERNILLO DE VALIDACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**“CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES
EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO
- 2025”**



Autor: Shayli Shyrley Quispe Choquenaira

SOLICITUD

Estimado(a) doctor(a): Mariela N. Sumire Quispe

El motivo de la presente solicitud es pedirle su valiosa colaboración en la evaluación del instrumento anexo, para obtener la validación del cuestionario, que se aplicara para el desarrollo del tema denominado: **“CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO - 2025”**, cuyo objetivo es determinar la relación y los factores asociados entre estas dos variables el consumo de alcohol y la depresión en estudiantes adolescentes del nivel secundario de la ciudad del Cusco.

Acudo a usted, debido a sus conocimientos y experiencia en la materia, los cuales aportarían una útil y adecuada información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación.

Atentamente:

Shayli Shyrley Quispe Choquenaira
DNI: 73042017

Estudiante de la escuela profesional de Medicina Humana

FICHA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS

"CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO - 2025"

IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO:

- APELLIDOS Y NOMBRES:
Sumire Quispe Manrile Nanci.
- OCUPACIÓN, GRADO ACADÉMICO Y LUGAR DE TRABAJO:
Medico ESPECIALISTA Medicina INTERNA.
- Fecha: 22-08-25

INSTRUCCIONES

Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes o preguntas, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

- 5.- Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.
- 4.- Representará la estimación de que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
- 3.- Significará una absolución de la interrogante en términos intermedios de la interrogante planteada.
- 2.- Representará una absolución escasa de la interrogante planteada.
- 1.- Representarán una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figura a la derecha de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación. Se adjuntará un resumen del protocolo de tesis, considerando formulación del problema, objetivo, variable y diseño metodológico. Así como también se adjuntan los cuestionarios.

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN
"CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN INSTITUCIONES
EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DE CUSCO - 2025"**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------
3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------
4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------
6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------
10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

AGRADECEMOS ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN


 Dra. Mariela N. Sureda Quispe
 MEDICO CIRUJANO
 ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA
 CMP: 73938 RNE: 48027



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**"CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES
EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO
- 2025"**

Autor: Shayli Shyrley Quispe Choquenaira

SOLICITUD

Estimado(a) doctor(a): *Gorky Carazas Aedo*

El motivo de la presente solicitud es pedirle su valiosa colaboración en la evaluación del instrumento anexado, para obtener la validación del cuestionario, que se aplicara para el desarrollo del tema denominado: **"CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO - 2025"**, cuyo objetivo es determinar la relación y los factores asociados entre estas dos variables el consumo de alcohol y la depresión en estudiantes adolescentes del nivel secundario de la ciudad del Cusco.

Acudo a usted, debido a sus conocimientos y experiencia en la materia, los cuales aportarían una útil y adecuada información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación.

Atentamente:

Shayli Shyrley Quispe Choquenaira
DNI: 73042017

Estudiante de la escuela profesional de Medicina Humana

FICHA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS

"CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO - 2025"

IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO:

- APELLIDOS Y NOMBRES:

CARRASCO ARDO CARMEN

- OCUPACIÓN, GRADO ACADÉMICO Y LUGAR DE TRABAJO:

Psicóloga Psiquiatra.

- Fecha : 20-08-25

INSTRUCCIONES

Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes o preguntas, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

- 5.- Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.
- 4.- Representará la estimación de que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
- 3.- Significará una absolución de la interrogante en términos intermedios de la interrogante planteada.
- 2.- Representará una absolución escasa de la interrogante planteada.
- 1.- Representarán una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figura a la derecha de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación. Se adjuntará un resumen del protocolo de tesis, considerando formulación del problema, objetivo, variable y diseño metodológico. Así como también se adjuntan los cuestionarios.

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN
"CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN INSTITUCIONES
EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DE CUSCO - 2025"**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

AGRADECEMOS ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN


Dr. Gorky Carazas Aedo
MEDICO PSIQUIATRA
P. 27788 - RNE 18034



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**"CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES
EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO
- 2025"**

Autor: Shayli Shyrley Quispe Choquenaira

SOLICITUD

Estimado(a) doctor(a): *Egla N. Gutiérrez Díaz*

El motivo de la presente solicitud es pedirle su valiosa colaboración en la evaluación del instrumento anexo, para obtener la validación del cuestionario, que se aplicará para el desarrollo del tema denominado: **"CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO - 2025"**, cuyo objetivo es determinar la relación y los factores asociados entre estas dos variables el consumo de alcohol y la depresión en estudiantes adolescentes del nivel secundario de la ciudad del Cusco.

Acudo a usted, debido a sus conocimientos y experiencia en la materia, los cuales aportarían una útil y adecuada información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación.

Atentamente:

Shayli Shyrley Quispe Choquenaira
DNI: 73042017

Estudiante de la escuela profesional de Medicina Humana

FICHA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS

"CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO - 2025"

IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO:

- APELLIDOS Y NOMBRES:

Butierrez Díaz Ego

- OCUPACIÓN, GRADO ACADÉMICO Y LUGAR DE TRABAJO:

Médico Especialista en Psiquiatría,
Consultorio Privado

- Fecha: 12-08-25

INSTRUCCIONES

Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes o preguntas, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

5.- Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.

4.- Representará la estimación de que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.

3.- Significará una absolución de la interrogante en términos intermedios de la interrogante planteada.

2.- Representará una absolución escasa de la interrogante planteada.

1.- Representarán una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figura a la derecha de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación. Se adjuntará un resumen del protocolo de tesis, considerando formulación del problema, objetivo, variable y diseño metodológico. Así como también se adjuntan los cuestionarios.

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN
"CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN INSTITUCIONES
EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DE CUSCO - 2025"**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

AGRADECEMOS ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN


Egle N. Gutiérrez Díaz
MEDICO CIRUJANO
ESPECIALISTA EN PSQUIATRIA
CMP: 100234 - RNE: 046962



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**"CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES
EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO
- 2025"**

Autor: Shayli Shyrley Quispe Choquenaira

SOLICITUD

Estimado(a) doctor(a): *Laura Quintana Castro*

El motivo de la presente solicitud es pedirle su valiosa colaboración en la evaluación del instrumento anexado, para obtener la validación del cuestionario, que se aplicara para el desarrollo del tema denominado: **"CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO - 2025"**, cuyo objetivo es determinar la relación y los factores asociados entre estas dos variables el consumo de alcohol y la depresión en estudiantes adolescentes del nivel secundario de la ciudad del Cusco.

Acudo a usted, debido a sus conocimientos y experiencia en la materia, los cuales aportarían una útil y adecuada información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación.

Atentamente:

Shayli Shyrley Quispe Choquenaira
DNI: 73042017

Estudiante de la escuela profesional de Medicina Humana

FICHA DE VALIDACIÓN POR EXPERTOS

"CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS EN LA PROVINCIA DEL CUSCO - 2025"

IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO:

- **APELLIDOS Y NOMBRES:**
Quintana Castro Laura
- **OCUPACIÓN, GRADO ACADÉMICO Y LUGAR DE TRABAJO:**
Médico Psiquiatra - Consulta Privada
- **Fecha:** 16-08-25

INSTRUCCIONES

Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes o preguntas, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

5.- Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.

4.- Representará la estimación de que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.

3.- Significará una absolución de la interrogante en términos intermedios de la interrogante planteada.

2.- Representará una absolución escasa de la interrogante planteada.

1.- Representarán una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figura a la derecha de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación. Se adjuntará un resumen del protocolo de tesis, considerando formulación del problema, objetivo, variable y diseño metodológico. Así como también se adjuntan los cuestionarios.

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN SOBRE LA INVESTIGACIÓN
"CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN INSTITUCIONES
EDUCATIVAS EN LA PROVINCIA DE CUSCO - 2025"**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------
3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------
4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------
6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

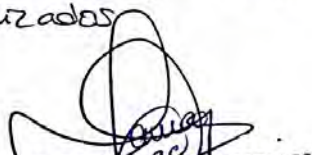
1	2	3	4	5
---	---	---	--------------	---
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	5
---	---	---	---	--------------
10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

- En el ítem (4) añadir o desglosar las alternativas. * Ambos padres, * solo madre, * solo padre, * padre y/o madre y otros familiares, * solo otros familiares. En el ítem (10) considerar Negligencia o Abandono para una mejor comprensión.

- El cuestionario Audit y el cuestionario PHQ-9 modificado para adolescentes son instrumentos validados y recomendados por la OMS y MINSA, ampliamente utilizados.

AGRADECEMOS ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN


Laura Quintana Castro
 MEDICO PSIQUIATRA
 CMP 75530 RNE 40745



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**"CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES
EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO
- 2025"**

Autor: Shayli Shyrley Quispe Choquenaira

SOLICITUD

Estimado(a) doctor(a): *Omar Góngora Calvo*

El motivo de la presente solicitud es pedirle su valiosa colaboración en la evaluación del instrumento anexo, para obtener la validación del cuestionario, que se aplicará para el desarrollo del tema denominado: **"CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE LA CIUDAD DEL CUSCO - 2025"**, cuyo objetivo es determinar la relación y los factores asociados entre estas dos variables el consumo de alcohol y la depresión en estudiantes adolescentes del nivel secundario de la ciudad del Cusco.

Acudo a usted, debido a sus conocimientos y experiencia en la materia, los cuales aportarían una útil y adecuada información para la culminación exitosa de este trabajo de investigación.

Gracias por su valioso aporte y participación.

Atentamente:

Shayli Shyrley Quispe Choquenaira
DNI: 73042017

Estudiante de la escuela profesional de Medicina Humana

FICHA DE VALIDACION POR EXPERTOS

"CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS EN LA PROVINCIA DEL CUSCO - 2025"

IDENTIFICACIÓN DEL EXPERTO:

- APELLIDOS Y NOMBRES:
GONGORA CALVO OMAR
- OCUPACIÓN, GRADO ACADÉMICO Y LUGAR DE TRABAJO:
MEDICO CON ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA - CSAC-CUSCO.
- Fecha: 17-08-25

INSTRUCCIONES

Para la validación del cuestionario se plantearon 10 interrogantes o preguntas, las que serán acompañadas con una escala de estimación que significa lo siguiente:

- 5.- Representará al mayor valor de la escala y deberá ser asignado cuando se aprecia que la interrogante es absuelta por el trabajo de investigación de una manera totalmente suficiente.
- 4.- Representará la estimación de que el trabajo de investigación absuelve en gran medida la interrogante planteada.
- 3.- Significará una absolución de la interrogante en términos intermedios de la interrogante planteada.
- 2.- Representará una absolución escasa de la interrogante planteada.
- 1.- Representarán una ausencia de elementos que absuelven la interrogante planteada.

Marque con un aspa (X) en la escala de valoración que figura a la derecha de cada interrogante según la opinión que le merezca el instrumento de investigación. Se adjuntará un resumen del protocolo de tesis, considerando formulación del problema, objetivo, variable y diseño metodológico. Así como también se adjuntan los cuestionarios.

**HOJA DE PREGUNTAS PARA LA VALIDACIÓN SOBRE LA INVESTIGACION
"CONSUMO DE ALCOHOL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES EN INSTITUCIONES
EDUCATIVAS EN LA PROVINCIA DE CUSCO - 2025"**

1. ¿Considera Ud. que las preguntas del instrumento miden lo que pretenden medir?

1	2	3	4	☒
---	---	---	---	-------------------------------------
2. ¿Considera Ud. que la cantidad de preguntas registradas en esta versión son suficientes para tener comprensión de la materia de estudio?

1	2	3	4	☒
---	---	---	---	-------------------------------------
3. ¿Considera Ud. que las preguntas contenidas en este instrumento son una muestra representativa del universo materia de estudio?

1	2	3	4	☒
---	---	---	---	-------------------------------------
4. ¿Considera Ud. si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendremos también datos similares?

1	2	3	4	☒
---	---	---	---	-------------------------------------
5. ¿Considera Ud. que los conceptos utilizados en este instrumento son todos y cada uno de ellos propios de las variables de estudio?

1	2	3	4	☒
---	---	---	---	-------------------------------------
6. ¿Considera Ud. que todos y cada una de las preguntas contenidos en este instrumento tiene los mismos objetivos?

1	2	3	4	☒
---	---	---	---	-------------------------------------
7. ¿Considera Ud. que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro y sencillo y no da lugar a diversas interpretaciones?

1	2	3	4	☒
---	---	---	---	-------------------------------------
8. ¿Considera Ud. que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien se dirige el instrumento?

1	2	3	4	☒
---	---	---	---	-------------------------------------
9. ¿Estima Ud. que las escalas de medición utilizadas son pertinentes a los objetivos materia de estudio?

1	2	3	4	☒
---	---	---	---	-------------------------------------
10. ¿Qué aspecto habría que modificar o que aspectos tendrían que incrementarse o suprimirse?

AGRADECEMOS ANTICIPADAMENTE SU COLABORACIÓN

**CENTRO DE SALUD MENTAL CUSCO**
REG. CUSCO NORTE

Dr. Omar Góngora Calvo
ESP. MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
C.M.P. 62691 R.N.E. 41868

ANEXO 4. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

VALIDEZ A JUICIO DE EXPERTOS, UTILIZANDO EL MÉTODO

DPP (DISTANCIA DEL PUNTO MEDIO)

Procedimiento

1. Se construirá la tabla adjunta, donde se colocarán los puntajes por ítems y sus respectivos promedios, brindados por los cinco médicos expertos.

Nº ITEM	A	B	C	D	E	PROMEDIO
1	5	5	5	5	5	5.0
2	5	4	5	5	5	4.8
3	5	5	5	5	5	5.0
4	5	4	5	5	5	4.8
5	5	5	5	5	5	5.0
6	5	4	5	5	5	4.8
7	5	5	5	5	5	5.0
8	5	5	5	4	5	4.8
9	5	5	5	5	5	5.0

2. Con los promedios hallados se determinará la distancia del punto medio (DPP) mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(x - y_1)^2 + (x - y_2)^2 + (x - y_3)^2 + \dots + (x - y_9)^2}$$

$$DPP = \sqrt{(0 + 0.04 + 0 + 0.04 + 0 + 0.04 + 0 + 0.04 + 0)}$$

Donde:

X= Valor máximos en la escala.

Y= Promedio de cada ítem.

$$DPP = 0.4$$

Si DPP es igual a cero, significa que el instrumento posee una adecuación total con lo que pretende medir, por consiguiente, puede ser aplicado para obtener información.

Resultado: **DPP= 0.4**

3. Se determinará la distancia máxima (D máx.) del valor obtenido respecto al punto de referencia cero (0), con la ecuación:

$$D \text{ (máx.)} = \sqrt{(x_1 - 1)^2 + (x_2 - 1)^2 + \dots + (x_n - 1)^2}$$

Donde:

X= Valor máximo en la escala concedido para cada ítem

Y=1

D (máx.) = 0.8

4. La D (máx.) se dividirá entre el valor máximo de la escala: Resultado = 0.16.

5. Con ese último valor hallado se construirá una escala valorativa a partir de cero, hasta llegar al valor D máx. dividiéndose en intervalos iguales entre sí denominados de la siguiente manera:

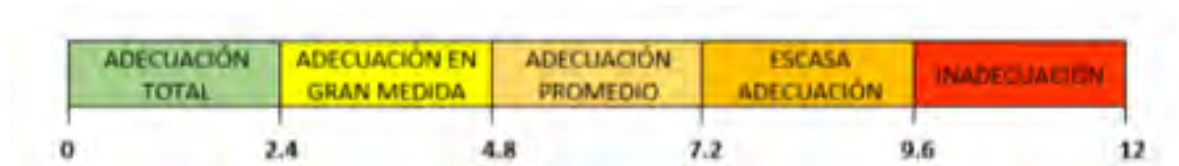
A = adecuación total

B = adecuación en gran medida

C = adecuación promedio

D = escasa adecuación

E = Inadecuación



6. El punto DPP se localizó en las zonas ADECUACIÓN TOTAL.

Conclusión

El valor hallado del DPP en nuestro estudio fue 0.4 encontrándose en la categoría de **ADECUACIÓN TOTAL** lo cual significa la validación del instrumento permitiendo su aplicación.