

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



TESIS:

**Depresión y riesgo de la dependencia al alcohol, en adolescentes
de la Institución Educativa Mariscal Cáceres de Ayacucho 2024**

Para optar el título profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

Bach. Arlet Starli GUIZADO CORDOVA

Bach. Ruth Angela LUJAN NAJARRO

ASESORA:

Dra. Maritza SACCSARA MEZA

AYACUCHO - PERÚ

2024

DEDICATORIA

A mis padres y hermana menor. A mis padres por su apoyo incondicional en mi vida, en toda mi formación profesional, a mi hermana menor por estar a mi lado y brindarme fortaleza para cumplir con mis objetivos. **Arlet**

Primeramente, agradezco a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto, a mis padres por haberme apoyado en todo momento, dándome las fuerzas y ánimos, para llegar a mi objetivo, agradecer a mis docentes por haberme compartido sus conocimientos durante toda esta trayectoria académica. **Angela**

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirnos llegar lejos, gozando de buena salud.

A nuestra Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, cimiento para nuestra formación personal y profesional.

A la Escuela Profesional de Enfermería y a los docentes por ser parte de nuestra formación profesional e inculcarnos valores éticos y humanísticos.

A nuestra asesora Maritza Saccsara por su contribución en el transcurso de la realización del actual trabajo de investigación.

A las autoridades y estudiantes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres por su colaboración y participación durante la recolección de datos.

A las personas de alguna u otra manera fueron participes y apoyaron para la culminación del siguiente estudio.

“DEPRESIÓN Y RIESGO DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL, EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARISCAL CÁCERES DE AYACUCHO 2024”

GUIZADO CORDOVA, Arlet Starli y LUJAN NAJARRO, Ruth Angela

RESUMEN

El Objetivo general fue Determinar la influencia de la depresión, en el riesgo de la dependencia al alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2024. **Materiales y métodos:** El presente estudio es de enfoque cuantitativo, aplicada, no experimental, descriptivo, correlacional, de corte transversal. La población fue 3119 adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres; representado por una muestra no probabilística de 298 adolescentes. La técnica de recolección de datos fue el cuestionario auto informado, como instrumento el inventario de depresión de Beck (BDI-II) y el Test de Audit. Procesado en SPSS. **Resultados:** El 18,5% presentan depresión leve, 21,8% moderada y el 17,8% severa; en cuestión al riesgo de la dependencia al alcohol el 84,9% tienen un consumo de bajo riesgo, 13.1% moderado y el 2.0% riesgo de dependencia. **Conclusión:** Existe una relación significativa entre depresión y riesgo de dependencia al alcohol ($p < 0.05$) en adolescentes de la institución educativa Mariscal Cáceres.

Palabra clave: Depresión y riesgo de la dependencia al alcohol.

“DEPRESSION AND RISK OF ALCOHOL DEPENDENCY, IN ADOLESCENTS AT THE MARISCAL CÁCERES EDUCATIONAL INSTITUTION OF AYACUCHO 2024”

GUIZADO CORDOVA, Arlet Starli and LUJAN NAJARRO, Ruth Angela

SUMMARY

*The general objective was to determine the influence of depression on the risk of alcohol dependence in adolescents at the Mariscal Cáceres Educational Institution, Ayacucho 2024. Materials and methods: The present study has a quantitative, applied, non-experimental, descriptive approach. correlational, cross-sectional. The population was 3119 adolescents from the Mariscal Cáceres Educational Institution; represented by a not probabilistic sample of 298 adolescents. The data collection technique was the self-reported questionnaire, as instruments the Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Audit Test. Processed in SPSS. **Results:** 18.5% present mild depression, 21.8% moderate and 17.8% severe; regarding the risk of alcohol dependence, 84.9% have low-risk consumption, 13.1% moderate and 2.0% have a risk of dependence. **Conclusions:** There is a significant relationship between depression and risk of alcohol dependence ($p < 0.05$) in adolescents from the Mariscal Cáceres educational institution.*

Keywords: *Depression and risk of alcohol dependence*

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	iv
ABSTRAC	v
INTRODUCCIÓN	07
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	12
1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO	12
1.2. BASE TEÓRICA	18
1.3. VARIABLES DE ESTUDIO	32
CAPITULO II: MATERIALES Y MÉTODOS	34
2.1. ENFOQUE DE ESTUDIO	34
2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	34
2.3. TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	34
2.4. AREA DE ESTUDIO	35
2.5. POBLACIÓN	35
2.6. MUESTRA	36
2.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	36
2.8. RECOLECCIÓN DE DATOS	38
2.9. PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS	38
CAPITULO III: RESULTADOS	40
CAPITULO IV: DISCUSIÓN	44
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El propósito del presente estudio tuvo como interés conocer el porcentaje de adolescentes con depresión, asimismo conocer qué porcentaje de la población se ubica en riesgo de la dependencia al consumo de alcohol; estos resultados permitieron a los entes competentes implementar estrategias claves y de esta manera reducir el riesgo que genera el problema.

La depresión es un trastorno psicológico que se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza y la pérdida de interés en actividades que antes resultaban placenteras. Esta condición puede afectar el sueño y el apetito, causar fatiga y dificultad para concentrarse. A nivel mundial, la depresión es una causa significativa de discapacidad y tiene efectos prolongados o recurrentes que pueden limitar la capacidad de una persona para llevar una vida plena. Además, la depresión puede llevar a la dependencia de sustancias como el alcohol, siendo uno de los problemas más graves en la salud mental y la segunda causa de muerte en personas de 15 a 29 años (1).

La Organización Mundial de la Salud advierte que el alcohol es una sustancia psicoactiva con potencial de causar dependencia. Su consumo frecuente puede tener graves repercusiones sociales y económicas (2).

El inicio precoz ya sea con menor o mayor grado de concentración de alcohol predispone al riesgo de dependencia al consumo de alcohol, condición previa para el desarrollo del alcoholismo, constituyéndose en una enfermedad crónica, manifestado por el consumo incontrolado y excesivo del alcohol, generando consecuencias diversas para la persona, su entorno; su manejo y tratamiento es de alta complejidad (3).

Por otro lado, el riesgo es la probabilidad de que el peligro pueda causar daño en la persona, por lo tanto, se considera riesgo de la dependencia al alcohol como aquel en el cual no existen consecuencias actuales relacionadas con el consumo de alcohol, pero sí riesgo futuro de daño psicológico, social y físico (4).

Según la OPS, la depresión es uno de los trastornos más significativos a nivel mundial y representa una de las principales causas de discapacidad. Se estima que una persona se quita la vida cada 40 segundos en el mundo (5).

Según el informe sobre consumo de drogas en las Américas de 2019, más del 50% de los estudiantes de secundaria en países como Argentina, Chile y Colombia han consumido alcohol en el último año. Esto convierte a la adolescencia en un período crítico de riesgo para el inicio de consumo de alcohol (6).

En el Perú, de acuerdo al informe de la secretaría nacional de la juventud (SENAJU) 2021, el 23% de la población joven entre 15 a 29 años se muestra desanimada, deprimida, triste o sin esperanza y el 5.6% tuvo pensamientos de morir o de hacerse daño (7).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en 2022, en Perú, el inicio temprano del consumo de alcohol en estudiantes de secundaria es a los 13 años en promedio. Se encontró que el 92,9% de la población de 15 años o más ha consumido alcohol al menos una vez en su vida, siendo más frecuente en hombres (95,1%) que en mujeres (90,9%), lo que aumenta el riesgo de dependencia. Por regiones naturales,

la Costa tiene el mayor porcentaje de personas con trastorno por consumo de alcohol (4,1%), seguida por la Selva (3,8%) y la Sierra (3,7%) (8).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el año 2020, en la Región de Ayacucho el consumo de alguna bebida alcohólica en mayores de 15 años representa el 88,5%; el consumo en mayor porcentaje se dio en el área urbana (93.0%) que en la rural (83.3%); por otro lado, en los últimos 12 meses el 55.1% de personas de 15 años y más consumieron alcohol en algún momento (9).

En la Región de Ayacucho, en el trabajo de investigación de Canto H. y Porras K. realizado a nivel de estudiantes de 12 a 16 años en el distrito de Acos Vinchos se determinó que el 5.5% del total, presentan depresión leve, mientras el 1.5% presentan depresión severa (10).

Además, Cuesta M. (2022) destacó que la depresión está asociada con comportamientos adictivos, lo que significa que las personas con depresión pueden recurrir al consumo de sustancias como una forma de alivio. En el caso de los adolescentes deprimidos, a menudo recurren al alcohol o las drogas para calmar sus sentimientos dolorosos y hacer frente a sus pensamientos negativos constantes. Aunque al principio esto puede parecer efectivo, con el tiempo el abuso de sustancias agrava la depresión (11).

Este problema se evidenció desde la etapa de la adolescencia, es así que diversas instituciones como la Institución Educativa Mariscal Cáceres, han implementado diversas estrategias para prevenir el consumo de alcohol y otras drogas, como es el desarrollo del área de tutoría y orientación del educando; señalar que el inicio precoz

y el consumo frecuente de bebidas alcohólicas se constituye como un riesgo potencial para desarrollar dependencia.

Esta realidad representó un problema muy álgido en la salud pública que afectó a la población adolescente a nivel de nuestra región Ayacucho, en la cual se observó adolescentes que consumen alcohol, drogas y otras sustancias, que son ocasionadas por diferentes factores relacionados con la depresión, condición de la familia, entre otros; lo cual nos motivó a desarrollar el presente trabajo de investigación.

Enunciado del problema fue ¿La depresión influye en el riesgo de la dependencia al alcohol, en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2024?

El objetivo general del presente estudio fue determinar la influencia de la depresión, en el riesgo de la dependencia al alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2024. Los objetivos específicos fueron:

- a. Identificar el nivel de depresión en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2024.
- b. Identificar el nivel de riesgo de la dependencia al alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2024.
- c. Identificar la magnitud de correlación entre la depresión y el riesgo de la dependencia al alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2024.

La hipótesis de investigación formulada fue: **Hi:** La depresión influye al riesgo de la dependencia al alcohol, en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2024 y La hipótesis nula fue: **Ho:** La depresión no influye al riesgo de la dependencia al alcohol, en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2024.

La metodología empleada para la presente investigación fue: Enfoque cuantitativo, no experimental, nivel descriptivo correlacional, de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 3119 adolescentes de cursan estudios en el nivel secundario de la institución educativa Mariscal Cáceres y la muestra fue de tipo no probabilístico, de carácter intencionado, conformado por 298 adolescentes de los diferentes grados y secciones. El instrumento utilizado fue el inventario de depresión de Beck (BDI-II) y Test de Audit, con la validez y confiabilidad respectiva; para el procesamiento de datos se utilizó la herramienta estadística de SPSS versión 25. Resultados: Del 100.0% de adolescentes, de la I.E. Mariscal Cáceres el 41,9% no presentan depresión, de ellos el 38,9% tiene un bajo riesgo de consumo de alcohol, el 2,7% consumo de riesgo moderado y el 0,3% presenta riesgo de la dependencia alcohólica; por otro lado el 18,5% un nivel de depresión leve, de ellos, el 17,4% un bajo riesgo de consumo de alcohol, 1.0% un riesgo moderado; por siguiente el 21,8% presenta un nivel de depresión moderada, de ellos, el 18,5% tiene un bajo riesgo de consumo de alcohol, el 2,7% consumo de riesgo moderado y el 0.7% un riesgo de dependencia al alcohol; finalmente el 17,8% de adolescentes tienen un nivel de depresión severa, de ellos, el 13,1% presenta un bajo riesgo de consumo de alcohol, el 3,7% un riesgo moderado y el 1,0% presenta riesgo de dependencia alcohólica. En conclusión, se evidencia una correlación positiva media y un nivel de significancia entre depresión y riesgo de dependencia al alcohol (Ro de Spearman: 0.262, $p < 0.05$).

Los componentes del presente informe son: Introducción, Capítulo I: Marco teórico, Capítulo II: Materiales y métodos, Capítulo III: Resultados, Capítulo IV: discusiones, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos correspondientes.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

1.1.1. Antecedentes a nivel Internacional

Ramírez M, el 2023 en Quito realizó un estudio cuyo **Objetivo:** “Analizar la relación entre la depresión y el consumo de alcohol en adolescentes del centro – norte de la ciudad de Quito”. **Metodología:** Corresponde a un estudio cuantitativo, de alcance de tipo correlacional y transversal, la muestra fue 120 estudiantes. Se utilizaron dos instrumentos de investigación, Inventario de Depresión de Beck-Segunda Versión (BDII) y el Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT). **Resultados:** En el nivel de depresión de la muestra se evidencia que el 66,7% no presenta depresión, el 15,0% presenta un nivel de depresión leve, el 10,0% depresión moderada y el 8,3% depresión severa. En el nivel de riesgo de dependencia al alcohol la mayoría presentan riesgo bajo (78.4%), riesgo medio (17,5%) y riesgo de dependencia al alcohol (4,1%). **Conclusión:** existe una correlación positiva media entre la depresión y el consumo de alcohol (12).

Villao MG, el 2021 en Ecuador realizó un estudio cuyo **Objetivo:** “Determinar los factores psicosociales y su influencia en el consumo de drogas y alcohol en adolescentes del barrio Santa María Palmar 2021”. **Metodología:** Corresponde a un estudio transversal, descriptivo. La muestra fue 73 adolescentes, para la obtención de los datos se utilizó la encuesta de uso de drogas (CONSEP) y el cuestionario de tamizaje en adolescentes (POSIT). **Resultados:** el 63% de los adolescentes tiene entre 17 a 19 años, el alcohol es la sustancia más consumida con un 78,1%, seguidamente de la marihuana en un 53,4%; se comprobó que el adolescente que consume drogas en un 72,6% presenta emociones tales como nerviosismo, el 53,4% presenta depresión. **Conclusión:** se determinó que los factores psicosociales influyen en el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes (13).

Higareda JJ., et al., el 2021 en México realizaron un estudio cuyo **Objetivo:** “Relacionar la ansiedad y depresión con el consumo de alcohol y drogas en una población no clínica de adolescentes escolares de México”. **Metodología:** Corresponde a un estudio descriptivo, de corte transversal. La muestra fue 906 adolescentes de educación básica. **Resultados:** La edad de inicio del consumo fue 11.4 años; se evidencian relaciones estadísticamente bajas entre los rasgos de ansiedad y depresión con el consumo de alcohol y drogas. **Conclusión:** se evidencia una correlación positiva media entre el consumo de alcohol y drogas con los niveles de depresión y ansiedad leve (14).

Valarezo OF, Erazo RF, Muñoz ZM, et al el 2021 en Ecuador realizaron un estudio cuyo **Objetivo:** “Determinar si la depresión se asocia al consumo de alcohol y tabaco”. **Metodología:** responde a un diseño descriptivo, de corte transversal. La muestra fue 663 adolescentes, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico; para recabar la información se aplicó tres instrumentos psicométricos.

Resultados: Se identificó una asociación estadística entre el riesgo asociado al consumo de alcohol y tabaco con sintomatología de depresión. **Conclusión:** existe una correlación positiva media con una puntuación de 0,18 (15).

Momeñe J. et al., el 2021 en Ecuador realizaron un estudio cuyo **Objetivo:** “Analizar la relación de la depresión, sobre el consumo de sustancias en adolescentes”.

Metodología: Corresponde a un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La muestra fue 1533 adolescentes escolarizados, entre los 13 y los 22 años. **Resultados:** se evidencia una relación positiva entre el consumo de sustancias y la depresión. Del mismo modo, las personas consumidoras de sustancias, expresan relaciones positivas con las dificultades de regulación emocional (16).

En un estudio realizado por Narváez JR en 2020 en Quito, cuyo **Objetivo:** relación entre la depresión y el consumo de alcohol en adolescentes. **Metodología:** El estudio fue cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, con una muestra de 147 estudiantes de bachillerato del Colegio Nacional Técnico Puéllaro. Se utilizaron el Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso de Alcohol (AUDIT) y la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung para la recolección de datos. **Resultados:** el 35,4% de los participantes no presentan depresión, el 32,7% presentaba depresión leve, el 21,8% tenía depresión moderada, y el 10,2% tenía depresión severa. En cuanto al consumo de alcohol, el 16% estaba en riesgo leve, el 5% en riesgo moderado, y el 18% en riesgo alto. **Conclusión:** existe una correlación positiva media entre la depresión y el consumo de alcohol (17).

Vega JL, Alvarado T, el 2019 en México realizaron un estudio cuyo **Objetivo:** “Identificar los factores psicosociales que intervienen en el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Ciudad de México”. **Metodología:** corresponde a un diseño de casos y controles, la muestra

fue 66 adolescentes. Se utilizó el test de Posit breve para identificar riesgo de consumo de sustancias y la escala de Hamilton para identificar la depresión. **Resultados:** El alcohol fue la sustancia más consumida con 97%, seguida de la marihuana con 18.2%; se encontró que los pacientes con depresión, presentaron mayor riesgo para el consumo de marihuana, y menor riesgo para el consumo de alcohol. **En conclusión,** la depresión es un factor que influye en el consumo de sustancias psicoactivas (18).

1.1.2. Antecedentes a nivel Nacional

Maldonado G, el 2022 en Pucallpa realizó un estudio cuyo **Objetivo:** “Establecer la asociación que existe entre depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes del nivel secundario de una Institución Educativa Pública”. **Metodología:** Corresponde a un diseño descriptivo, correlacional de corte transversal; la muestra fue 255 estudiantes de secundaria, para la recolección de datos se empleó el EDAR-2 adaptada por Pascual y Rodríguez (2022) y el DUSI adaptado por Pérez y Valera (2021). **Resultados:** el 24.7% presenta depresión, el 14.1% y 42.7% presentaron niveles de riesgo alto y moderado al consumo de sustancias psicoactivas. **Conclusión,** se evidencia asociación entre la depresión y el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes (19).

Villarreal MP, el 2022 en Piura realizó un estudio cuyo **Objetivo:** “Determinar la relación entre la depresión y el consumo de alcohol, en adolescentes de la IE Mariscal Ramón Castilla – Piura”. **Metodología:** empleada responde a un diseño explicativo, de corte transversal; para la obtención de la información se utilizó la encuesta, aplicadas vía virtual. La muestra fue 249 estudiantes de secundaria. **Resultados:** El 82.32% se encontró dentro del grupo de riesgo bajo, el 13.25% posee un riesgo moderado y un 4.41% presentó riesgo de dependencia al alcohol. Un 39.35% presenta depresión leve, el 14.45% padece de depresión moderada y un 3.21% presenta depresión severa.

Conclusión: El consumo de alcohol está asociado a depresión severa en adolescentes (20).

Aguilar YG, Sillo L, el 2022 en Juliaca realizaron un estudio cuyo **Objetivo:** “Determinar la relación entre el consumo de alcohol y depresión en estudiantes de Juliaca”.

Metodología: Corresponde a un estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, correlacional, de corte transversal. La técnica de recolección de datos es el Test AUDIT, y el Inventario de Depresión de Beck-II. La muestra fueron 98 estudiantes, 43 de sexo femenino y 55 de sexo masculino. **Resultados:** El 73.5% presentan un consumo de alcohol en riesgo, y que el 32.7% presenta síntomas de dependencia, el 26.5% tiene un consumo perjudicial del alcohol. Respecto a la depresión el 37.8% no presenta depresión, 36.7 % depresión leve, 21.4% con una depresión moderada y con 4.1% una depresión grave. **Conclusión:** Existe relación entre el consumo de alcohol y la depresión en estudiantes (21).

López DF, el 2019 en Lima realizó un estudio cuyo **Objetivo:** “Determinar la relación entre la depresión y el consumo de alcohol en los adolescentes de la IE Parroquial Santa Rosa de Lima-Huacho”. **Metodología:** Corresponde a un estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal. Los elementos de estudio se obtuvieron mediante un muestreo probabilístico estratificado, representado por 142 adolescentes, para la recolección de datos se aplicó un cuestionario. **Resultados:** El 40.8% tiene depresión leve, el 38.7% depresión moderada, el 19% depresión severa y el 1.4% no presenta depresión, en cuanto a los factores se halló en la dimensión factor individual el 54.2% tiene un consumo medio, en la dimensión familiar el 55.6% tiene un consumo medio, en la dimensión social el 44.4% tiene consumo medio, en la dimensión escolar el 47.2% tiene un consumo medio y en la dimensión medios de comunicación el 62% tiene un consumo medio. **Conclusión:** Existe relación entre la depresión y el consumo de alcohol en la IE Santa Rosa de Lima – Huacho (22).

1.1.3. Antecedentes a nivel Regional

Lahuana RR, el 2023 en Ayacucho desarrolló un estudio cuyo **Objetivo:** “Definir la relación que existe entre autoestima y dependencia alcohólica en adolescentes de 4to y 5to grado de secundaria de la institución educativa pública Mariscal Cáceres de Ayacucho - 2022”. **Metodología:** corresponde a un estudio de tipo cuantitativo, nivel correlacional, diseño no experimental de corte transversal, la muestra fue 100 estudiantes adolescentes, se utilizó los instrumentos Inventario de Autoestima de Rosenberg (EAR) y Cuestionario de Consumo de Alcohol – AUDIT. **Resultados:** el 78.0% posee un nivel moderado de autoestima, el 15.0% posee el nivel elevado de autoestima y el 7.0% poseen un nivel mínimo de autoestima; mientras que en su otra variable dimensiones de dependencia alcohólica evaluada por niveles refieren que el 26.0% presentan un riesgo en el consumo de alcohol, el 57.0% riesgo en la dependencia del alcohol y el 17.0% un consumo perjudicial. **Conclusión:** el 55.0% de evaluados presentan un nivel moderado en autoestima y nivel medio en riesgo de la dependencia al alcohol (23).

Morales NF, Quije GA, el 2020 en Ayacucho realizaron un estudio que tuvo como **Objetivo:** “Determinar la relación entre la depresión y el consumo de alcohol de los estudiantes de la Institución Educativa Parroquial San Antonio de Huamanga”. **Metodología:** Corresponde a un estudio descriptivo, correlacional, de corte transversal; la muestra fue 140 estudiantes; para recabar los datos se utilizaron dos instrumentos, la escala de depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) y el cuestionario prevención y consumo de drogas. **Resultados:** El 55% de los estudiantes presentan un riesgo bajo de dependencia al alcohol, el 74% presentan un nivel bajo de depresión, 55.7% presentan un nivel bajo en la dimensión afectiva, de los estudiantes que presentan un nivel bajo de consumo de alcohol, el 40.7% presenta un nivel bajo de

depresión. **Conclusión:** existe relación positiva entre la depresión y el consumo de alcohol (24).

González AY, el 2020 en Ayacucho realizó un estudio cuyo **Objetivo:** “Determinar la relación entre la autoestima y consumo de alcohol en estudiantes de secundaria de una Institución Educativa, Ayacucho, 2020”. **Metodología:** corresponde a un estudio de tipo cuantitativo, observacional, prospectivo, transversal, correlacional y diseño experimental. La muestra fue 100 adolescentes en el rango de 12 a 16 años, ambos sexos; obtenido por un muestreo no probabilístico estratificado. Se aplicó dos instrumentos que fueron: el Test de Identificación de Desórdenes en el Uso del Alcohol (AUDIT) y el Test de Autoestima de Rosenberg. **Resultados:** mostraron que el 60% de adolescentes tenían la autoestima baja y el 80% consumen alcohol de manera alta, **Conclusión:** sí existe una relación entre la autoestima y el consumo de alcohol en los adolescentes, indicando que a menor autoestima mayor es el consumo de alcohol (25).

1.2. BASE TEÓRICA

1.2.1. Depresión

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es un trastorno mental común que se caracteriza por la persistente sensación de tristeza y la pérdida de interés en actividades que normalmente resultan placenteras, junto con una incapacidad para llevar a cabo las tareas cotidianas durante al menos 14 días. Además, se observan síntomas como la disminución de energía, cambios en el apetito, alteraciones en el patrón de sueño, ansiedad, dificultad para concentrarse, indecisión, inquietud, sentimientos de inutilidad, culpa o desesperanza, y pensamientos de autolesión o suicidio (26).

De acuerdo con el Ministerio de Salud del Perú, la depresión es un trastorno mental principalmente caracterizado por un estado de ánimo depresivo, la pérdida de interés

y disfrute en las cosas (anhedonia), así como fatiga o cansancio, lo cual afecta negativamente la calidad de vida y genera dificultades en el entorno (27).

A) Teorías

a.1) Teorías biológicas

La depresión implica una alteración en la regulación de varios sistemas neuroconductuales, como la noradrenalina, dopamina, serotonina y acetilcolina. Esta alteración afecta la conducta facilitadora e inhibitoria, la respuesta al estrés, los ritmos biológicos y el procesamiento ejecutivo cortical. El déficit en estos sistemas puede tener origen genético o ser adquirido (28).

a.2) Teorías conductuales

El modelo conductual sugiere que la depresión es principalmente el resultado de aprender patrones negativos de interacción con el entorno, como relaciones sociales difíciles o falta de refuerzo positivo. Estas interacciones influyen en las cogniciones, emociones y comportamientos de una persona, y estas relaciones se consideran mutuamente influyentes. Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar patrones poco saludables de comportamiento, pensamiento y emoción (28).

a.3) Teorías cognitivas

La teoría cognitiva postula que existen cuatro componentes cognitivos fundamentales que explican la depresión: la tríada cognitiva, compuesta por una percepción negativa de uno mismo, del entorno y del futuro; los pensamientos automáticos negativos; distorsiones en la percepción y procesamiento de la información; y disfunciones en los esquemas (28).

B) Factores de riesgo de la depresión

Existen una serie de condiciones que predisponen el desarrollo de la depresión, entre ellos se menciona:

b.1) Estilos de vida: La ausencia de estabilidad emocional o afectiva puede ser un desencadenante de la depresión durante la infancia o la adolescencia. La inestabilidad emocional de los padres, en particular de la madre, es un factor crucial para la depresión en los niños, al igual que las familias con conflictos y discusiones frecuentes, así como las familias separadas (27).

b.2) Factores hereditarios: Cuando hay antecedentes familiares de depresión, aumenta la probabilidad de desarrollar depresión clínica, lo que sugiere una predisposición biológica. Asimismo, las personas con trastorno bipolar tienen un riesgo ligeramente mayor (27).

b.3) Edad: Existe mayor incidencia de sintomatología depresiva en adultos jóvenes entre los 18-44 años (29).

b.4) Factores sociales: La depresión se desarrolla fundamentalmente en personas con antecedentes de privación psico-sensorial, antecedentes de abusos, explotaciones extremas, que a menudo se dan durante la infancia en situaciones de desestructuración social o familiar (29).

b.5) Medio ambiente: En ciertas culturas, la tristeza puede manifestarse a través de malestares físicos en lugar de emociones como tristeza o culpa. Esto puede estar relacionado con el entorno físico, social y económico, como las condiciones laborales, el ambiente de trabajo o la pérdida del empleo, entre otros. Los síntomas principales incluyen quejas somáticas como dolor de estómago o de cabeza, irritabilidad, aislamiento social, disminución en la actividad motora y aumento del sueño (30).

C) Cuadro Clínico - Entre ellos se encuentra:

- Tristeza patológica: Se distingue de la tristeza común como un estado de ánimo muy profundo en el que el paciente siente que ha perdido la capacidad de disfrutar la vida.
- Desgano y anhedonia: La persona se vuelve apática, sin motivación y nada le produce placer.
- Ansiedad: Suele acompañar a la depresión; si la ansiedad es predominante, se considera una depresión ansiosa. Por otro lado, si prevalece la inhibición, se trata de una depresión inhibida cuyos síntomas incluyen mal humor, irritabilidad y agresividad.
- Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño, despertares tempranos y mal humor al despertar. En algunos casos, puede presentarse hipersomnia.
- Alteraciones del pensamiento: Pensamientos derrotistas, fuertes sentimientos de culpa y obsesiones. El pensamiento se vuelve lento y monótono, la memoria se ve afectada y la distracción es frecuente.
- Alteraciones somáticas: Dolores crónicos o intermitentes, estreñimiento, sudoración nocturna, fatiga persistente.
- Alteraciones del comportamiento: Puede oscilar entre quietud extrema y crisis de angustia violentas o ataques de llanto repentinos por motivos triviales.
- Dificultad para tomar decisiones y disminución del rendimiento laboral.
- Modificaciones del apetito y del peso: Pérdida de apetito y consecuentemente pérdida de peso.
- Pérdida del placer: Disminución del disfrute en actividades cotidianas como el trabajo, deporte o juegos. Problemas sexuales como impotencia o frigidez.
- Culpa excesiva: Carga emocional desproporcionada por una culpa inexistente que puede llevar a delirios.

- Pensamiento suicida: Preocupación excesiva por la muerte y pensamientos autodestructivos.
- Disminución de la energía: Fatiga injustificada con variaciones a lo largo del día, a menudo más intensa por la mañana.
- En niños y adolescentes: Expresan sus emociones a través del comportamiento debido a dificultades para comunicarse verbalmente. Caracterizado por tristeza, retraimiento o irritabilidad junto con otros síntomas como cambios en el apetito, falta de energía, hiperactividad o retraimiento, falta de interés en actividades usuales, autocrítica constante, dificultades de concentración y pensamientos recurrentes sobre la muerte y el suicidio (27).

D) Niveles de Depresión

Los niveles de depresión son los siguientes:

- **Depresión leve:** La persona se sentirá deprimida y tendrá otros dos o tres síntomas, incluyendo fatiga, alteraciones del sueño, apetito y dificultad para prestar atención y concentración. Sin embargo, no afectará su vida diaria (31).
- **Depresión moderada:** Disminución significativa del estado de ánimo, acompañada de aumento del llanto, fatiga, malestar físico, alteraciones del sueño y alteraciones del apetito. Pensamientos como “no vales nada”, “todo va mal”, aislamiento familiar y social. También pueden estar asociadas a la ansiedad y tensión. Se diferencia de la depresión leve porque afecta las actividades de la vida diaria (31).
- **Depresión severa:** En la depresión grave muestra llanto, tristeza, sentimientos de aislamiento, insomnio, pérdida de apetito e interés en todas las actividades. Piensan que no pueden hacer nada, que no valen nada y que no deberían seguir viviendo sólo porque afecta a los demás. Entonces empiezan a planificar cómo

poner fin a su vida. Se diferencia de la depresión moderada porque todas las actividades de la vida diaria están completamente afectadas (31).

E) Tipos de depresión

Según el Ministerio de Salud, hay varios tipos de trastornos depresivos. Los más frecuentes son: la depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar:

- **Depresión severa:** Se caracteriza por una combinación de síntomas que afectan la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Puede ocurrir un episodio muy incapacitante una sola vez en la vida, pero normalmente sucede varias veces a lo largo de la vida (32)
- **Depresión pura o simple:** Su característica definitoria es la ausencia de elementos psicológicos que podrían suponer uno de los otros tipos de depresión que se han definido (33).
- **Distimia:** Es una forma de depresión menos severa que involucra síntomas crónicos a largo plazo, como la presencia intermitente de sentimientos de tristeza, cansancio o falta de motivación, los cuales por lo general no llegan a incapacitar, pero sí afectan el funcionamiento y el bienestar de la persona (32).
- **El trastorno bipolar:** También se le llama enfermedad maníaco depresiva, se caracteriza por variaciones cíclicas en el estado de ánimo: períodos de gran exaltación o euforia alternados con fases de ánimo bajo. Estos cambios de humor pueden ser drásticos y repentinos, aunque en general tienden a ser gradualmente progresivos (32).

F) Formas de diagnóstico

Las pautas para el diagnóstico de la depresión según la Clasificación Internacional de Enfermedades - Décima Versión de la OMS (CIE-10) son las siguientes.

Síntomas del episodio depresivo: Incluyen un estado de ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar de las cosas (anhedonia), disminución de la energía

en comparación con el nivel de actividad habitual y fatiga excesiva, falta de confianza en uno mismo y sentimientos de inferioridad, pensamientos de culpa y de inutilidad, trastornos del sueño (insomnio o hipersomnias), cambios en el apetito, así como pensamientos y comportamientos suicidas (30).

Para el diagnóstico del episodio depresivo se requiere que los síntomas persistan durante al menos dos semanas. En el caso del reconocimiento y diagnóstico de la depresión en niños y adolescentes, al menos cinco de los siguientes síntomas deben estar presentes, y deben interferir con la vida diaria durante un período mínimo de dos semanas (30).

- Estado de ánimo irritable o de mal humor, preocupación.
- Desinterés en actividades deportivas, o de la vida cotidiana.
- Dificultad para ganar peso, problemas de alimentación como anorexia o bulimia, quejas frecuentes sobre dolores físicos como dolor de cabeza o de estómago.
- Pasar mucho tiempo viendo televisión por la noche, resistencia a levantarse para ir a la escuela por la mañana.
- Expresar deseos de escapar de casa o intentar hacerlo.
- Sensación persistente de aburrimiento.
- Comportamiento contrario y/o negativo.
- Bajo rendimiento académico.
- Pensamientos o acciones suicidas recurrentes.

G) Dimensiones de la depresión

Las dimensiones de la depresión tienen como objetivo medir la severidad de la sintomatología a través de 21 ítems agrupados en dos dimensiones denominadas somático-motivacional y cognitivo-afectivo (34).

Dimensión Somático – Motivacional Según Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown (1996), la dimensión somático-motivacional se refiere a la presencia de síntomas como malestares físicos, especialmente relacionados con el sueño y el apetito. También se caracteriza por una falta de motivación para participar en actividades, el deseo de escapar de situaciones que causan frustración y malestar, lo que lleva a una disminución en la actividad. Los síntomas principales de esta dimensión incluyen agitación, indecisión, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, dificultad para concentrarse, cansancio o fatiga, y pérdida de interés en el sexo (34).

Dimensión Cognitivo – Afectivo Según Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown (1996), la dimensión cognitivo-afectiva se refiere a las dificultades en el procesamiento de la información, lo que resulta en distorsiones del pensamiento y dificultades de concentración. Esto puede llevar a sentimientos de tristeza, irritabilidad y malestar, junto con sentimientos de pesimismo, culpa, fracaso e insatisfacción con uno mismo. Los síntomas prominentes de esta dimensión, según los coeficientes de regresión estandarizados, incluyen tristeza, pesimismo, sentimientos de fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, insatisfacción con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, pérdida de interés, desvalorización y cambios en el apetito (34).

H) Efectos

La depresión tiene como consecuencia malestar, dolores de cabeza o problemas estomacales que no se mejoran con tratamiento, dificultad para concentrarse, recordar detalles o tomar decisiones. Pérdida de interés o placer por la mayoría de las actividades habituales o todas, como las relaciones sexuales, los pasatiempos o los deportes. El 15% de los deprimidos intenta el suicidio (35).

I) Tratamiento

- Fase aguda: En la fase aguda del tratamiento, que se considera hasta la disminución o desaparición de los síntomas (generalmente de 8 a 12 semanas), se recomienda comenzar con dosis bajas para minimizar los efectos adversos y luego aumentarlas gradualmente. Para niños mayores de 8 años, se sugiere iniciar con Fluoxetina de 10-20 mg/día, mientras que para mayores de 12 años se recomienda Escitalopram de 10 a 20 mg/día. Otra opción terapéutica podría ser Sertralina de 50 a 200 mg/día (30).
- Fase de Continuación: Tiene una duración de 6 meses, el objetivo es prevenir recaídas. Se sabe que más de un tercio de los pacientes con depresión mayor sufren recaídas en el primer año después de la remisión inicial, y la mayoría de estas recaídas ocurren en los primeros 4 meses. Durante esta fase, se recomienda continuar utilizando la misma dosis del antidepresivo que se utilizó en la fase aguda (30).
- Fase de Mantenimiento: El objetivo principal es prevenir la recurrencia de la depresión. Se consideran candidatos para este tratamiento aquellos pacientes que han experimentado 3 o más episodios de depresión mayor en los últimos 5 años, o más de 5 episodios en toda su vida (30).

1.2.2. Riesgo de la dependencia al alcohol

A) Definición de riesgo:

La proximidad o la posibilidad de que suceda un daño o perjuicio y sus posibles consecuencias se denominan riesgos. Este daño puede afectar a una persona o grupo y se debe a un evento o acción. Los peligros ocurren en ámbitos domésticos, laborales, sociales y públicos, entre otros. (36).

B) Definición de riesgo de la dependencia al alcohol:

Por lo tanto, en el caso de la dependencia al alcohol, se habla de riesgo cuando no hay consecuencias actuales del consumo de alcohol, pero existe la posibilidad de daño psicológico, social y físico en el futuro (4).

El inicio temprano del consumo de alcohol, el consumo frecuente y el entorno social en el que se encuentra una persona, entre otros factores, aumentan el riesgo de desarrollar dependencia al alcohol, que es un paso previo al desarrollo del alcoholismo. El alcoholismo es una enfermedad crónica que se caracteriza por un consumo descontrolado y excesivo de alcohol, lo que provoca un desequilibrio neuronal que afecta significativamente la conducta, como se manifiesta en cambios en la transmisión neuronal (3).

Las bebidas alcohólicas son sustancias psicoactivas, naturales o sintéticas, que afectan el sistema nervioso y provocan cambios en las funciones que controlan el pensamiento, las emociones y el comportamiento. Estas sustancias están reguladas y controladas según su uso: recreativo (como el alcohol y el tabaco), farmacológico (como los tranquilizantes y los analgésicos opiáceos) o de uso general (como los solventes industriales). Algunas sustancias, como la cocaína y sus derivados, son consideradas ilícitas y solo se autoriza su uso para fines médicos o de investigación (37).

El alcohol es la droga más consumida a nivel mundial. Se cree que los humanos han estado consumiendo alguna forma de bebida alcohólica desde los albores de la humanidad. Lo que comenzó como una práctica vinculada a actividades religiosas, evolucionó hacia un consumo colectivo (38). Desde entonces, el alcohol ha sido objeto de investigación debido a sus efectos en el sistema dopaminérgico, relacionado con el placer, y en el sistema glutamatérgico, relacionado con la pérdida de control sobre el consumo (3).

El consumo periódico de bebidas alcohólicas conlleva al riesgo de dependencia al consumo de alcohol, sustancias psicoactivas constituido por compuestos químicos, que introducidos en el organismo por cualquier vía y luego pasar al torrente sanguíneo, son capaces de modificar una o más funciones del sistema nervioso central. Además, según el tipo de sustancia es susceptible de originar dependencia psicológica, física o ambas alterando gravemente el funcionamiento total de la persona (39).

Existen dos grupos principales de consumidores de alcohol: aquellos que lo hacen de manera responsable, siguiendo las normas sociales, y aquellos que, desafortunadamente, pierden el control y se vuelven consumidores irresponsables (45).

El alcohol etílico (etanol) es perjudicial para la mayoría de los tejidos del cuerpo. Su consumo excesivo y prolongado no solo está asociado con el desarrollo de la dependencia al alcohol, sino también con diversas enfermedades inflamatorias y degenerativas (3).

El alcoholismo se define por un consumo excesivo y prolongado de alcohol que lleva a una dependencia. Esta enfermedad crónica surge a raíz de un consumo descontrolado de bebidas alcohólicas, lo cual afecta negativamente la salud física, mental, social y familiar, así como las obligaciones laborales. La dificultad para controlar el consumo de alcohol es el síntoma principal del alcoholismo y está vinculado con el mal funcionamiento de varios sistemas de neurotransmisión, incluyendo los sistemas glutamatérgicos, Gabaérgico, dopaminérgico y opioide (3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), plantea que “el alcoholismo es un trastorno conductual crónico manifestado por repetidas ingestas de alcohol, excesivas respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad, que interfieren en la salud y en las funciones económicas y sociales del bebedor” (40).

El consumo prolongado de alcohol puede provocar cambios tanto físicos (como deficiencias vitamínicas, hipertensión arterial y cirrosis hepática) como psicológicos (como afectación de los procesos cognitivos, depresión y ansiedad). Cuando alguien

que sufre de adicción al alcohol deja de consumirlo, puede experimentar síntomas de abstinencia alcohólica (41).

C) Factores de riesgo de la dependencia al alcohol

Los factores de riesgo son condiciones que predisponen al riesgo de dependencia del alcohol, los más importantes son:

c.1) Medio Ambiente: Este fenómeno se caracteriza por la disponibilidad libre de sustancias psicoactivas legales, como el alcohol y el tabaco, y la promoción y publicidad de su consumo a través de los medios de comunicación. En cuanto a las sustancias psicoactivas ilegales, la organización de su producción y comercialización ha generado un fenómeno que afecta ampliamente diferentes aspectos de la sociedad, incluyendo la producción, el tráfico y el consumo de estas sustancias (42).

c.2) Estilos de vida: Nuestra cultura ha promovido el consumo de alcohol y tabaco como formas de obtener placer, fomentando su uso en actividades recreativas y situaciones agradables, incluso entre personas cada vez más jóvenes. Asimismo, se observa una aceptación social creciente del consumo de drogas ilegales, manifestada en el inicio temprano de su consumo y el aumento de problemas de salud relacionados con esto (42).

c.3) Factores hereditarios: Varios autores han mencionado la predisposición genética hereditaria a desarrollar la enfermedad alcohólica, con una incidencia mayor en hombres. Es especialmente importante considerar los efectos en los recién nacidos de madres que consumen sustancias psicoactivas, como el síndrome de abstinencia neonatal en casos de madres alcohólicas, así como informes de peso y talla en los hijos de estas madres, junto con trastornos de conducta durante la niñez e infancia (42).

D) Cuadro clínico:

d.1) La intoxicación aguda: se refiere a un estado temporal que ocurre después de la ingestión o asimilación de sustancias psicoactivas o alcohol, y que provoca alteraciones

en el nivel de conciencia, cognición, percepción, estado afectivo, comportamiento y otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas. Generalmente, la intoxicación aguda está estrechamente relacionada con la dosis de la sustancia, y la recuperación suele ser completa a menos que el tejido cerebral esté dañado o surja alguna otra complicación. Los efectos de ciertas sustancias como el cannabis y los alucinógenos son particularmente impredecibles (42).

d.2) Síndrome de dependencia: Se refiere a un conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas en las que el consumo de una droga, o de un tipo específico de drogas, se convierte en la máxima prioridad para el individuo, incluso por encima de cualquier otro comportamiento que en el pasado haya tenido un valor más alto (42).

En un estudio realizado en un hospital psiquiátrico de La Habana se identificaron ciertas características clínicas de pacientes con dependencia alcohólica: La edad de inicio del consumo varió entre los 14 y los 35 años, con una edad promedio de 23.0 años. El 53% (9/17) de los pacientes experimentaban una necesidad subjetiva de consumir alcohol, manifestando signos de irritabilidad, inquietud, cambios de humor y preocupación por su situación. El 70.6% presentaban signos leves de incapacidad para mantener la abstinencia del consumo de alcohol, ya que habían utilizado varios métodos con éxito durante un mes o más. El 64.7% mostraban signos marcados de alteraciones en la capacidad para detener el consumo una vez iniciado. Todos los pacientes reportaron niveles elevados de tolerancia, y el 94.1% continuaban consumiendo alcohol a pesar del daño físico y mental. Se observó que no existía un déficit cognitivo severo que impidiera la realización de pruebas neuropsicológicas (43).

d.3) El síndrome de abstinencia: Se refiere a un conjunto de síntomas y signos que surgen como resultado de la interrupción del consumo prolongado de una sustancia. En este caso, el consumo de la sustancia ya no produce los efectos supuestamente gratificantes, sino que más bien alivia los efectos desagradables de su ausencia (42).

El síndrome de abstinencia alcohólica es la manifestación clínica resultante de la interrupción repentina o disminución del consumo de alcohol en un paciente que ha desarrollado dependencia física a esta sustancia. Por lo general, se manifiesta tras 6-24 horas de abstinencia involuntaria, debido a enfermedades o lesiones, o voluntaria, como resultado de una abstinencia forzada durante un proceso de desintoxicación programada (3).

E) Adicción al consumo de alcohol: La adicción a la dependencia a sustancias psicoactivas es el consumo frecuente de estupefacientes, que modifican el cerebro y su estructura provocando conductas peligrosas. La adicción a menudo implica no solo la necesidad compulsiva de consumir la droga, sino también una amplia gama de comportamientos disfuncionales que pueden interferir con el funcionamiento normal en el ámbito familiar, laboral y comunitario. Esto puede poner a la persona en alto riesgo de contraer otras enfermedades. Estas enfermedades pueden ser el resultado de ciertos comportamientos, como hábitos perjudiciales para el estilo de vida o la salud, que suelen acompañar la vida de una persona adicta, o por los efectos tóxicos de las propias drogas (39).

La adicción es una enfermedad crónica, se basa en la búsqueda del alivio a través del consumo o uso de sustancias. El surgimiento de este comportamiento implica para la persona adicta la imposibilidad de controlarlo, la resistencia al deseo de consumir, la falta de conciencia sobre los problemas derivados de la adicción y en las relaciones interpersonales, junto con una respuesta emocional disfuncional. Todo esto genera problemas que afectan negativamente su calidad de vida (44).

F) Tipos de bebidas alcohólicas

Son bebidas que contienen etanol en su composición; se pueden clasificar en dos tipos:

- Aquellas producidas por fermentación alcohólica, como el vino, la cerveza, la sidra, el hidromiel y el sake, las cuales normalmente no superan los 15 grados de alcohol (45).

- Aquellas obtenidas por destilación, como los licores y aguardientes (como el brandy, el whisky, el tequila, el ron, el vodka, el pisco y la ginebra, entre otros).

La cantidad de alcohol en estas bebidas se mide por su grado alcohólico; a mayor grado, mayor será su efecto en el organismo. El etanol contenido en estas bebidas es considerado una droga legal en la mayoría de países del mundo (45).

1.3. VARIABLES DE ESTUDIO:

1.3.1. Identificación de variables:

a. Variable independiente: Depresión

b. Variable dependiente: Riesgo de la dependencia al alcohol.

1.3.2. Operacionalización de variables

Variables	Dimensión Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición
VI: Depresión	La depresión se caracteriza por un descenso en el estado de ánimo, durante el cual la persona tiende a distorsionar su percepción de sí misma, del mundo y del futuro, poniendo en peligro su salud mental. Para diagnosticar la depresión, se utilizará un cuestionario auto informado, específicamente el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).	Somático motivacional	• Llanto • Agitación • Pérdida de interés. • Pérdida de energía • Cambios patrón de sueño. • Cambios en el apetito. • Fatiga. • Pérdida de interés por el sexo.	E/Ordinal Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). • Normal (0-13) • Depresión leve (14-19) • Depresión moderada (20-28) • Depresión severa. (29-63)
		Cognitivo afectivo	• Tristeza. • Pesimismo. • Fracaso • Pérdida del placer. • Sentimiento de culpa. • Sentimiento de castigo. Autocrítica • Pensamientos o deseos suicidas. • Indecisión. • Inutilidad. • Irritabilidad. • Dificultad de concentración	
VD: Riesgo de la dependencia al alcohol	Probabilidad de desarrollar dependencia al consumo de alcohol debido a la periodicidad de consumo, cantidad de consumo, e imposibilidad para dejar de consumir bebidas alcohólicas. Para establecer el riesgo de dependencia al alcohol, se hará uso de Cuestionario de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) o TEST DE AUDIT.	Tipo de bebida alcohólica Frecuencia de consume Cantidad consumo	• Tipo de bebida alcohólica que consume. • Número de veces que consume en periodo determinado. • Numero de vasos que consume.	E/Ordinal Correspondiendo para: • Consumo de bajo riesgo en mujeres: 0-6 puntos. • Consumo de bajo riesgo en varones: 0-7 puntos • Consumo de riesgo en mujeres: 7-19 puntos. • Consumo de riesgo en varones: 8-19 puntos. • Riesgo de la dependencia alcohólica 20 puntos a más.

CAPÍTULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN:

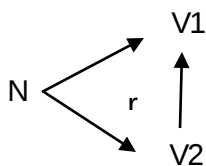
El presente estudio se desarrolló mediante el enfoque cuantitativo, al respecto Hernández et al., sostienen que para probar la hipótesis se apela al uso de indicadores, así como de la estadística descriptiva e inferencial de esta manera comprender el comportamiento de las variables del objeto de estudio (46).

2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación fue de tipo aplicativo porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos, a la vez que se adquieren otros, después de implementar y sistematizar la práctica basada en investigación (47).

2.3. TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El estudio adopta un diseño no experimental, descriptivo y correlacional de corte transversal. Esto implica que las variables se observaron en su entorno natural sin ninguna manipulación. Posteriormente, se determinará el grado de relación entre las variables. El enfoque de análisis se llevó a cabo en un solo periodo de tiempo. Esquema de un diseño correlacional (47).



Donde:

n = muestra.

V1= Depresión

V2= Riesgo de la dependencia al alcohol.

2.4. ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la Institución Educativa Mariscal Cáceres, ubicado en la Av. Independencia N° 435 del distrito de Ayacucho, provincia de Huamanga, Región de Ayacucho; a nivel secundario la institución cuenta con 89 secciones de 1ro a 5to grado.

2.5. POBLACIÓN

Estuvo constituido por adolescentes que cursan estudios en el nivel secundario de la Institución Educativa Mariscal Cáceres (3119), se consideraron los siguientes criterios para este propósito.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Adolescentes de ambos sexos que se encuentran matriculados en la institución educativa, o que cursan un programa de recuperación en el periodo vacacional.
- Adolescentes que asisten regularmente a la institución educativa.
- Adolescentes que cuentan con el consentimiento informado de la institución educativa.
- Adolescentes que muestren disposición a participar en el estudio.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Adolescentes de ambos sexos que no están matriculados en la institución educativa
- Adolescentes que no asisten regularmente a la institución educativa.

- Adolescentes que no tienen el consentimiento informado de la institución educativa.
- Adolescentes que no muestren predisposición para participar en el estudio.

2.6. MUESTRA:

Debido al tamaño de la población, la necesidad de contar con la información en el tiempo más breve y las condiciones de factibilidad fue necesario establecer una muestra poblacional, se hizo uso de un muestreo no probabilístico intencionado.

$$\frac{Z^2 PQN}{(N-1)(e)^2 + Z^2 PQ}$$

$$n = 298$$

Dónde:

	Definición	Valor
N	Tamaño de la población	3119
Z ²	Varianza (Tabla de Gauss 1.96, nivel de confianza=95%)	1.96
P	Probabilidad de éxito (12%)	0.4
Q	Probabilidad de fracaso (88%)	0.6
E	Error de estimación (5%)	0.05

2.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Técnicas de recolección de datos

Se utilizó el cuestionario auto informado para recopilar la información.

Instrumento de recolección de datos

a. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Entre los componentes que aborda este instrumento se encuentra la: Tristeza, pesimismo, sentimientos de fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, insatisfacción con uno mismo, auto – críticas, pensamientos o deseos de suicidio, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, inutilidad, pérdida de energía, cambios en el patrón de sueño,

irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés por el sexo (48).

Objetivo del instrumento: Evaluar la gravedad de la depresión en una muestra.

Criterios de medición: Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63.

Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos (48):

- Normal 0-13
- Depresión leve 14-19
- Depresión moderada 20-28
- Depresión severa 29-63

b. Cuestionario de identificación de trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT) o TEST DE AUDIT.

Entre los componentes que aborda este instrumento son: Frecuencia de consumo alguna bebida alcohólica en un periodo determinado, total de consumiciones de bebidas alcohólicas en un día de consumo normal, frecuencia de consumo de seis o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión, incapacidad de no suspender el consumo de bebida alcohólica, dejar de hacer en el último año, por el consumo de bebida alcohólica, consumo de bebida alcohólica en ayunas, para lograr recuperarse (CC), presentar remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido, recuerda lo sucedido en la noche anterior porque había estado bebiendo, antecedentes de resultar herido por haber bebido, muestran preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas (49).

Objetivo del instrumento: Identificar si la persona presenta riesgo de dependencia al consumo de alcohol, sobre todo a nivel de niños y adolescentes.

Criterio de medición: El Test de AUDIT está conformado por 10 enunciados, cada uno con un valor que va del 0 al 4 según la respuesta del individuo evaluado, al final del test se suma los resultados de cada respuesta y se identifica el riesgo (49):

- Consumo de bajo riesgo en mujeres: 0-6 puntos.

- Consumo de bajo riesgo en varones: 0-7 puntos
- Consumo de riesgo moderado en mujeres: 7-19 puntos.
- Consumo de riesgo moderado en varones: 8-19 puntos.
- Riesgo de la dependencia alcohólica: 20 puntos a más.

2.8. RECOLECCIÓN DE DATOS

El proceso de recopilación de información se realizó de la siguiente manera:

- En primer lugar, se obtuvo una resolución del Decano, y luego se solicitó autorización de la Institución.
- A continuación, se solicitó la autorización al director de la Institución Educativa, para la recolección de datos.
- Luego se realizó la visita al área de intervención.
- Pasado unos días se coordinó con los representantes de la Institución Educativa, explicando también el alcance del estudio.
- Se identificó la unidad de estudio según los criterios de inclusión, se proporcionó información y se solicitó el consentimiento previo.
- Finalmente se administró los instrumentos para recabar información.

2.9 PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS.

Una vez recabado la información, se realizaron las siguientes acciones:

- Se verificó el control de calidad de los instrumentos aplicados.
- Se codificó los instrumentos.
- Se formuló la base de datos en el SPSS 25.
- Se ingresó los datos en la base de datos.
- Se calculó y recodificó.
- Se generó una base de datos final.
- Se procesó la información.

- Los resultados se representaron por medio de tablas, cada uno con respectiva interpretación.
- Para contrastar la hipótesis se hizo la prueba de correlación no paramétrica de Ro de Spearman.

Para la puntuación de la prueba no paramétrica de Spearman se usó la siguiente tabla:

RANGO	RELACIÓN
-0.91 a -1.00	Correlación negativa perfecta
-0.76 a -0.90	Correlación negativa muy fuerte
-0.51 a -0.75	Correlación negativa considerable
-0.11 a -0.30	Correlación negativa media
-0.01 a -0.10	Correlación negativa débil
0.00	No existe correlación
+0.01 a +0.10	Correlación positiva débil
+0.11 a +0.30	Correlación positiva media
+0.51 a +0.75	Correlación positiva considerable
+0.76 a +0.90	Correlación positiva muy fuerte
+0.91 a +1.00	Correlación positiva perfecta

FUENTE: Mondragón Barrera Mónica Alejandra (2014)

CAPÍTULO III

RESULTADOS

Tabla1

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA
MARISCAL CÁCERES, AYACUCHO 2024.**

NIVEL DE DEPRESIÓN	Nº	%
NORMAL	125	41.9%
LEVE	55	18.5%
MODERADA	65	21.8%
SEVERA	53	17.8%
TOTAL	298	100.0%

FUENTE: Encuesta realizada a los adolescentes de I. E. Mariscal Cáceres

En tabla Nº 01 se observa que del 100,0% de adolescentes de la I. E. Mariscal Cáceres, el 41,9% no presentan depresión, el 18,5% presentan un nivel de depresión leve, el 21,8% depresión moderada y finalmente el 17,8% está con una depresión severa.

Tabla2

NIVEL DE RIESGO DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARISCAL CÁCERES, AYACUCHO 2024

NIVEL DE RIESGO DE LA		
DEPENDENCIA AL ALCOHOL	Nº	%
CONSUMO DE BAJO RIESGO	253	84.9%
CONSUMO DE RIESGO MODERADO	39	13.1%
RIESGO DE LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA	6	2.0%
TOTAL	298	100.0%

FUENTE: Encuesta realizada a los adolescentes de I. E. Mariscal Cáceres

Del 100% de adolescentes encuestados, el 84,9% tienen un consumo de bajo riesgo, mientras que el 13.1% tienen un consumo de riesgo moderado, y el 2.0% tienen un riesgo de dependencia al alcohol.

Tabla3

CORRELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y EL RIESGO DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARISCAL CÁCERES, AYACUCHO 2024

DEPRESIÓN	RIESGO DE LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA							
	CONSUMO DE BAJO RIESGO		CONSUMO DE RIESGO MODERADO		RIESGO DE LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORMAL	116	38,9%	8	2,7%	1	0,3%	125	41,9%
LEVE	52	17,4%	3	1,0%	0	0,0%	55	18,5%
MODERADA	48	16,1%	15	5,0%	2	0,7%	65	21,8%
SEVERA	37	12,4%	13	4,4%	3	1,0%	53	17,8%
TOTAL	253	84,9%	39	13,1%	6	2,0%	298	100, %

FUENTE: Resultado sacado del Spss

Rho Spearman: 0262, p:0.000

En la tabla Nº 03 , se observa que del 100,0% de adolescentes, el 41,9% no presentan depresión, de ellos el 38,9% tiene un bajo riesgo de consumo de alcohol, el 2,7% consumo de riesgo moderado y el 0,3% presenta riesgo de la dependencia alcohólica; por otro lado el 18,5% presenta depresión leve, de ellos, el 17,4% tiene un bajo riesgo de consumo de alcohol, 1.0% un riesgo moderado; por siguiente el 21,8% presenta depresión moderada, de ellos, el 16,1% tiene un bajo riesgo de consumo de alcohol, el 5,0% consumo de riesgo moderado y el 0.7% un riesgo de dependencia al alcohol; finalmente el 17,8% de adolescentes que tienen depresión severa, el 12,4% presenta un bajo riesgo de consumo de alcohol, el 4,4% un riesgo moderado y el 1,0% presenta riesgo de dependencia alcohólica.

Resultado sometido a prueba estadística de Rho de Spearman donde el coeficiente de correlación es de 0.262, además esta correlación es significativa, por lo que se puede afirmar con un 95% de confianza, que en el ámbito de estudio hay una “correlación positiva media” entre la variable nivel de depresión y la variable nivel de riesgo de la dependencia al alcohol.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Los adolescentes que sufren de depresión enfrentan un alto riesgo de ser estigmatizados, lo cual puede afectar su disposición para buscar ayuda. Esta situación puede dificultar significativamente su asistencia a la escuela, así como su rendimiento académico. El retraimiento social puede empeorar el aislamiento y la soledad, llegando incluso a aumentar el riesgo de suicidio (1).

El alcohol, una sustancia psicoactiva que puede llevar a la dependencia, ha sido ampliamente utilizado en diversas culturas a lo largo de los siglos. El consumo prolongado del alcohol conlleva una carga significativa de enfermedades y tiene importantes repercusiones sociales y económicas. Además, puede afectar adversamente a otras personas, como familiares, amigos, colegas y extraños. Se ha demostrado que el consumo nocivo de alcohol es un factor contribuyente en más de 200 enfermedades, lesiones y otros trastornos de salud. Está asociado con el desarrollo de problemas de salud mental y conductual (2).

El propósito de este estudio es determinar la influencia de la depresión en el riesgo de

la dependencia al alcohol en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2024, al respecto en la tabla N° 01 se evidencia que del 100,0% de adolescentes de la I. E. Mariscal Cáceres, el 41,9% no presentan depresión, el 18,5% presentan un nivel de depresión leve, el 21,8% depresión moderada y finalmente el 17,8% está con una depresión severa, es decir más de la mitad de adolescentes presentan un nivel de depresión.

Este resultado es concordante con los resultados que obtuvo el investigador Narváez J, el 2020 en Quito realizó un estudio en adolescentes en el cual determinó que el 35,4% de los participantes no presentan depresión 32,7% presenta depresión leve, el 21,8%, moderada y el 10,2% depresión severa (17); además, Villarreal M, el 2022 en Piura, determinó que un 39.35% presenta depresión leve, el 14.45% padece de depresión moderada y un 3.21% presenta depresión severa (20); así como Aguilar Y y Sillo L, el 2022 en Juliaca determinaron que el 37.8% no presenta depresión, 36.7 % depresión leve, 21.4% con una depresión moderada y con 4.1% una depresión grave (21); así mismo López D, el 2019 en Lima determinó que el 40.8% tiene depresión leve, el 38.7% depresión moderada, el 19% depresión severa y el 1.4% no presenta depresión (22).

Mientras que estos resultados difieren con el autor Morales N determinó que en 100 % de sus estudiantes no presentan depresión (24); de igual manera con el autor Ramírez M, quien determinó que el 66,7% no presenta depresión, el 15,0% presenta un nivel de depresión leve, el 10,0% depresión moderada y el 8,3% depresión severa (12).

De acuerdo a los resultados y antecedentes se evidencia que la mayoría de los estudios coinciden en que alrededor del 40-50% de los adolescentes no presentan depresión, mientras que el resto presenta algún nivel de depresión. Los resultados de Morales N y

Ramírez M parecen ser excepciones, con una prevalencia de depresión significativamente menor que los demás estudios.

Existe variabilidad en la prevalencia de depresión entre diferentes poblaciones de adolescentes, posiblemente debido a factores contextuales, socioeconómicos o culturales. La depresión es una causa seria de incapacidad que puede tener efectos a largo plazo y recurrentes, limitando la capacidad de los adolescentes en el ámbito académico y social.

En la tabla N° 02 se evidencia que el 84,9% tienen un consumo de bajo riesgo, mientras que el 13.1% tienen un consumo de riesgo moderado, y el 2.0% tienen un riesgo de dependencia al alcohol, es decir, que el mayor porcentaje de adolescente de la Institución Educativa Mariscal Cáceres no presentan un riesgo de dependencia al alcohol.

Estos resultados se asemejan al estudio realizado por Ramírez M, el 2023 en Quito determinó que en el nivel de consumo de alcohol la mayoría presentan riesgo bajo (78.4%), riesgo medio (17,5%) y riesgo de dependencia al alcohol (4,1%) (12); así mismo Narváez J, el 2020 en Quito determinó que el consumo de alcohol con riesgo leve presenta un 77%; riesgo moderado 5% y riesgo de dependencia al alcohol 18% de los participantes (17); de igual manera Villarreal M, el 2022 en Piura determinó que el 82.32% se encontró dentro del grupo de riesgo bajo, el 13.25% posee un riesgo moderado y un 4.41% presentó riesgo de dependencia al alcohol (20); y Morales NF, el 2020 en Ayacucho determinó que el 63.6% de los estudiantes presentan un riesgo bajo de dependencia al alcohol, el 23.2% moderada y el 13.2 presenta riesgo de dependencia al alcohol (24).

Sin embargo, los resultados del presente trabajo difieren con los resultados arribados por los siguientes autores: Lahuana RR, el 2023 en Ayacucho, determinó que el 26.0% presentan un riesgo en el consumo de alcohol, el 57.0% riesgo en la dependencia del alcohol y el 17.0% un consumo perjudicial (23); así mismo Aguilar YG, Sillo L, el 2022 en Juliaca determinaron que el 73.5% presentan un consumo de alcohol de bajo riesgo y que el 32.7% presenta síntomas de dependencia, el 26.5% tiene un consumo perjudicial del alcohol (21); y González Y, el 2020 en Ayacucho determinó que el 80% consumen alcohol de manera alta (25).

Al comparar estos resultados se observa que la mayoría de los estudios coinciden en que alrededor del 70-80% de los adolescentes presentan un consumo de bajo riesgo de alcohol. Sin embargo, la variabilidad en los porcentajes indica que hay diferencias significativas en el comportamiento del consumo entre diferentes poblaciones. Esto podría deberse a factores culturales, socioeconómicos o educativos.

En contraste, los estudios de Lahuana R y Aguilar Y Gonzales Y. muestran porcentajes más altos de riesgo moderado y dependencia. Esto podría sugerir que en algunas áreas hay una mayor prevalencia de problemas relacionados con el alcohol entre los adolescentes, lo que podría ser resultado de un acceso más fácil al alcohol, falta de educación sobre sus efectos o entornos sociales que normalizan su uso.

Estos resultados resaltan la importancia de seguir investigando y monitoreando el consumo de alcohol entre los adolescentes para implementar intervenciones adecuadas. Además, sería útil explorar las razones detrás de las diferencias observadas entre estudios para entender mejor los factores que influyen en el consumo.

En la tabla N° 03, se observa que del 100,0% de adolescentes, el 41,9% no presentan

depresión, de ellos el 38,9% tiene un bajo riesgo de consumo de alcohol, el 2,7% consumo de riesgo moderado y el 0,3% presenta riesgo de la dependencia alcohólica; por otro lado el 18,5% presenta depresión leve, de ellos, el 17,4% tiene un bajo riesgo de consumo de alcohol, 1.0% un riesgo moderado; por siguiente el 21,8% presenta depresión moderada, de ellos, el 16,1% tiene un bajo riesgo de consumo de alcohol, el 5,0% consumo de riesgo moderado y el 0.7% un riesgo de dependencia al alcohol; finalmente el 17,8% de adolescentes que tienen depresión severa, el 12,4% presenta un bajo riesgo de consumo de alcohol, el 4,4% un riesgo moderado y el 1,0% presenta riesgo de dependencia alcohólica y también se observa el resultado sometido a prueba estadística de Rho de Spearman donde el coeficiente de correlación es de 0.262, además esta correlación es significativa, por lo que se puede afirmar con un 95% de confianza, que en el ámbito de estudio hay una “correlación positiva media” entre la variable nivel de depresión y la variable nivel de riesgo de la dependencia al alcohol.

Estos resultados obtenidos son similares a lo de los siguientes autores: Ramírez M, el 2023 en Quito determinó que existe una correlación positiva media entre la depresión y el consumo de alcohol con una puntuación de 0,237 (12); igualmente, el autor Higareda JJ, el 2021 determinó una correlación positiva media entre el consumo de alcohol y drogas con los niveles de depresión con una puntuación de 0,14 (14); del mismo modo el investigador Valarezo OF, Erazo RF, Muñoz ZM, et al el 2021 en Ecuador determinaron que existe una correlación positiva media con una puntuación de 0,18 (15); y Narváez JR, el 2020 en Quito determinó que existe una correlación positiva media con una puntuación de 0,457 (17).

Los resultados obtenidos difieren al estudio sostenidos por: Morales F, determinó que el 100% de estudiantes no presentan depresión, de ello, el 99,3% presentan un riesgo bajo de consumo de alcohol y el 0,7% un riesgo moderado (24). En relación al Rho Spearman,

difiere con Maldonado G, el 2022 en Pucallpa determinó que existe una correlación positiva muy fuerte con una puntuación de 0,786 (19).

A medida que aumenta la severidad de la depresión, también lo hace el riesgo de consumo de alcohol, siendo más notable en aquellos con depresión moderada y severa (17,8%). Los programas de prevención y tratamiento deberían considerar la relación entre la depresión y el consumo de alcohol y futuras investigaciones explorar las causas subyacentes de esta correlación y desarrollar estrategias efectivas para abordarla.

CONCLUSIONES

1. Se identificó que el 41,9% de adolescentes no presentan depresión, el 18,5% presentan depresión leve, el 21,8% depresión moderada y 17,8% depresión severa, es decir, más de 50% de adolescentes presentan algún nivel de depresión.
2. Se identificó que el 87,9% de adolescentes tienen un consumo de bajo riesgo, 10.1% tienen un consumo de riesgo moderado, y el 2.0% tienen un riesgo de dependencia al alcohol, es decir, que la mayoría de adolescentes no se encuentran en riesgo de la dependencia al alcohol.
3. Se identificó que el 58,1%, presenta algún nivel de depresión, mientras que en su otra variable 87,9% presentaron un consumo de bajo riesgo y se determinó que la depresión tiene una influencia significativa en el consumo de alcohol en adolescentes, aumentando el riesgo de dependencia alcohólica. (Ro de Spearman: 0.262, p: <0.05). Donde se acepta la hipótesis de investigación (H_i) y se rechaza la hipótesis nula (H_0).

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda a los gobiernos locales a que implementen exámenes psicológicos en todas las instituciones de la región para la detección temprana y el manejo oportuno de los adolescentes que presenten algún problema de salud mental.
2. Se recomienda a los directores de instituciones públicas y privadas consideren la incorporación de más profesionales de la psicología para intervenir de manera oportuna con adolescentes que presenten síntomas de depresión y/o consumo de alcohol.
3. Se recomienda al director de la I.E que promueva campañas de salud mental enfocados para los núcleos de familia.
4. Se recomienda a los docentes y estudiantes universitarios, a que se realicen más investigaciones sobre la depresión y el consumo de bebidas alcohólicas en las instituciones educativas, ya que es un tema que afecta mucho a la sociedad actual y es uno de los factores que influye directamente en las relaciones sociales, individuales y rendimiento académico, de los adolescentes.

REFERENCIAS BLIBIOGRÀFICAS

1. OMS. Depresión [Internet]; Ginebra: sitio oficial de la Organización Mundial de la Salud; actualizado el 2023 [citado 02 junio 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/depression?gad_source=1&gclid=EAlaQobChMI3r6dyeCJiAMV5UVIAB2LMBdSEAAAYASAAEgJvOfD_BwE
2. OMS. Alcohol [internet]; Ginebra: sitio oficial de la Organización Mundial de la Salud; actualizado el 25 de junio de 2024 [citado 28 junio 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
3. Díaz M, Calderín J. Síndrome de abstinencia alcohólica. Resultado del estrés oxidativo y desequilibrio neuronal. Revista Biomédica. [internet];2020; [consultado 15 de noviembre del 2023]; 95-107. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7398800>
4. Hernández B. Consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Prevalencia y métodos de detección en la práctica clínica. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona. [internet] 2008, [consultado 14 de diciembre del 2023]; 22-44; 69(1). Disponible en: <https://galiciaclinica.info/PDF/1/27.pdf>
5. OPS. “No hay salud sin salud mental”. [Internet]. Washington D: sitio oficial de la Organización Panamericana de la Salud; actualizado el 17 de junio de 2022 [citado el 10 de noviembre del 2023]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gad_source=1&gclid=EAlaQobChMI1Jz0o-iJiAMVeWJIAB2TATe4EAAYASAAEgLkofD_BwE

- 6.** CICAD. Manual para el Monitoreo y la Evaluación Científica de los Tribunales de Tratamiento de Drogas en las Américas [internet]. Washington, DC: Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas; 2020 [Citado 16 diciembre 2023]. Disponible en: <https://www.oas.org/ext/es/principal/oea/nuestra-estructura/sg/ssm/cicad/Inicio>
- 7.** SENAJU. Situación actual de los más de 7 millones de jóvenes peruanos de 15 a 29 años. Secretaria Nacional de la Juventud. Reporte estadístico [internet]. Lima; 2023 [Consultado el 16 de diciembre del 2023]. Disponible en: <https://juventud.gob.pe/2023/12/senaju-conoce-la-situacion-actual-de-los-mas-de-7-millones-de-jovenes-peruanos-de-15-a-29-años/>
- 8.** INEI. Enfermedades no transmisibles y transmisibles 2022. Instituto Nacional de Estadística e Informática [internet]. Lima; 2023 [Consultado el 17 de diciembre del 2023]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2022.pdf
- 9.** INEI. Enfermedades no transmisibles y transmisibles 2020. Instituto Nacional de Estadística e Informática [internet]. Lima; 2021 [Consultado el 20 de diciembre del 2023]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2020.pdf
- 10.** Canto H, Porras, K. Nivel de depresión en adolescentes de una Institución Educativa estatal del distrito de Acos Vinchos, Provincia de Huamanga. [Tesis de licenciatura]. Ayacucho: Universidad Peruana los Andes, 2020. 83 p. [citado el 26 de noviembre del 2023]. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1773>

- 11.** Cuesta M et al. Tendencias actuales sobre la depresión, factores de riesgo y abuso de sustancias [internet]. 2022 [Consultado el 16 de diciembre del 2023]; 5(1) Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/114/226>
- 12.** Ramírez M. Depresión y consumo de alcohol en estudiantes universitarios del centro norte de la ciudad de Quito [Tesis de licenciatura]. Quito: Universidad Indoamericana; 2023. 45 p. [Citado 16 diciembre 2023]. Disponible <https://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/5680/1/RAMIREZ%20RAMOS%20MERLY.pdf>
- 13.** Villao M. Factores psicosociales y su influencia en el consumo de drogas y alcohol en adolescentes del Barrio Santa María Palmar [Tesis de licenciatura]. La Libertad: Universidad Estatal de la Península de Santa Elena; 2021. 71 p. [Citado 16 diciembre 2023]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/6070/1/UPSE-TEN-2021-0097.pdf>
- 14.** Higareda J et al. Consumo de alcohol y rasgos de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados. Dialnet. [Internet]. 2021; [consultado 22 de diciembre del 2023]; 44-59; 21 (2) Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8044636>
- 15.** Valarezo O, Erazo R, Muñoz Z. Síntomas de ansiedad y depresión asociados a los niveles de riesgo del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de la ciudad de Loja. Dialnet. [Internet]. 2021; [consultado 22 de diciembre del 2023]; 279-293; 21(1) Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7935006>

16. Momeñe J et al. El consumo de sustancias y su relación con la dependencia emocional, el apego y la regulación emocional en adolescentes. Análisis de Psicología. [Internet]. 2021; [consultado 22 de diciembre del 2023]; 37(1) Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021297282021000100014&script=sci_arttext&tlng=es

17. Narváez J. Depresión y su relación con el consumo de alcohol en adolescentes de bachillerato del colegio nacional técnico puéllaro de la parroquia puéllaro, en el año 2019 [Tesis de licenciatura]. Quito: Universidad Indoamericana; 2020. 77 p. [Citado 16 diciembre 2023]. Disponible en: <https://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/1575/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20NARVAEZ%20PALACIOS%20JHOANA%20REBECA.pdf>

18. Vega J, Alvarado T. Factores psicosociales que intervienen en el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. Revistas UNAM. [Internet]. 2019; [consultado 22 de diciembre del 2023]; 63-67; 26(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2019/af192f.pdf>

19. Maldonado G. Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en educandos del nivel secundario de una institución educativa pública, Pucallpa 2022. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad César Vallejo; 2023. 84 p. [Citado 16 diciembre 2023]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/116360/Maldonado_OG-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

20. Villarreal MP. Depresión y consumo de alcohol en adolescentes de la IE Mariscal Ramón Castilla, Piura 2020. [Tesis de licenciatura]. Piura: Universidad Privada Antenor

Orrego, Facultad de Medicina Human; 2022. 38 p. [Citado 16 diciembre 2023].

Disponible en:

[https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/9744/REP_MAR%
c3%8dA.VILLAREAL_DEPRESION.Y.CONSUMO.DE.ALCOHOL.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12759/9744/REP_MAR%c3%8dA.VILLAREAL_DEPRESION.Y.CONSUMO.DE.ALCOHOL.pdf?sequence=1&isAllowed=y) en:

21. Aguilar Y, Sillo L. Consumo de alcohol y depresión en estudiantes de segundo año Juliaca enero a marzo, 2021. [Tesis de licenciatura]. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2022. 92 p. [Citado 16 diciembre 2023]. Disponible en: [https://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/1468/1/Yeraldine%
20Gianella%20Aguilar%20Yanqui.pdf](https://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/1468/1/Yeraldine%20Gianella%20Aguilar%20Yanqui.pdf) en:

22. López D. Depresión y consumo de alcohol en adolescentes de la IE Parroquial Santa Rosa de Lima – Huacho. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión; 2019. 92 p. [Citado 18 diciembre 2023]. Disponible en: [https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/3183/LOPEZ%
20OLIVERA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14067/3183/LOPEZ%20OLIVERA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

23. Lahuana R. Autoestima y dependencia alcohólica en adolescentes de 4to y 5to grado de secundaria de la Institución Educativa Pública Mariscal Cáceres Ayacucho 2022. [Tesis de licenciatura]. Chíncha: Universidad Autónoma de Ica; 2023. 81 p. [Citado 23 diciembre 2023]. Disponible en: [http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/2349/1/ROC%
c3%8dO%20ROXANA%20LAHUANA%20PARIONA.pdf](http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/2349/1/ROC%c3%8dO%20ROXANA%20LAHUANA%20PARIONA.pdf)

24. Morales Paz Vergara NF. Depresión y consumo de alcohol en estudiantes de 4to y 5to de secundaria de la Institución Educativa Parroquial San Antonio de Huamanga

2020. [Tesis de licenciatura]. Chíncha: Universidad Autónoma de Ica; 2022. 92 p. [Citado 23 diciembre 2023]. Disponible en: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/2122/1/MORALES%20PAZ%20VERGARA%20NATHALIA%20FIORELLA.pdf>

25. González A. Autoestima y consumo de alcohol en estudiantes de secundaria de una Institución Educativa, Ayacucho 2020. [Tesis de licenciatura]. Chimbote: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2022. 52 p. [Citado 23 diciembre 2023]. Disponible en: https://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13032/27041/AUTOESTIMA_CONSUMO_DE_ALCOHOL_GONZALEZ_CAMPOS_AYLIN_YUMHEY.pdf?ce=3&isAllowed=y

26. OPS. Depresión. [Internet]. Washington DC: Sitio Oficial de la Organización Panamericana de la salud; actualizado el 31 de marzo del 2023 [Citado 16 diciembre 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>

27. MINSA. Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención. [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; actualizado 11 agosto 2023 [Citado 16 diciembre 2023]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/6597.pdf>

28. Vázquez F, Muñoz R, Becoña E. Depresión diagnóstico modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. Psicología Conductual. [Internet]. 2010 [consultado 22 de diciembre del 2023]; 417- 449; 8(3) Disponible en: https://content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf

29. Alarcón T. Guía práctica de los trastornos depresivos. Murcia: Subdirección de Salud Mental. [internet], [consultado 15 de diciembre del 2023] 1-90, disponible: <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>

30. MINSA. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Depresión en Niños y Adolescentes. Guía de práctica clínica. Ministerio de Salud, Sub Unidad de Atención Integral Especializada Pediátrica y Sub Especialidades - Psiquiatría. Sitio web del ministerio de salud [internet]. Lima; 09 octubre 2020 [consultado 02 de diciembre del 2023]. Disponible: <https://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2020/RD%20N%C2%B0%20000189-2020-DG-INSNSB%20GPC%20Depresi%C3%B3n%202020.pdf>

31. Gobierno de México. Depresión. México: IMSS [internet]; actualizado 15 febrero del 2016 [citado 1 de diciembre del 2023]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/salud-en-línea/depresión>

32. MINSA. La depresión es uno de los trastornos de salud mental más frecuentes en el país. Sitio web del Ministerio de la Salud [internet]. Lima; 12 enero 2024 [consultado 20 de enero del 2024]. 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>

33. Pallás D. Teorías etiopatogénicas y modelos en la depresión. Aperturas Psicoanalíticas [internet]. 2023 [consultado 18 diciembre del 2024]. 72(1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8835638>

- 34.** Sánchez R, Farfán E, De La Fuente F, Chávez D. Estructura factorial y datos normativos del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en población general peruana. Acta Colombiana de Psicología [internet]. 2022 [citado 22 de diciembre del 2023] 25(2): p. 158-170. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552022000200158
- 35.** Sawchuk C. Depresión trastorno depresivo mayor. Mayo Clinic [internet] [citado 02 de diciembre del 2023] Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
- 36.** Auqui R. Riesgo. [Internet]; 2021. [Consultado 22 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://concepto.de/riesgo/>.
- 37.** OMS. Abuso de sustancias [Internet]. Ginebra: Sitio oficial de la Organización Mundial de la salud; actualizado el 25 de junio del 2024 [Consultado 2 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/25-06-2024-over-3-million-annual-deaths-due-toalcohol-and-drug-use-majority-among>.
- 38.** Pretel M, González B, Machado G, Fernández O, Toledo Y. El alcoholismo y su repercusión: un enfoque desde la psicología de la salud. Revista Finlay [Internet]. 2014 [citado 11 noviembre 2023] 4(4): p. 261-270. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/314/1366>
- 39.** MINSA. Módulo de atención integral en salud mental. Dirigido a trabajadores del primer nivel de atención. Sitio web del Ministerio de Salud [Internet]. Lima; 1 enero 2005 [consultado 15 noviembre 2023] Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/322279-modulo-de->

atencion-integral-en-salud-mental-dirigido-a-trabajadores-de-primer-nivel-de-atencion-modulo-6-la-depresion

40. López M, et al. Pesquisaré del alcoholismo en un área de salud. Revista Cubana Med Gen Integral [Internet]. 2006 [consultado 22 noviembre 2023]; 22(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000200017

41. Macías T, Gómez Z, León J, et al. La evaluación psicofisiológica de la ansiedad en el síndrome de abstinencia alcohólica, estudio de caso. Rev Elec Psic Izt [Internet]. 2017 [citado 22 noviembre 2023]; 20(1): p. 115-138. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75816>

42. MINSA. Guía de práctica clínica trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas. Guía de práctica. Sitio web del Ministerio de Salud [Internet]. Lima; 1 enero 2008 [consultado 22 noviembre 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/284824-guia-de-practica-clinica-en-trastornos-mentales-y-del-comportamiento-debidos-al-consumo-de-sustancias-psicotropas>

43. Alonso F, Caballero M, Rodríguez L. Funciones ejecutivas en pacientes con dependencia alcohólica. Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana [Internet]. 2016 [consultado 12 noviembre 2023]; 13(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70198>

44. Becoña I, Cortés M. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación [Internet]. 2011 [consultado 22 noviembre 2023] 15-314. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=792517>

- 45.** WHO. Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol [Internet] Génova: World Health Organization; actualizado 25 junio 2024 [citado 28 2024] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- 46.** Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. Metodología de la investigación. Cuarta ed. México: Mc Graw Hill [Internet]. 2013 [consultado 22 octubre 2023]; 1-497. Disponible en: https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n_Sampieri.pdf
- 47.** Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: México Editorial Mc Graw Hil Education [Internet].2018 [Consultado 22 noviembre 2023]. Disponible en: <https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>
- 48.** Consejo General de Colegio Oficiales de Psicólogos. EVALUACIÓN DEL INVENTARIO BDI-II. Madrid: ESPA [Internet]. 2013 [citado 18 noviembre 2023]. Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- 49.** Novalbos P, Martínez J, García M, Oferrall C. Validación del test para la identificación de trastornos por uso de alcohol en la población universitaria AUDIT Y AUDIT-C. Adicciones [Internet]. España 2016 [citado 18 noviembre 2023]; 28(4): p. 194-204. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2891/289147562002.pdf>
- 50.** Sánchez Pachas D. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB- II) en una muestra clínica. Revista de Investigación en Psicología [Internet].

Lima 2019 [citado 21 noviembre 2023]; 22(1): p. 39-52. Disponible en:
<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/16580>

ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor lea con atención cada una de ellas. A continuación, seleccione cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Seleccione la afirmación que considere aplicable a su caso. Si dentro de un grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, selecciónela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de la elección. Le solicitamos que responda con sinceridad posible seleccionando sobre la opción que lo/la identifique. Recuerde que la información obtenida de este instrumento es de carácter confidencial y será manejada únicamente con fines de investigación.

I. Datos generales Edad:

Sexo: a) Femenino b) Masculino

Grado y sección:

Procedencia: a) Urbano b) Urbano marginal c) Rural

AHORA PUEDE COMENZAR

1) TRISTEZA

- 0. No me siento triste habitualmente.
- 1. Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2. Me siento triste continuamente.
- 3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) PESIMISMO

- 0. No estoy desanimado sobre mi futuro.
- 1. Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.
- 2. No espero que las cosas me salgan bien.
- 3. Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán

3) SENTIMIENTOS DE FRACASO

- 0. No me siento fracasado.
- 1. He fracasado más de lo que debería.
- 2. Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
- 3. Me siento una persona totalmente fracasada.

4) PÉRDIDA DE PLACER

- 0. Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
- 3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

5) SENTIMIENTOS DE CULPA

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
- 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3. Me siento culpable constantemente.

6) SENTIMIENTOS DE CASTIGO

- 0. No siento que esté siendo castigado.
- 1. Siento que puedo ser castigado.
- 2. Espero ser castigado.

3. Siento que estoy siendo castigado.

7) INSATISFACCIÓN CON UNO MISMO 0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.

1. He perdido confianza en mí mismo.
2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
3. No me gusta.

8) AUTO – CRÍTICAS

0. No me critico o me culpo más que antes.
1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
2. Me critico por todos mis defectos.
3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9) PENSAMIENTOS O DESEOS DE SUICIDIO

0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
2. Me gustaría suicidarme.
3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) LLANTO

0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
1. Lloro más de lo que solía hacerlo.
2. Lloro por cualquier cosa.
3. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

11) AGITACIÓN

0. No estoy más inquieto o tenso que de costumbre.
1. Me siento más inquieto o tenso que de costumbre.
2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto.
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.

12) PÉRDIDA DE INTERÉS

0. No he perdido el interés por otras personas o actividades.
1. Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
3. Me resulta difícil interesarme en algo.

13) INDECISIÓN

0. Tomo decisiones como siempre.
1. Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
2. Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14) INUTILIDAD

0. No me siento inútil.
1. No me considero tan valioso y útil como solía ser.
2. Me siento inútil en comparación con otras personas.
3. Me siento completamente inútil.

15) PÉRDIDA DE ENERGÍA

0. Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía de la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
3. No tengo suficiente energía para hacer nada.

16) CAMBIOS EN EL PATRÓN DE SUEÑO

- 0. No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
- 1a. Duermo algo más de lo habitual.
- 1b. Duermo algo menos de lo habitual. 2a. Duermo mucho más de lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos de lo habitual.
- 3a. Duermo la mayor parte del día.
- 3b. Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17) IRRITABILIDAD

- 0. No estoy más irritable de lo habitual.
- 1. Estoy más irritable de lo habitual.
- 2. Estoy mucho más irritable de lo habitual.
- 3. Estoy irritable continuamente.

18) CAMBIOS EN EL APETITO

- 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es algo menor de lo habitual.
- 1b. Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que antes.
- 3a. He perdido completamente el apetito.
- 3b. Tengo ganas de comer continuamente.

19) DIFICULTAD DE CONCENTRACIÓN

- 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
- 3. No puedo concentrarme en nada.

20) CANSANCIO O FATIGA

- 0. No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
- 1. Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
- 3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21) PÉRDIDA DE INTERÉS POR EL SEXO

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1. Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- 3. He perdido completamente el interés por el sexo.

FUENTE: El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), fue validado por la Asociación Americana de Psiquiatría (2014).

E/Ordinal

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

- **Normal** (00-13)
- **Leve** (14-19)
- **Moderada** (20-28)
- **Severa** (29-63)

ANEXO 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA CUESTIONARIO DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS DEBIDOS AL CONSUMO DE ALCOHOL (TEST DE AUDIT)

INSTRUCCIONES: Marca el número correspondiente con tu respuesta

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?
(0) Nunca
(1) 1 o menos veces al mes
(2) 2 o 4 veces al mes
(3) 2 o 3 veces a la semana
(4) 4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal? (0) 1 o 2
(1) 3 o 4
(2) 5 o 6
(3) 7 a 9
(4) 10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma seis o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?
(0) Nunca
(1) Menos de una vez al mes
(2) Mensualmente
(3) Semanalmente
(4) A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?
(0) Nunca
(1) Menos de una vez al mes
(2) Mensualmente
(3) Semanalmente
(4) A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?
(0) Nunca
(1) Menos de una vez al mes
(2) Mensualmente
(3) Semanalmente
(4) A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?
(0) Nunca
(1) Menos de una vez al mes
(2) Mensualmente
(3) Semanalmente
(4) A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?
(0) Nunca

- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo sucedido la noche anterior porque había estado bebiendo?

- (0) Nunca
- (1) Menos de una vez al mes
- (2) Mensualmente
- (3) Semanalmente
- (4) A diario o casi a diario

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

- (0) No
- (1) Si, pero no en el curso del último año
- (2) Si, en el último año

10. ¿Algún familiar amigo médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?

- (0) No
- (1) Si, pero no en el curso del último año
- (2) Si, en el último año

FUENTE: El test AUDIT fue diseñado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (49).

Puntuación se suman los resultados de cada respuesta que está entre paréntesis delante de la misma

Correspondiendo para

- **Consumo de bajo riesgo en mujeres:** 0-6 puntos,
- **Consumo de bajo riesgo en varones:** 0-7 puntos,
- **Consumo de riesgo en mujeres:** 7-19 puntos.
- **Consumo de riesgo en varones:** 8-19 puntos.
- **Riesgo de la dependencia alcohólica en varones y mujeres:** 20 puntos a más

ANEXO 3

MATRIZ DE CONSISTENCIA “DEPRESIÓN Y RIESGO DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL, EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARISCAL CÁCERES DE AYACUCHO 2024”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
PROBLEMA CENTRAL: ¿Cómo la depresión influye en el riesgo de la dependencia al alcohol, en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2024? ESPECÍFICOS: ¿Cuál es el nivel de depresión en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2024? ¿Cuál es el nivel de riesgo de la dependencia al alcohol, en adolescentes de la	OBJETIVO GENERAL: Determinar la influencia de la depresión, en el riesgo de la dependencia al alcohol, en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2024. ESPECÍFICOS: Identificar el nivel de depresión en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2024. Identificar el nivel de riesgo de la dependencia al alcohol, en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres,	Hi: La depresión influye al riesgo de la dependencia al alcohol, en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2024. Ho: La depresión no influye al riesgo de la dependencia al alcohol, en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal	Variable independiente: Depresión. Variable dependiente: Riesgo de la dependencia al alcohol.	Estudio de tipo aplicativo. Diseño: No experimental, descriptivo, Correlacional, de corte transversal. Población: 3119 estudiantes adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres Muestreo no probabilístico intencionado 298

Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2024? ¿Cuál es la magnitud de correlación entre la depresión y el riesgo de la dependencia al alcohol, en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2024?	Ayacucho 2024. Identificar la magnitud de correlación entre la depresión y el riesgo de la dependencia al alcohol, en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres, Ayacucho 2024.	Cáceres, Ayacucho 2024.		Técnica: Cuestionario autoinformado.
--	---	--------------------------------	--	--

ANEXO 4

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....identificado con DNI N°

Domiciliado en.....Distrito.....Región

He tomado conocimiento del estudio titulado:

“DEPRESIÓN Y RIESGO DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL, EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARISCAL CÁCERES DE AYACUCHO 2024”

Y declaro participar como Informante

Y me comprometo a participar y dar la información fidedigna para el estudio arriba
mención, debido a que este acto no compromete mi integridad, física y psicológica.

Para dar conformidad este acto firmo y estampo mi huella digital al pie.

Lugar y Fecha

FIRMA Y HUELLA.

ANEXO 5

SOLICITO: AUTORIZACIÓN
PARA APLICACIÓN DE
ENCUESTAS

SEÑOR DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARISCAL CÁCERES DE
AYACUCHO



Yo, **GUIZADO CORDOVA, Arlet Starli**, con DNI N° 71539114, domicilio Jr. Piura 141-Talavera, y **LUJAN NAJARRO, Ruth Ángela**, con DNI N° 75870905, domicilio Asociación 9 de diciembre Mz. E lote 11, estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga ante Ud. Con el debido respeto nos presentamos y exponemos:

Que habiéndose aprobado nuestro proyecto de tesis con la Resolución Decanal N° 178-2024-UNSH-FCSA-D, titulado: "DEPRESIÓN Y RIESGO DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL, EN ADOLESCENTES DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA MARISCAL CÁCERES DE AYACUCHO 2024", el cual requiere la aplicación de encuestas en estudiantes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres.

POR TANTO

Rogamos a Ud. Señor Director, se sirva a acceder nuestra petición por ser justa.

Ayacucho, 14 de marzo del 2024

GUIZADO CORDOVA, Arlet Starli
DNI: 71539114

LUJAN NAJARRO, Ruth Ángela
DNI: 75870905



INSTITUCIÓN EMBLEMÁTICA "MARISCAL CÁCERES"
TRABAJO - HONRADES - DIGNIDAD
1848 - 2024

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN, DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA
CONMEMORACIÓN DE LAS HERÓICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

MEMORANDO No 028-2024-SDFG – I.E.E. "MC"- AYAC.

SENORA : Prof. ELIZABETH CANCHARI MEDINA
Responsable de TOE Bloque A

ASUNTO : Autoriza realizar encuesta

FECHA : Ayacucho, 20 de marzo del 2024.

Por el presente remito autorización para la aplicación de encuesta en nuestra institución a las señoritas GUIZADO CORDOVA, Arlet Starli y LUJAN NAJARRO, Ruth Angela, estudiantes de UNSCH sobre el tema "DEPRESIÓN Y RIESGO DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL, EN ADOLESCENTES "con el siguiente horario:

HORA	LUNES 24/03/24	MIERCO LES 20/03/24	JUEVES 21/03/24	VIERN ES 22/03/ 24
8:00 am		3ro "O"		
8:30 am				5to "Q"
8:15 am	2do "P"			
9:00 am		3ro "P"		
11:00 am				1ro "O"
12:30 pm	1ro "P" y 4to "P"		4to "O" y 5to "R"	2do "O"

Atentamente,





INSTITUCIÓN EMBLEMÁTICA "MARISCAL CÁCERES"

TRABAJO - HONRADES - DIGNIDAD

1848-2024

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN, DE NUESTRA INDEPENDENCIA DE LA
CONMEMORACIÓN DE LAS HERÓICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

MEMORANDO No 028-2024-SDFG-I.E.E. "MC"- AYAC.

SEÑORA : Prof. NANCY ANA HUAMANI HINOSTROZA
Responsable de TOE Bloque B

ASUNTO : Autoriza realizar encuesta

FECHA : Ayacucho, 20 de marzo del 2024.

Por el presente remito autorización para la aplicación de encuesta en nuestra institución a las señoritas "GUIZADO CORDOVA, Arlet Starli y LUJAN NAJARRO, Ruth Angela, estudiantes de UNSCH sobre el tema "DEPRESIÓN Y RIESGO DE LA DEPENDENCIA AL ALCOHOL, EN ADOLESCENTES "con el siguiente horario:

HORA	LUNES 24/03/24	MIÉRCOLES 20/03/24	JUEVES 21/03/24	VIERNES 22/03/24
8:00 am		3ro "O"		
8:30 am				5to "Q"
8:15 am	2do "P"			
9:00 am		3ro "P"		
11:00 am				1ro "O"
12:30 pm	1ro "P" y 4to "P"		4to "O" y 5to "R"	2do "O"

Atentamente,



LUIS ENRIQUE SAAVEDRA QUISPE
Subdirector de Formación General

Recibí
20-03-24
MS

ANEXO 6

FOTOS



Ilustración 1. Aplicación de encuesta en adolescentes del 2do grado de secundaria de la I. E. Mariscal Cáceres.



Ilustración 2. Aplicación de encuesta en adolescentes del 3er grado de secundaria de la I. E. Mariscal Cáceres.



Ilustración 3. Aplicación de encuesta en adolescentes del 4to grado de secundaria de la I. E. Mariscal Cáceres.



Ilustración 4. Aplicación de encuesta en adolescentes del 5to grado de secundaria de la I. E. Mariscal Cáceres.

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

RESOLUCIÓN DECANAL N° 1011-2024-FCSA-UNSCH-D

En la ciudad de Ayacucho, siendo las nueve y quince horas del día 20 de setiembre del año dos mil veinticuatro, se reunieron en el Auditorio de la Escuela Profesional de enfermería los docentes miembros del jurado de la Escuela Profesional de Enfermería, para el acto de sustentación del trabajo de tesis titulado: **Depresión y riesgo de la dependencia al alcohol, en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres de Ayacucho 2024**, presentado por los Bachilleres: **Arlet Starli GUIZADO CORDOVA y Ruth Angela LUJAN NAJARRO**, para optar el título profesional de Licenciado en Enfermería y, miembros del Jurado de Sustentación conformado por:

Presidente : Prof. Iris Jara de Aronés (Delegado por el Decano)
Miembros : Prof. Celia Berenice Maúrtua Galván
: Prof. Mercedes Gallardo Gutiérrez
: Prof. Edith Espinoza Mendoza
Asesor : Prof. Maritza Saccsara Meza
Secretario Docente : Prof. Eva E. Yauri Güere

Con el quorum de reglamento se inició la sustentación de tesis; la presidente del Jurado Evaluador la Prof. Iris Jara de Aronés, quien solicita a la secretaria Docente a dar lectura a los documentos presentados por la recurrente, y da algunas indicaciones a los sustentantes.

Acto segundo, se da inicio la exposición las Bachilleres: **Arlet Starli GUIZADO CORDOVA y Ruth Angela LUJAN NAJARRO**; una vez concluida con la exposición, la presidenta de la comisión solicita a los miembros del jurado evaluador realizar sus respectivas preguntas, dudas y o aclaraciones, iniciando la Prof. Iris Jara de Aronés, Prof. Celia Berenice Maúrtua Galván, Prof. Mercedes Gallardo Gutiérrez, Prof. Edith Espinoza Mendoza; inmediatamente se da pase a la asesora de tesis Prof. Maritza Saccsara Meza, para que pueda aclarar algunas preguntas, interrogantes o aclaraciones.

La presidenta invita a las sustentantes abandonar el espacio del auditorio de la escuela profesional de Enfermería para que puedan proceder con la calificación.

RESULTADO DE LA EVALUACIÓN FINAL

Bachiller: Arlet Starli GUIZADO CORDOVA

JURADOS	TEXTO	EXPOSICIÓN	PREGUNTAS	P. FINAL
Prof. Iris Jara de Aronés	18	18	18	18
Prof. Celia Berenice Maúrtua Galván	18	18	18	18
Prof. Mercedes Gallardo Gutiérrez	18	18	18	18
Prof. Edith Espinoza Mendoza	18	18	18	18
Prof. Maritza Saccsara Meza	18	18	18	18
PROMEDIO FINAL				18

Bachiller: Ruth Angela LUJAN NAJARRO

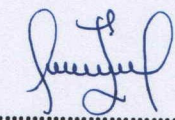
JURADOS	TEXTO	EXPOSICIÓN	PREGUNTAS	P. FINAL
Prof. Iris Jara de Aronés	18	18	18	18
Prof. Celia Berenice Maúrtua Galván	18	18	18	18
Prof. Mercedes Gallardo Gutiérrez	18	18	18	18
Prof. Edith Espinoza Mendoza	18	18	18	18
Prof. Maritza Saccsara Meza	18	18	18	18
PROMEDIO FINAL				18

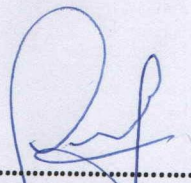
De la evaluación realizada por los miembros del jurado calificador, llegaron al siguiente resultado: Aprobar por unanimidad a la Bachiller **Arlet Starli GUIZADO CORDOVA** que obtuvo la nota final de dieciocho (18) y aprobar a la Bachiller **Ruth Angela LUJAN NAJARRO**, que obtuvo la nota final de dieciocho (18), para lo cual los miembros del jurado evaluador firman al pie del presente, siendo las diez horas con treinta minutos, se da por concluido el presente Acto Académico.


.....
Prof. Iris Jara de Aronés
(Presidenta)


.....
Prof. Celia Berenice Maúrtua Galván
(Miembro)


.....
Prof. Mercedes Gallardo Gutiérrez
(Miembro)


.....
Prof. Edith Espinoza Mendoza
(Miembro)


.....
Prof. Maritza Saccsara Meza
(Miembro asesor)


.....
Prof. Eva E. Yauri Güere
(secretario (a) Docente)

Ayacucho, 20 de setiembre del 2024.



UNSCH

FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA

Nro: 053 – 2024

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE TESIS CON DEPÓSITO

LA QUE SUSCRIBE, DIRECTORA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTOBAL DE HUAMANGA; (segunda instancia de verificación de la originalidad de los trabajos de investigación de tesis (borrador final antes de la sustentación), en el marco del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, aprobado por Resolución N° 039-2021-UNSCH-CU),

DEJA CONSTANCIA:

Que:

Bach. Arlet Starli Guizado Cordova

Bach. Ruth Angela Lujan Najarro

Con el informe de tesis titulado: **Depresión y riesgo de la dependencia al alcohol, en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres de Ayacucho 2024** ha sido verificado y sometido al sistema de análisis TURNITIN CON DEPOSITO mediante el cual se concluye que presenta un porcentaje de **25 % de similitud**.

Por lo que, se concede la Constancia de Originalidad con Depósito.

Ayacucho, 09 de septiembre de 2024.

Dra. Marizabel Llamocca Machuca

Adscripción: Departamento Académico de Enfermería


Dra. Marizabel Llamocca Machuca
DIRECTORA

Escuela Profesional ENFERMERÍA
Av. Independencia S/N. Ayacucho
Ciudad Universitaria - Pab. "U"
Correo: ep.enfermeria@unsch.edu.pe

Depresión y riesgo de la dependencia al alcohol, en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres de Ayacucho 2024

por Arlet Starli Guizado Cordova- Ruth Angela Lujan Najarro

Fecha de entrega: 08-sep-2024 11:06p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2448712280

Nombre del archivo: TESIS.docx (2.62M)

Total de palabras: 13377

Total de caracteres: 77761

Depresión y riesgo de la dependencia al alcohol, en adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres de Ayacucho 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

25%

INDICE DE SIMILITUD

26%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

17%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga	5%
	Trabajo del estudiante	
2	www.insnsb.gob.pe	2%
	Fuente de Internet	
3	repositorio.unjfsc.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
4	dspace.unl.edu.ec	1%
	Fuente de Internet	
5	hdl.handle.net	1%
	Fuente de Internet	
6	repositorio.uti.edu.ec	1%
	Fuente de Internet	
7	repositorio.unsch.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
8	www.slideshare.net	1%
	Fuente de Internet	

9	www.revistabiomedica.mx Fuente de Internet	1 %
10	Submitted to Universidad Católica Nordestana Trabajo del estudiante	1 %
11	1library.co Fuente de Internet	1 %
12	Submitted to Universidad Catolica San Antonio de Murcia Trabajo del estudiante	1 %
13	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	1 %
14	www.repositorio.autonomaedica.edu.pe Fuente de Internet	1 %
15	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 %
16	dspace.utpl.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
17	Submitted to Fundación Universitaria del Area Andina Trabajo del estudiante	<1 %
18	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
19	pt.scribd.com Fuente de Internet	<1 %

20	Submitted to Universidad de San Martín de Porres	<1 %
Trabajo del estudiante		

21	repositorio.unsaac.edu.pe	<1 %
Fuente de Internet		

22	repositorio.uta.edu.ec	<1 %
Fuente de Internet		

23	ri.uaemex.mx	<1 %
Fuente de Internet		

24	repositorio.unicach.mx	<1 %
Fuente de Internet		

25	icsn.co	<1 %
Fuente de Internet		

26	pasaporte00.org	<1 %
Fuente de Internet		

27	repositorio.upse.edu.ec	<1 %
Fuente de Internet		

28	M. Silla Stoel, B. Rosón Hernández. "Evaluación del consumo de alcohol y diagnóstico de patrón de consumo", Trastornos Adictivos, 2009	<1 %
Publicación		

29	doczz.es	<1 %
Fuente de Internet		

repositorio.ucv.edu.pe

30

Fuente de Internet

<1 %

31

Submitted to CORPORACIÓN UNIVERSITARIA
IBEROAMERICANA

Trabajo del estudiante

<1 %

32

Submitted to Universidad Catolica de Oriente

Trabajo del estudiante

<1 %

33

repositorio.unc.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

34

qkbu.rnsmessina.it

Fuente de Internet

<1 %

35

repositorio.upla.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

36

www.repositorio.usac.edu.gt

Fuente de Internet

<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 30 words

Excluir bibliografía

Activo