

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



TESIS

**FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN
ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO VIRGEN
DE LA NATIVIDAD – BAÑOS DEL INCA. CAJAMARCA,
2024**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

OBSTETRA

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

Sela Esther Castope Ocas

ASESORA:

Dra. Obsta. Rossana Patricia León Izquierdo

Cajamarca-Perú

2025

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Sela Esther Castope Ocas**
DNI: **70211291**
Escuela Profesional/Unidad UNC: **ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

2. Asesor:
Dra. Obstetra ROSSANA PATRICIA LEÓN IZQUIERDO

Facultad/Unidad UNC:
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

3. Grado académico o título profesional al que accede:
 Bachiller Título profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor

4. Tipo de Investigación:
 Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional
 Trabajo académico

5. Título de Trabajo de Investigación:
FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO VIRGEN DE LA NATIVIDAD - BAÑOS DEL INCA. CAJAMARCA, 2024

6. Fecha de evaluación Software antiplagio: **30/6/2025**

7. Software antiplagio: **TURNITIN** **URKUND (OURIGINAL) (*)**

8. Porcentaje de Informe de Similitud: **17%**

9. Código Documento: **oid:3117:470934270**

10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
 APROBADO **PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO**

Cajamarca, 1 de julio del 2025



* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

Castope O. 2025. **FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO VIRGEN DE LA NATIVIDAD – BAÑOS DEL INCA. CAJAMARCA, 2024.** /Sela Esther Castope Ocas/86
ASESORA: Dra. Obsta Rossana Patricia León Izquierdo
Disertación académica para optar por el título profesional de Obstetra UNC 2025



MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

En Cajamarca, siendo las 9.00 del 13 de junio del 2025, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente 6.E.205 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada:

Factores Asociados a Depresión en adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Naturaleza - Baños del Inca, Cajamarca - 2024

del (a) Bachiller en Obstetricia:

Sela Esther Castro Ocas

Siendo las 10.30 del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: muy bueno, con el calificativo de 18, con lo cual el (la) Bachiller en Obstetricia se encuentra apta para la obtención del Título Profesional de: OBSTETRA.

Table with 2 columns: Miembros Jurado Evaluador (Nombres y Apellidos) and Firma. Rows include Presidente (Mg. Amanda Elena Rodríguez Sández), Secretario(a) (H.Cs. Juana Flor Quiñones Cruz), Vocal (H.Cs. Glorina Agripina Torres Plaricón), Accesitaria, Asesor (a) (M.Cs. Rosalva Patricia León Izquierdo), and Asesor (a).

Términos de Calificación:

EXCELENTE (19-20)

REGULAR (12-13)

MUY BUENO (17-18)

REGULAR BAJO (11)

BUENO (14-16)

DESAPROBADO (10 a menos)

Nadie puede llegar a la cima armado sólo de talento. Dios da el talento; el trabajo transforma el talento en genio.

(Anna Pavlova)

DEDICO ESTA TESIS CON TODO MI AMOR A:

Dios, por la vida y por haber bendecido mi existencia, para cumplir mis metas con éxito como persona y como profesional.

Mis amados padres, cuyo amor y apoyo incondicional han sido la mayor inspiración en mi vida. Ellos han sembrado en mí valores fundamentales, además de inculcar principios morales y espirituales para con ellos servir a Dios y a quienes más lo necesitan. A través de su ejemplo, trabajo, sabios consejos y amor inquebrantable, me impulsaron a no desfallecer en mi anhelo de ser profesional.

Mis hermanos Gersón, Shirley y Abner por su amor, aliento y confianza. Gracias por compartir conmigo sueños, alegrías y aprendizajes, y por recordarme siempre la importancia de la unidad y la fortaleza familiar.

Mis amados sobrinos, Sadith, Mathias, Sebastián y Cristhine por ser mi felicidad en todo momento. Su inocencia y entusiasmo me recuerdan la importancia de perseverar y dar lo mejor de mí. Cada logro es una muestra de mi deseo de ser un ejemplo para ustedes.

Kimela, mi compañera por siempre.

Sela E.

SE AGRADECE A:

Dios, por brindarme salud y la oportunidad de culminar con esta etapa tan importante para mi vida profesional.

Mi familia y amigos por sus oraciones, apoyo y amor incondicional.

La Universidad Nacional de Cajamarca y la Escuela Académico Profesional de Obstetricia por acogerme en sus aulas durante estos años de formación académica.

Mi asesora, Dra. Obsta. Rossana Patricia León Izquierdo, por su apoyo y orientación durante la realización de este trabajo de investigación.

Al Centro Educativo Virgen de la Natividad, por permitirme realizar el presente trabajo de investigación en sus instalaciones.

Sela E.

INDICE GENERAL

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INDICE GENERAL	iv
ÍNDICE DE TABLAS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I.....	3
1.1 Definición y delimitación del problema	3
1.2 Formulación del problema	6
1.3 Objetivos.....	6
1.4 Justificación de la investigación	6
CAPÍTULO II.....	8
2.1 Antecedentes.....	8
2.2 Bases teóricas.....	13
2.2.1. Definición y conceptualización de la depresión:	13
2.2.2. Criterios diagnósticos según el DSM-5.....	14
2.2.3. Etiología de la depresión:.....	14
2.2.4. Modelo explicativo de la depresión:	21
2.2.5. Instrumento de evaluación de la depresión:.....	22
2.2.6. Aspectos específicos de la depresión en adolescentes:.....	22
2.2.7. Etapas de la adolescencia	23
2.2.8. Desarrollo del adolescente: cambios físicos, emocionales y sociales.	23
2.3 Hipótesis	24
2.4 Variables	24
2.5 Definición, conceptualización y operacionalización de variables	25
CAPÍTULO III.....	27
3.1 Diseño y tipo de estudio	27
3.2 Área de estudio y población.....	27
3.3 Muestra y muestreo:	28
3.4 Unidad de análisis.....	29

3.5	Criterios de inclusión y exclusión	29
3.6	Consideraciones éticas de la investigación	29
3.7	Procedimientos para la recolección de datos.....	30
3.8	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	30
3.9	Procesamiento y análisis de datos	33
3.10	Control de calidad de datos	33
CAPÍTULO IV		34
4.1	Características sociodemográficas	34
4.2	Características familiares	36
4.3	Características personales.....	38
4.4	Nivel de depresión	39
4.5	Factores sociodemográficos, familiares y personales según el nivel de depresión en adolescentes.....	40
CAPÍTULO V		42
CONCLUSIONES		50
RECOMENDACIONES.....		51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....		52
ANEXOS.....		63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad.	33
Tabla 2. Características familiares de los adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad.	35
Tabla 3. Características personales de los adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad.	37
Tabla 4. Nivel de depresión en adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad. 2024	38
Tabla 5. Factores sociodemográficos, familiares y personales según el nivel de depresión en adolescentes.	39

RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo determinar los factores asociados a depresión en adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad – Baños del Inca, Cajamarca, 2024. El estudio fue no experimental, correlacional, de corte transversal, con una muestra de 137 adolescentes. Los resultados mostraron que el 77 % de los adolescentes tenía entre 17 y 19 años, el 54 % eran mujeres, el 45 % profesaba la religión católica y el 71 % vivía en zonas urbanas. En cuanto al entorno familiar, el 63 % pertenecía a familias nucleares, el 67 % no reportó violencia familiar, el 53 % no tenía familiares con antecedentes de depresión y el 33 % vivía en hogares con disfunción moderada. A nivel personal, el 52 % practicaba actividad física 1-2 veces por semana, el 70 % dedicaba más de 30 minutos a esta actividad, y el mismo porcentaje percibía su rendimiento académico como regular. Respecto al nivel de depresión, el 41 % presentó depresión mínima o ausencia de esta; el 20 %, depresión leve y severa; y el 19 %, depresión moderada. Se concluyó que los factores asociados a la depresión en adolescentes fueron: el sexo ($p=0,000$), como factor sociodemográfico; la violencia en el hogar ($p=0,006$), los antecedentes de depresión ($p=0,004$) y la disfunción familiar ($p=0,000$), como factores familiares; y el tiempo dedicado a la actividad física ($p=0,003$), como factor personal. En consecuencia, se valida la hipótesis alterna y se descarta la nula.

Palabras clave: Adolescencia, factores sociodemográficos, factores familiares, factores personales, depresión.

ABSTRACT

The present study aimed to determine the factors associated with depression in adolescents from the Virgen de la Natividad Educational Center – Baños del Inca, Cajamarca, 2024. The research was non-experimental, correlational, and cross-sectional in design, with a sample of 137 adolescents. The results showed that 77% of the adolescents were between 17 and 19 years old, 54% were female, 45% identified as Catholic, and 71% lived in urban areas. Regarding family context, 63% belonged to nuclear families, 67% reported no domestic violence, 53% had no family history of depression, and 33% lived in households with moderate dysfunction. On a personal level, 52% engaged in physical activity one to two times per week, 70% spent more than 30 minutes on this activity, and the same percentage perceived their academic performance as average. Concerning the level of depression, 41% presented minimal or no depression, 20% showed mild to severe depression, and 19% had moderate depression. It was concluded that the factors associated with adolescent depression were: sex ($p=0.000$), as a sociodemographic factor; domestic violence ($p=0.006$), family history of depression ($p=0.004$), and family dysfunction ($p=0.000$), as family factors; and the amount of time dedicated to physical activity ($p=0.003$), as a personal factor. Consequently, the alternative hypothesis was accepted and the null hypothesis was rejected.

Keywords: Adolescence, sociodemographic factors, family factors, personal factors, depression.

INTRODUCCION

La adolescencia es una etapa de muchos cambios, tanto físicos como emocionales y sociales. Estos cambios, aunque son parte del crecimiento, pueden volver a los adolescentes más vulnerables a ciertos problemas de salud mental, entre ellos la depresión. Durante esta etapa, se enfrentan a varios desafíos: encontrar su identidad, lidiar con la presión de los estudios, del entorno familiar o de sus amistades, y también con los cambios hormonales que afectan su estado de ánimo. Cuando un adolescente atraviesa una depresión, puede mostrar tristeza constante, desinterés por lo que antes le gustaba, cansancio, problemas para dormir o comer, e incluso sentirse inútil o desesperanzado. Todo esto puede afectar seriamente su bienestar y desarrollo personal.

La depresión en adolescentes no aparece por una sola causa. Puede estar relacionada con antecedentes familiares, problemas en casa o en el colegio, violencia, baja autoestima o un entorno que no le brinde apoyo emocional. A nivel mundial, este problema ya se considera una de las principales causas de discapacidad en jóvenes, y lamentablemente se relaciona con autolesiones, consumo de drogas e incluso el suicidio. En Perú, se estima que cerca del 12 % de los adolescentes presenta síntomas de depresión, y alrededor del 3 % casos graves, lo cual es muy preocupante. Por eso, es urgente que se realicen acciones para prevenir, detectar y tratar la depresión desde los primeros signos.

Frente a esta realidad, el presente estudio cobra importancia porque se enfocó en conocer qué factores podrían estar relacionados con la depresión en los adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad, ubicado en Baños del Inca, Cajamarca. Actualmente no hay muchas investigaciones locales que aborden este tema, por lo que obtener información directa de los estudiantes ayudará a comprender mejor lo que viven. Además, esto podría servir como base para diseñar acciones que mejoren su salud mental y también para sensibilizar a los profesores, padres y profesionales de salud sobre la importancia de cuidar el bienestar emocional de esta población.

Por todo lo expuesto, esta investigación tuvo como objetivo principal identificar los factores asociados a la depresión en adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad, Baños del Inca – Cajamarca, 2024. A través de este trabajo, se espera aportar

con información útil que contribuya al desarrollo de estrategias de promoción y prevención de salud mental desde un enfoque integral y adaptado a la realidad de los adolescentes de nuestra región.

En el abordaje de la salud mental adolescente, el profesional de obstetricia desempeña un papel estratégico dentro del equipo multidisciplinario, especialmente en el primer nivel de atención. Su formación integral, que combina enfoques biológicos, psicológicos y sociales, le permite establecer vínculos de confianza con los adolescentes y reconocer señales tempranas de riesgo psicoemocional. En el marco de sus competencias, el obstetra puede identificar factores asociados a la depresión, brindar consejería orientada a la prevención, fomentar estilos de vida saludables y derivar oportunamente a los servicios especializados. Esta intervención temprana no solo contribuye a reducir el impacto negativo del trastorno depresivo, sino que fortalece la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a una problemática de alta prevalencia en la adolescencia, consolidando un enfoque de atención integral y centrado en el bienestar de la persona.

La presente investigación está estructurada de la siguiente manera:

EN EL CAPÍTULO I, se describió la formulación del problema, justificación y objetivos de la investigación.

EN EL CAPÍTULO II, se consideró el marco teórico incluyendo antecedentes a nivel internacional, nacional y local; además de bases teóricas en relación a las variables de estudio, hipótesis, y la operacionalización de variables.

EN EL CAPÍTULO III, se presentó el diseño metodológico de la investigación; y se detalló la muestra utilizada, unidad de análisis, criterios de inclusión y exclusión, procedimiento y técnica de recolección de datos, descripción del instrumento de recolección de datos, procesamiento de datos y control de calidad de los mismos.

EN EL CAPÍTULO IV, se abordó los resultados, con su respectiva interpretación.

EN EL CAPÍTULO V, se realizó el análisis y discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones para las autoridades de Salud, Universidad Nacional de Cajamarca y futuros investigadores.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Definición y delimitación del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) determinó que la depresión es una enfermedad que afecta a más de 280 millones de personas en el mundo, predominando en las mujeres, quienes representan un 50 % de los casos. Esta condición es provocada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos, y se manifiesta a través de síntomas como pérdida de energía, cambios en el apetito, somnolencia excesiva, ansiedad, disminución de la concentración, indecisión, inquietud, sentimientos de inutilidad, culpa o desesperanza, así como pensamientos de autolesión o suicidio, entre otros (1,2).

Por su parte, la adolescencia representa un periodo crucial para el desarrollo de habilidades sociales y emocionales; sin embargo, los cambios físicos, emocionales y sociales característicos de esta etapa pueden incrementar la susceptibilidad a trastornos mentales como la depresión. En este contexto, a mayor presencia de factores de riesgo, mayor es el deterioro de la salud mental. En particular, la depresión constituye un problema significativo en esta población, con una prevalencia estimada del 2,8 % en menores de 13 años, que se eleva al 5,7 % en adolescentes y adultos jóvenes (3,4,5).

A nivel mundial, los trastornos mentales afectan a más del 14 % de los adolescentes entre 10 y 19 años, según datos de la OMS (2014), siendo la depresión una de las condiciones más relevantes dentro de esta problemática. Se estima que esta patología representa el 15 % de la carga global de morbilidad y mortalidad en esta etapa del desarrollo (3). La prevalencia varía según la región, alcanzando hasta un 37 % en zonas como Medio Oriente, África y Asia (7). En América Latina y el Caribe, UNICEF (2019) reporta que aproximadamente el 15 % de los adolescentes alrededor de 16 millones

presentan síntomas depresivos, siendo Paraguay, Brasil, Perú, Ecuador y Colombia los países con mayor impacto, medido en años de vida ajustados por discapacidad (8). En Europa, cerca de 9 millones de adolescentes entre 10 y 19 años padecen trastornos mentales, de los cuales un 40 % corresponde específicamente a cuadros depresivos (7).

Asimismo, durante el primer año de la pandemia por COVID-19, la OMS y el estudio Global Burden of Disease (GBD) informaron un incremento significativo en la prevalencia de trastornos mentales, estimado entre un 25 % y un 27,6 %. Este aumento se atribuyó a factores como el aislamiento social, el duelo, el estrés parental, la violencia intrafamiliar y el acceso limitado a servicios de salud y educación, evidenciando así la vulnerabilidad de la salud mental adolescente frente a contextos adversos (3,7).

En relación con los factores asociados a la depresión, la Guía de Práctica Clínica (España, 2018) señala que esta enfermedad en menores está influida por variables biológicas (como la predisposición genética, el sexo femenino y enfermedades crónicas), psicológicas (antecedentes de trastornos, rasgos temperamentales y esquemas negativos), familiares (conflictos, maltrato y antecedentes psiquiátricos) y sociales (acoso escolar, bajo rendimiento académico y exposición a situaciones adversas) (6).

En el contexto nacional, la depresión en adolescentes representa el principal problema de salud pública. Según el Ministerio de Salud y UNICEF (2021), el 33,6 % de los menores peruanos está en riesgo de desarrollar trastornos mentales (9). Además, el Ministerio de Salud (MINSa) informó que, en 2023, se atendieron 1 076 884 casos de episodios depresivos en menores de 6 a 17 años, lo que representó un incremento del 85,3 % con respecto al año anterior (10). Este aumento se relaciona con las secuelas de la pandemia, la falta de apoyo familiar, el maltrato, la violencia intrafamiliar, la pobreza y la depresión materna (11).

De acuerdo con Altamirano y Arias (2023), basándose en datos de la ENDES 2023, las regiones con mayor prevalencia de depresión en Perú son Huancavelica (13,35 %), Puno (11,23 %) y Junín (10,79 %) (13). Hallazgos similares fueron reportados por el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM, 2017), que identificó cifras elevadas en Ayacucho (9,1 %), Cajamarca (9,2 %) y Huaraz (10,7 %) (12). En contraste, Lima y Callao registran una prevalencia de 7 % (INSM, 2013), mientras que en la selva

amazónica y Abancay los porcentajes son menores: 1,9 % (INSM, 2012) y 2,1 % (INSM, 2011), respectivamente. No obstante, en zonas como la sierra urbana (16,2 %), la selva urbana (21,4 %) y las ciudades fronterizas (17,1 %), los episodios depresivos moderados a severos alcanzan cifras significativamente más altas (15).

En el caso específico de Lima Metropolitana, Álvarez et al. (2021) reportaron que el 28 % de los adolescentes presentó episodios depresivos mayores. Estos estuvieron vinculados a factores como convivencia temprana (36,6 %), maltrato físico (59,3 %), maltrato psicológico (40,7 %) y abuso sexual (6,3 %). De forma alarmante, el 83,7 % de estos casos no recibió atención profesional, lo que evidencia una brecha significativa en el acceso a servicios de salud mental (16).

A nivel local, el Observatorio Regional de Salud Mental (2023) registró 26 344 atenciones por problemas mentales, de las cuales el 16,3 % correspondieron a trastornos depresivos y el 19 % involucraron a adolescentes, y conducta suicida (0,6%), un grupo especialmente vulnerable (17). Sin embargo, la capacidad de atención se ve limitada por la baja disponibilidad de profesionales en salud mental, con menos de 10 psicólogos por cada 100 000 habitantes, según datos del MINSa (2023) (14). En esta línea, Martos (2021) indica que, en esta población, la depresión se manifiesta mayormente en forma leve (37,7 %), seguida de casos moderados (7,7 %) y severos (5,6 %), lo que evidencia diferentes niveles de afectación (18).

Según lo antes mencionado, la salud mental en adolescentes constituye un tema prioritario, dada su influencia directa en el bienestar presente y futuro de esta población. Los trastornos mentales durante esta etapa afectan el pensamiento, las emociones y la conducta, generando sufrimiento emocional y limitando el desempeño académico, social y económico. Además, pueden derivar en conflictos familiares, consumo de sustancias, conductas violentas, trastornos alimentarios e incluso en suicidio, considerado una de las consecuencias más graves de una enfermedad mental no tratada.

Por todo lo expuesto, y considerando la limitada información existente sobre esta problemática en Cajamarca, así como sus posibles repercusiones, se propone realizar el presente estudio con el propósito de analizar la relación entre los factores asociados a la depresión en adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad – Baños del Inca, Cajamarca, 2024.

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores asociados a depresión en adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad – Baños del Inca, Cajamarca, 2024?

1.3 Objetivos

Objetivo general

Determinar los factores asociados a depresión en adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad – Baños del Inca, Cajamarca, 2024

Objetivos específicos

1. Identificar los factores sociodemográficos como edad, sexo, religión y zona de residencia de los adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad – Baños del Inca, Cajamarca, 2024
2. Identificar los factores familiares como tipo de familia, violencia familiar, antecedente de depresión en el hogar y funcionalidad familiar de los adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad – Baños del Inca, Cajamarca, 2024
3. Identificar los factores personales como actividad física y percepción del rendimiento académico de los adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad – Baños del Inca, Cajamarca, 2024
4. Evaluar el nivel de depresión en los adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad.

1.4 Justificación de la investigación

En la actualidad, la depresión en adolescentes constituye un problema creciente de salud pública, debido a su carácter multicausal y a las graves consecuencias que puede desencadenar si no se detecta y trata a tiempo. Diversos estudios reportan un aumento sostenido en su incidencia, afectando significativamente el bienestar emocional, social y académico de los adolescentes. Esta condición puede derivar en bajo rendimiento escolar, aislamiento, consumo de sustancias, conflictos familiares, y en los casos más graves, suicidio o intentos suicidas. Frente a esta realidad, es prioritario identificar los factores que contribuyen a su aparición en contextos educativos específicos como el de Baños del Inca, donde existen limitadas investigaciones al respecto.

Esta investigación tiene como finalidad generar evidencia sobre los factores asociados a la depresión en adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad, con el propósito de facilitar intervenciones preventivas y tempranas, así como orientar estrategias de atención integral desde el primer nivel de salud. Los resultados permitirán detectar grupos en riesgo y establecer líneas de acción que promuevan la salud mental y el desarrollo emocional de esta población vulnerable.

Desde una perspectiva teórica, este estudio contribuirá al fortalecimiento del enfoque biopsicosocial en el abordaje de la salud adolescente, sustentando el rol del profesional obstetra en la identificación de factores psicosociales y en la derivación oportuna de los casos detectados. El conocimiento generado podrá ser comparado con investigaciones similares, ampliando el marco de referencia sobre los determinantes de salud mental en el ámbito escolar, particularmente en regiones andinas con características sociales y culturales propias.

Finalmente, este trabajo tiene una alta relevancia social, ya que sus hallazgos pueden ser utilizados para diseñar intervenciones educativas, familiares y comunitarias que fomenten la estabilidad emocional de los adolescentes. Asimismo, contribuye a la consolidación de proyectos de vida saludables, a la reducción de conductas de riesgo y a la mejora de la calidad de vida de los escolares, con impacto directo en la salud pública local y regional.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Alape y Pinto (Colombia, 2022), realizaron un estudio con el objetivo de identificar los niveles de depresión en adolescentes de la Institución Educativa Los Centauros. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo descriptivo con un diseño no experimental, transversal; para la muestra reclutaron 27 adolescentes entre 15 a 17 años. Los resultados revelaron que el 33,33 % de los adolescentes tienen niveles normales de depresión, el 11,11 % niveles mínimos y leves respectivamente, el 18,5 % niveles moderados y el 25,9 % niveles altos. En cuanto al sexo, el 41,66 % de las mujeres presenta niveles altos de depresión, mostrando mayor prevalencia en este grupo. Se concluye que en la muestra predominan los niveles normales de depresión, seguidos por los altos y moderados, destacando una mayor tendencia a niveles elevados en las adolescentes mujeres. (19)

Medina et al. (Honduras, 2022), en su tesis titulada conductas alimentarias y actividades físicas asociadas a estrés, ansiedad y depresión durante la pandemia COVID-19 realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, con 1657 participantes latinoamericanos entre agosto y octubre de 2020. Los resultados indicaron que el 62 % de los participantes presentó algún grado de depresión. En cuanto a la actividad física, el 46,3 % casi nunca o nunca la realizaba; el 22,8 % ejercitaba 1-2 veces por semana; el 17 % entre 3-4 veces; el 8,1 % entre 5-6 veces; y el 5,8 % lo hacía diariamente. El análisis concluyó que existe una asociación significativa entre la actividad física y la depresión ($p = 0.037$), señalando al ejercicio como un factor protector. (20)

Higuita et al. (Colombia, 2021), el objetivo de la tesis fue analizar los factores de riesgo psicosociales que influyen en la depresión en adolescentes de 13 a 17 años de la Fundación Kunna Colombia, mediante un estudio fenomenológico descriptivo realizado con una muestra intencional de 10 adolescentes seleccionados de un grupo inicial de 128 participantes. Los hallazgos indican que la violencia intrafamiliar es el factor de riesgo psicosocial más asociado con la aparición de síntomas depresivos en adolescentes. Además, se identificaron como factores relevantes el abandono parental y el abuso sexual, ambos vinculados de manera significativa con la depresión. (21)

Muñoz et al. (Ecuador,2021), esta investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia de depresión y sus factores asociados en adolescentes, empleando un diseño analítico y transversal. Los resultados indicaron una prevalencia de depresión del 25,9%, con mayor incidencia en mujeres (14,1%) que en hombres (11,8%). La mayoría de los adolescentes afectados viven en zonas urbanas (21,4%), experimentan violencia intrafamiliar (23,3%) y presentan bajo rendimiento académico (21%). En conclusión, la prevalencia de depresión en adolescentes es elevada, con una mayor afectación en el género femenino y una asociación con bajo rendimiento. (5)

Serna et al. (Colombia, 2020), con el objetivo de analizar la asociación entre depresión y funcionamiento familiar en adolescentes escolarizados del municipio de Circasia, Quindío, realizaron un estudio conformado por 240 adolescentes, los instrumentos usados fueron, Inventario de Depresión de Beck, el APGAR familiar de Smilkstein y una encuesta para indagar datos sociodemográficos, familiares y de salud. Los resultados indicaron una prevalencia de depresión del 45,9%, con niveles leves (27%), moderados (11,7%) y severos (6,3%). Se detectó disfunción familiar en el 46,3% de los casos, principalmente leve (36,7%) y grave (9,6%). Además, se encontró una asociación significativa entre la depresión y relaciones familiares conflictivas. En conclusión, se encontró asociación estadísticamente significativa entre depresión moderada/grave y disfunción familiar leve y grave ($p < 0,001$). (22)

Pantoja y Polanco (España, 2019), en su investigación titulada Depresión, Ansiedad y Actividad Física en Escolares: Estudio Comparado, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de sintomatología depresiva y estados de ansiedad por sexo y nivel educativo, así como su relación con la actividad física, en una muestra de 998 escolares de Jaén-capital. Los resultados evidenciaron mayor porcentaje de depresión en niñas de 2.º de la ESO (28,5 %) y en escolares más jóvenes (8-10 años), en comparación con los de 12-14 años. Además, se encontró una asociación estadísticamente significativa

entre depresión y nivel de actividad física ($p < 0.01$). De esta manera concluyeron que existe asociación entre depresión y la actividad física. (23)

2.1.2. Antecedentes nacionales

Aranda et al. (Lima,2024), en su tesis plantearon como objetivo analizar la relación entre la salud mental de los adolescentes y la depresión en uno de sus padres en la sierra del Perú: Ayacucho, Abancay, Cajamarca, Huaraz y Puno, usando la base de datos secundaria de los estudios epidemiológicos de salud mental del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Los resultados indicaron una prevalencia de trastorno depresivo de 14,71%, además se evidenció que la presencia de trastornos depresivos en los padres se asoció significativamente con un mayor riesgo de trastorno depresivo en los adolescentes (OR:1,75; IC95:1,14-2,68). En síntesis, el contexto familiar desempeña un papel determinante en el bienestar psicológico del adolescente. (38)

Zúñiga (Lima, 2023), en su tesis planteó como objetivo determinar los factores de riesgo relacionados a la depresión en adolescentes de la Institución Educativa Privada Virgen de Virgenes-2022, mediante un estudio cuantitativo, descriptivo correlacional, de diseño no experimental y transversal, con la participación de 108 estudiantes. Se obtuvo que El 76 % de los adolescentes no presentó depresión, el 18 % mostró algún grado de depresión y el 6 % presentó un nivel moderado. Se encontró que un entorno familiar con poco apoyo, afecto y comunicación (riesgo familiar alto, $Rho = -0,452$) se relaciona con síntomas depresivos en el 6 % de los casos. En conclusión, existe una relación directa en la dimensión familiar con la depresión. (24)

Pisconte (Iquitos, 2023), en su tesis planteó como objetivo determinar la relación entre los factores de riesgo: edad, sexo, estructura familiar, autoestima y el nivel de depresión en los adolescentes, realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, correlacional, con diseño no experimental y transversal, sobre una muestra de 100 adolescentes. Los resultados revelaron que el 23 % de los adolescentes presentó depresión leve, predominando en la adolescencia temprana (17 %) frente a la tardía (6 %). Según el sexo, afectó al 14 % de mujeres y al 9 % de varones. En cuanto a la estructura familiar, la depresión leve se distribuyó entre familias nucleares (9 %), monoparentales (6 %), ampliadas (4 %), reconstituidas (2 %) y extendidas (2 %). En conclusión, se observó una relación significativa entre la edad y la depresión ($p=0,049$). (25)

Echea (Huancayo, 2023), con el objetivo de determinar la relación entre el clima social familiar y la depresión en los adolescentes del Centro de Salud Mental Comunitario Ahuac, realizó un estudio de tipo descriptivo correlacional, con diseño no experimental y enfoque cuantitativo. Los resultados evidenciaron que el 91 % de los adolescentes presentó síntomas depresivos. Asimismo, el 90 % percibió un entorno familiar inadecuado, marcado por conflictos (87 %) y escasa gestión emocional. Se identificó una asociación significativa entre este clima familiar disfuncional y la depresión ($p = 0.000$). Se concluye que un entorno familiar disfuncional influye directamente en el desarrollo de síntomas depresivos en los adolescentes, al propiciar un ambiente emocionalmente negativo que favorece manifestaciones como la tristeza y el llanto. (26)

Castañeda y Cervantes (Ayacucho, 2022), en su estudio se buscó determinar los factores asociados a depresión, ansiedad y estrés en adolescentes, utilizando una muestra probabilística de 172 escolares. Los resultados muestran que, entre los escolares evaluados, el 27,9 % presenta depresión leve, el 26,7 % moderada, el 7,6 % severa y el 14 % extremadamente severa. En cuanto a la disfunción familiar, el 18,8 % de los adolescentes con depresión leve o moderada vive en familias disfuncionales o severamente disfuncionales, mientras que esta proporción aumenta en los casos de depresión severa (38,5 % en familias disfuncionales) y extremadamente severa (47,9 % entre disfuncionales y severamente disfuncionales). Se concluye que hay una relación significativa, positiva y bidireccional ($p < 0.001$) entre los niveles de depresión y la funcionalidad familiar. (27)

Morales (Lima, 2022), en su tesis planteó como objetivo determinar la influencia de las actividades físicas para la prevención de cuadros depresivos en estudiantes de la Institución Educativa Mariscal Ramón Castilla Marquezado N° 5048, Callao – 2020 a través de un estudio básico, con nivel explicativo y el diseño no es experimental, sobre una muestra de 120 estudiantes. Los resultados indican las actividades físicas influyen directamente en la prevención de cuadros depresivos en estudiantes de la Institución Educativa Mariscal Ramón Castilla Marquezado N° 5048, Callao, 2020 ($p = 0,000 < 0.05$). (28)

Pacompiá (Puno, 2022), realizó un estudio con el objetivo de identificar los factores asociados a la depresión en adolescentes de 13 a 15 años de edad. La investigación, de tipo correlacional y diseño transversal, incluyó una muestra de 140 adolescentes. Los resultados evidenciaron que la depresión leve fue la más frecuente en adolescentes de 13 a 15 años, seguida por la moderada y la grave. Se identificó que el 31,43% de los

adolescentes con padres violentos presentaba depresión, evidenciando una relación directa entre la violencia familiar y la depresión y no se encontró asociación con antecedentes familiares de depresión. (29)

Gutiérrez (Lima, 2022), en su tesis planteó como objetivo determinar la prevalencia y los factores asociados a depresión en la población peruana de adolescentes entre 15 a 19 años según la ENDES 2019- 2020, para lo cual realizó un estudio observacional, retrospectivo, analítico y transversal. Los resultados mostraron que, de un total de 5 226 participantes, 266 tenían depresión (PHQ9 \geq 10), siendo la prevalencia 5,1%, también se determinó significancia estadística con el sexo femenino ($p=0.014$), área de residencia urbana ($p=0.000$) y consumo de alcohol ($p=0.029$). En conclusión, El sexo femenino, el área de residencia urbana y el consumo de alcohol son factores de riesgo asociados a depresión. (30)

Monasterio (Lima, 2019), realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de depresión que existe en adolescentes. La investigación, de diseño no experimental y enfoque descriptivo, contó con la participación de 301 adolescentes. Los resultados mostraron que el 72,1 % de los adolescentes presentó algún nivel de depresión. Las adolescentes registraron mayores niveles de depresión que los varones: 22,6 % moderada, 10,7 % moderadamente grave y 4,4 % grave, frente al 19,7 %, 0,7 % y 2,1 % en varones. Además, el 13,2 % de estudiantes de cuarto de secundaria presentó depresión moderadamente grave. Asimismo, la depresión fue mayor en quienes viven solo con su madre (80,7 %) frente a quienes conviven con ambos padres (71,9 %). Se concluye que los adolescentes con mayor sintomatología depresiva son principalmente mujeres de cuarto año de secundaria que viven con crianza monoparental. (31)

Effio (Lima, 2019), con el objetivo de determinar la asociación entre disfunción familiar y depresión en estudiantes de secundaria de la Institución Educativa Nacional Pablo María Guzmán, realizó un estudio analítico, observacional y transversal en abril de 2019. Los resultados muestran que el 59,5 % de los estudiantes pertenece a familias disfuncionales y el 20,9 % presenta depresión. El análisis bivariado evidenció una asociación significativa entre disfunción y funcionalidad familiar con la depresión ($p=0,001$), así como entre el sexo femenino y la presencia de síntomas depresivos ($p=0,032$). Se concluye que la disfunción familiar, el sexo femenino y estar en la etapa de adolescencia temprana son factores que aumentan el riesgo de depresión, mientras que contar con una familia funcional representa un factor protector. (32)

2.1.3. Antecedentes locales

Cotrina (Cajamarca, 2024), con el objetivo de determinar la relación entre ansiedad y depresión en adolescentes de una Institución Educativa de Cajamarca – 2023, realizó un estudio descriptivo correlacional y no experimental con 231 alumnas de 2.º a 5.º de secundaria. Los resultados evidenciaron que el 22,5 % de adolescentes presentaba depresión mínima, el 19,5 % leve, el 25,5 % moderada y el 32,5 % grave. (33)

Martos (Cajamarca, 2021), el fin de la presente investigación fue de determinar la relación entre ansiedad y depresión en adolescentes de una Institución Educativa Pública de la ciudad de Cajamarca – 2021. Estudio cuantitativo, básica y descriptivo correlacional, aplicado a una muestra de 150 adolescentes de primero a quinto grado de secundaria. Los resultados muestran que el 22% de los estudiantes presentan nivel bajo de depresión, el 24% nivel medio y finalmente el 54% presenta nivel alto de depresión; concluyendo que el nivel depresión fue alto. (18)

Flores (Cajamarca, 2021), realizó una investigación con el objetivo de determinar la relación entre depresión y resiliencia en adolescentes de una Institución Educativa Mixta de la ciudad de Cajamarca. Investigación cuantitativo y descriptivo correlacional con un diseño no experimental de corte transversal y con un muestreo probabilístico aleatorio cuya muestra de participantes es de 138 adolescentes. Los resultados mostraron que el 47% de los estudiantes evaluados presenta un nivel alto de depresión, el 28% un nivel medio y el 25% un nivel bajo. En cuanto a la depresión por sexo, se observó que el 25% de los estudiantes masculinos y el 23% de las estudiantes femeninas presentan un nivel alto de depresión. (34)

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Definición y conceptualización de la depresión:

La depresión es un trastorno de salud mental; se caracteriza por una sensación persistente de tristeza y una falta de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban. Se puede distinguir por síntomas emocionales, cognitivos, físicos y conductuales. Como resultado, puede alterar el apetito y los patrones de sueño, así como causar fatiga, falta de concentración, irritabilidad, aislamiento social, libido baja, agonía, disminución del interés en las actividades diarias e incluso sentimientos de culpa e inutilidad. (1, 35)

Más del 14% de los adolescentes de 10 a 19 años tienen algún trastorno mental, lo que equivale a 86 millones de adolescentes en este rango de edad. En Perú, la depresión infantil y adolescente es un problema de salud pública, ubicándose como el problema de salud mental número uno del país, estimándose que en el país alrededor de 3 de cada 10 niños, niñas y adolescentes padecen algún riesgo de salud mental. (3,9)

2.2.2. Criterios diagnósticos según el DSM-5

➤ Criterios diagnóstico DSM-V para trastorno depresivo mayor

- Cinco o más de los siguientes síntomas deben estar presentes casi todos los días durante un período de 2 semanas:
 - Síntomas principales (>/= 1 requerido para el diagnóstico)
 - ✓ Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día
 - ✓ Anhedonia o marcada disminución del interés o placer en casi todas las actividades
 - Síntomas adicionales
 - ✓ Pérdida de peso clínicamente significativa o aumento o disminución en el apetito
 - ✓ Insomnio o hipersomnia
 - ✓ Agitación o retardo psicomotor
 - ✓ Fatiga o pérdida de energía
 - ✓ Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados
 - ✓ Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión
 - ✓ Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida (36) (37)

2.2.3. Etiología de la depresión:

• Factores biológicos:

➤ Bioquímicas cerebrales:

Según esta teoría, una alteración en la síntesis, liberación, recaptación o degradación de las monoaminas específicamente serotonina, noradrenalina y dopamina genera una hipoactividad monoaminérgica en las vías sinápticas del sistema nervioso central. Esta disfunción sináptica compromete la neurotransmisión en regiones cerebrales clave como el sistema límbico y la corteza prefrontal causando depresión. (38) (39)

- ✓ Serotonina: regula el estado de ánimo, el sueño y el apetito.

✓ Noradrenalina: participa en la motivación, respuesta al estrés, regulación del estado de alerta - vigilia, energía, el apetito y aprendizaje.

✓ Dopamina: está involucrada en la motivación, el placer y la función motora. Su disminución se ha asociado a anhedonia. (39)

➤ **Neuroendocrinos:**

Las alteraciones neuroendocrinas vinculadas a la depresión se deben a una disfunción del hipotálamo, que produce una liberación excesiva de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH) por parte de la hipófisis. Esto estimula a las glándulas suprarrenales a liberar más cortisol de lo normal. Este proceso se activa por una mayor producción de CRH (hormona liberadora de corticotropina) en el hipotálamo, la cual es promovida por neurotransmisores como la noradrenalina y la acetilcolina. Además, la somatostatina y la propia CRH inhiben la producción de dopamina y noradrenalina, lo que contribuye al desarrollo de síntomas depresivos. (40)

➤ **Trastornos inflamatorios o alteraciones del sistema inmune:**

La activación sostenida de la respuesta inmune induce la liberación de citocinas proinflamatorias, como IL-1 β , IL-6, TNF- α e IFN- γ , las cuales logran atravesar la barrera hematoencefálica e impactan directamente en regiones cerebrales clave como la corteza prefrontal y el hipocampo. Estas moléculas alteran la síntesis, liberación y recaptación de neurotransmisores monoaminérgicos (serotonina, noradrenalina y dopamina), reduciendo su disponibilidad sináptica. Asimismo, la inflamación crónica promueve el estrés oxidativo, el daño neuronal y la disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, agravando la alteración neuroendocrina. De forma paralela, la acción de células inmunes como linfocitos, células T y B, monocitos y macrófagos sobre la microglía contribuye a procesos neurodegenerativos y compromete la plasticidad sináptica, consolidando el vínculo entre la desregulación inmune y la fisiopatología depresiva. (38)

➤ **Consideraciones neuroanatómicas:**

Esta área se relaciona a una afección de cualquier de estas 4 regiones: disminución de corteza prefrontal. Zona cingulada anterior, hipocampo y aumento de actividad de la amígdala. (38)

- **Factores genéticos**

✓ **Herencia familiar:** La depresión presenta una mayor prevalencia en familiares de primer grado, siendo de 1,5 a 3 veces más común en comparación con personas sin antecedentes familiares. El riesgo de padecerla en la adolescencia es del 10 % al 25 % si uno de los padres la ha tenido, y se duplica si ambos progenitores han sido afectados. (39,41)

✓ **Genes:** Estudios reportan más de 200 genes involucrados en la depresión. Entre ellos destacan: el gen COMT, que influye en el volumen del hipocampo; el alelo FKBP5, que altera el funcionamiento del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y regula la liberación de ACTH y cortisol; el gen BDNF, asociado a la gravedad del trastorno depresivo mayor (TDM); y el gen 5-HTTLPR, implicado en la recaptación de serotonina. (39)

- **Factores psicológicos:**

Desde el enfoque psicodinámico, se ha planteado que la depresión puede originarse en pérdidas simbólicas significativas y conflictos intrapsíquicos no resueltos. Sigmund Freud, en su estudio *Duelo y melancolía*, distingue entre el duelo, originado por la pérdida real de un ser querido, y la melancolía, generada por pérdidas de carácter simbólico o interno. Según Freud, la depresión representa una forma de adaptación ante estas pérdidas, manifestando sentimientos de hostilidad y desesperanza hacia el objeto perdido, lo cual contribuye a un desequilibrio emocional persistente.

Complementando esta perspectiva, Mackinnon y Michels (1971) señalan que una autoestima saludable se construye a partir de experiencias constantes de afecto, aprobación y respeto por parte de figuras significativas. Cuando estas relaciones se deterioran o se interrumpen, la persona percibe una amenaza a su valía personal, lo que puede detonar síntomas depresivos. (42)

Desde la visión cognitiva, Aaron Beck (1967) propone que la depresión está relacionada con la presencia de esquemas mentales disfuncionales, caracterizados por interpretaciones negativas automáticas sobre uno mismo, el entorno y el futuro, conocidas como la "tríada cognitiva". Estas distorsiones cognitivas no solo predisponen a la aparición de la depresión, sino que también la mantienen al intensificar el malestar emocional. Finalmente, experiencias como el rechazo, la pérdida o el trauma pueden comprometer los mecanismos de regulación emocional, generando respuestas desadaptativas frente al estrés, lo cual incrementa la vulnerabilidad al desarrollo de trastornos depresivos. (43)

- **Factores sociales:**

- **Edad:**

Durante la adolescencia, el riesgo de presentar síntomas depresivos aumenta progresivamente. Al inicio, los cambios hormonales y físicos propios de la pubertad generan vulnerabilidad emocional, aunque la depresión es menos frecuente y más difícil de detectar. En la etapa media, las presiones sociales, académicas y familiares, junto con la búsqueda de identidad y conflictos con la autoridad, incrementan notablemente los trastornos del ánimo, especialmente en mujeres. Hacia el final de la adolescencia, la ansiedad relacionada con decisiones importantes sobre el futuro intensifica los síntomas depresivos, evidenciando un riesgo creciente conforme avanza la edad. (44)

- **Sexo:**

Las adolescentes tienen de dos a tres veces más probabilidades de experimentar síntomas depresivos que los varones, especialmente en la primera mitad de la adolescencia. Esta diferencia se atribuye a factores hormonales, genéticos, culturales y de género, junto con mayores niveles de estrés, diferencias en las relaciones interpersonales y una mayor propensión a pensamientos intrusivos. (45)

Las fluctuaciones hormonales, especialmente de estrógeno y progesterona, influyen en la salud mental femenina, afectando neurotransmisores como la serotonina y la dopamina, que regulan el estado de ánimo. Durante la fase folicular del ciclo menstrual, el estrógeno favorece el equilibrio emocional, mientras que, en la fase lútea, su descenso se asocia con alteraciones emocionales y un agravamiento de los síntomas depresivos. (45)

La hipótesis del artefacto de Ellen L. Macrory sugiere que las diferencias en las tasas de depresión entre hombres y mujeres podrían deberse a sesgos en los instrumentos de diagnóstico. Según Macrory, los instrumentos de diagnóstico, como cuestionarios y entrevistas, tienden a detectar más depresión en mujeres debido a que estas suelen reportar más síntomas, como trastornos del apetito, sueño, cansancio y ansiedad. En cambio, los hombres tienden a informar menos sobre síntomas somáticos y psíquicos, lo que puede sesgar el diagnóstico hacia las mujeres. (46)

Estudios en diversos países muestran mayor prevalencia de síntomas depresivos en mujeres que en hombres. En Estados Unidos, las tasas son del 25% para mujeres y 10% para hombres; en Chile, 16,9% para mujeres y 14,0% para hombres, con una prevalencia general del 15,6%; y en México, entre 14,78% y 16,8%, siendo 17,9% en mujeres y 11,1% en hombres. (45)

– Religión

Rosmarin et al. (2014) estudiaron la relación entre religión y trastornos del ánimo en 34 pacientes geriátricos con trastorno bipolar o depresión mayor. Mediante entrevistas y autoinformes, encontraron que las dificultades espirituales son un factor de riesgo significativo para síntomas depresivos más graves. (47)

Elisson et al. (2013) definieron las luchas espirituales como conflictos relacionados con lo sagrado y lo sobrenatural, incluyendo problemas con Dios y dudas religiosas. Su estudio encontró una conexión entre estas luchas y psicopatologías como depresión, ansiedad, ansiedad fóbica y somatización. (48)

La participación en actividades religiosas, como asistir a la iglesia, se ha identificado como un factor de apoyo social importante para las personas con depresión. Esta participación aumenta la autoestima y los sentimientos de control, a través de prácticas como la oración y la meditación, que favorecen la conexión personal con lo divino (Levin, 1994). Unirse a grupos religiosos estrictos, como algunas religiones cristianas autoritarias, puede tener efectos negativos. Según Braam et al. (1998), estas religiones promueven sacrificios y dependencia, lo que puede aumentar el pesimismo, la soledad y la culpa, empeorando los síntomas depresivos y dificultando la recuperación. (49)

– Zona de residencia:

Según Diez Roux (2010) el lugar de residencia engloba características étnicas, económicas, de posición e inequidad social, de vivienda, de espacios públicos disponibles para la interacción social los cuales, según Mair, Kaplan, Everson-Rose y Lowe et al., (2014) pueden ser ambientes de violencia, desorden e inseguridad que se asocian con autor reportes de síntomas depresivos en adolescentes. (50)

Ana Velia Muñoz Gallegos, docente de la Unidad Académica de Psicología de la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ), aseguró que un hacinamiento con condiciones precarias trae consigo aumento de estrés y enfermedades, como la ansiedad y la depresión, así como violencia física y sexual. (57) Finalmente, Verbeek et al (2015) menciona que los sucesos de vida tales como la vivienda, el hacinamiento, la familia entre otros son fuertes predictores de la depresión y son más frecuentes en poblaciones de nivel socioeconómico bajo. (50)

• Factores familiares:

– Tipo de familia:

Eytia et al. (2012) destacan que los eventos familiares son los principales predictores de la depresión, mientras que Sentín (1989) señala que los adolescentes deprimidos suelen

crecer en una estructura familiar en conflicto o vivir situaciones conflictivas dentro de su familia. (51) Palacios señala que la familia es fundamental en la formación de la autoestima, el sentido de sí mismo y el bienestar psicológico del adolescente, ya que estos dependen en gran medida de la calidad de las relaciones de apego y protección vividas desde la niñez. Arranz (2010) afirma que la influencia familiar en el desarrollo se debe a que las interacciones sociales se interiorizan en el individuo. Si falla el núcleo familiar, la disfuncionalidad resultante afecta negativamente el desarrollo emocional del individuo. (52)

Un estudio sobre disfuncionalidad familiar en adolescentes de 10 a 19 años encontró que el 69,1% presentaba trastornos emocionales debido a problemas familiares, mientras que el 30,9% no mostró alteraciones emocionales y provenía de familias funcionales. Los resultados muestran una asociación moderada entre la depresión y el tipo de familia disfuncional. (51) Finalmente, Schuster y colaboradores, en un estudio con estudiantes de nivel medio superior en Estados Unidos, encontraron que un mayor nivel de comunicación con los padres reducía los síntomas depresivos en los adolescentes masculinos. Concluyeron que una supervisión parental saludable y patrones de comunicación positivos protegen contra problemas depresivos, incluso en contextos de estrés y pobreza. (45)

– **Violencia intrafamiliar:**

Es la presencia de abuso por parte de los familiares del adolescente hacia su persona. Los eventos más predictores de depresión ocurren en la familia, como el maltrato físico, las peleas o el divorcio de los padres. (50) La violencia intrafamiliar puede generar graves problemas psicológicos, como conductas agresivas, retraídas o temerosas, y se asocia con la aparición de síntomas depresivos. (50) El 83% de los niños en países menos desarrollados del mundo son objeto de castigos violentos por parte de sus cuidadores. La crianza y el apoyo de los padres en la adolescencia siguen siendo uno de los mayores protectores de la salud mental. (53)

La probabilidad de padecer depresión al haber sufrido algún tipo de violencia sobre todo sexual escasi el triple de las que no tuvieron esta experiencia, comprensible por los efectos sobre el psiquismo que genera este tipo de agresión. En contraste con la creencia popular de que las violaciones u agresiones son cometidas por personas desconocidas, los estudios estadísticos muestran que los ofensores de las adolescentes de 15 a 19 años suelen ser miembros de la familia, amigos, compañeros o novios. (54)

–

– **Antecedentes de depresión:**

El entorno familiar en el que crece un adolescente juega un papel crucial en el desarrollo de la depresión. Según Garber (2006), la depresión en los padres es un factor de riesgo para los adolescentes, y Brent et al. afirman que la presencia de un miembro de la familia deprimido, especialmente si es el jefe de familia, afecta negativamente la salud mental del adolescente. Además, estudios recientes muestran que los familiares de primer grado de personas con trastorno depresivo mayor tienen tres veces más probabilidades de desarrollar depresión en comparación con la población general. (54)

Los factores de riesgo más comunes para la depresión incluyen conflictos conyugales, dificultades emocionales entre padres e hijos, abuso físico, emocional o sexual, negligencia, y eventos negativos como el divorcio conflictivo de los padres, la pérdida de amistades y la muerte de un ser querido. (55)

– **Funcionalidad familiar:**

Dado que la familia es el primer medio de protección, socialización y desarrollo que puede tener un adolescente, la influencia de la familia en la génesis de las alteraciones en salud mental en la adolescencia es importante.

La funcionalidad o disfuncionalidad de una familia depende del grado de satisfacción de las necesidades biológicas, psicológicas, económicas y sociales de cada miembro para poder enfrentar cada ciclo de vida y los cambios que se producen en cada uno de ellos superando cada una de las etapas y crisis del ciclo vital. (56)

En su investigación, Serra, Terán y Villegas señalan que los adolescentes depresivos se originan en familias que tienen patrones inadecuados, como la falta de cohesión, la cercanía, el sentido de pertenencia y la flexibilidad. Además, mencionan que las familias disfuncionales reducen la probabilidad de recibir apoyo en situaciones de estrés y aumentan los síntomas de tensión emocional en los adolescentes. Los problemas de vínculo y la falta de apoyo emocional aumentan la probabilidad de que los adolescentes desarrollen depresión. (56)

• **Factores personales:**

– **Actividad física**

La OMS establece que realizar más de 30 minutos diarios de actividad física moderada durante al menos cinco días a la semana es fundamental para mejorar la salud cardiovascular, metabólica y mental, y prevenir enfermedades en adultos. En niños y adolescentes de 5 a 17 años, la recomendación aumenta a un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada a vigorosa, con ejercicios que

fortalezcan músculos y huesos al menos tres veces por semana. (57)

La actividad física aumenta la neuro plasticidad cerebral y reduce los medidores inflamatorios en el nivel sistémico, que están altamente relacionados con el desarrollo de la depresión, al afectar varias vías metabólicas. (58)

El sedentarismo se relaciona con niveles elevados de glucosa e insulina después de comer, lo que lleva a ganar peso, resistencia a la insulina y mayores niveles de adipocinas. Esto genera un estado crónico de inflamación, con producción de especies reactivas de oxígeno que dañan el endotelio y promueven inflamación persistente, dificultando la gestión de situaciones adversas. (58)

Un estudio en Vasco (España) con 1104 estudiantes de 8 a 12 años encontró que la falta de actividad física estaba relacionada con la depresión (Bernaras, Jaureguizar, Soroa, Ibabe y de la Cuevas, 2013). En su experiencia, un programa de ejercicio físico de dos años redujo los síntomas del comportamiento externalizado. (Tubić & Đorđić, 2013). (59)

– **Desempeño académico:**

El bajo rendimiento académico está científicamente relacionado con la depresión debido a una combinación de factores psicológicos, cognitivos y neurobiológicos. El bajo rendimiento académico es un factor de riesgo para la depresión en adolescentes. Estudios neurocientíficos han demostrado que la depresión está asociada con alteraciones en regiones cerebrales clave como el hipocampo (memoria), la corteza prefrontal (toma de decisiones y concentración) y la amígdala (procesamiento emocional). Además, la falta de motivación, manifestada en la pérdida de interés y la desesperanza, reduce el esfuerzo académico. A nivel emocional, la autoestima baja y la ansiedad asociada a la depresión generan inseguridad y temor al fracaso. En el plano fisiológico, la fatiga crónica y las alteraciones del sueño limitan el rendimiento escolar. Por último, el aislamiento social y los conflictos interpersonales propios de la depresión restringen el acceso a apoyo académico, perpetuando el bajo desempeño. (35)

2.2.4. Modelo explicativo de la depresión:

• **Modelo cognitivo-conductual.**

El modelo cognitivo-conductual explica la depresión como resultado de la interacción entre pensamientos, emociones y comportamientos. Este enfoque sostiene que las creencias y pensamientos negativos, especialmente sobre uno mismo, el entorno y el futuro (la “triada cognitiva negativa”), influyen en el malestar emocional y las conductas

desadaptativas que mantienen la depresión. Estos pensamientos negativos se originan a partir de experiencias adversas y se organizan en esquemas cognitivos, que son estructuras mentales básicas formadas desde la infancia mediante interacciones disfuncionales. Estos “esquemas tempranos mal adaptativos” se activan en situaciones específicas, generando distorsiones cognitivas, respuestas emocionales intensas y comportamientos problemáticos. (60)

2.2.5. Instrumento de evaluación de la depresión:

➤ **Cuestionario de Depresión: BDI – II: Inventario de depresión de Beck (IDB-II)**

El Inventario de Depresión de Beck, segunda edición (IDB-II), es una herramienta de detección diseñada para medir la intensidad de los síntomas depresivos en personas de 13 años en adelante, evaluando su estado durante las últimas dos semanas. Basado en criterios diagnósticos del DSM-IV, el test consta de 21 ítems que reflejan diversos síntomas como tristeza, pérdida de placer, culpa y pensamientos suicidas. La mayoría de los ítems ofrece cuatro opciones de respuesta, mientras que dos ítems relacionados con el sueño y el apetito presentan siete categorías. (61) (62)

– **Clasificación**

- ✓ Depresión mínima/sin depresión (puntajes entre 0 y 13)
- ✓ Depresión leve (puntajes entre 14 y 19)
- ✓ Depresión moderada (puntajes entre 20 y 28)
- ✓ Depresión severa (puntajes entre 29 y 63).

2.2.6. Aspectos específicos de la depresión en adolescentes:

La adolescencia es una etapa de transición entre la niñez y la adultez, marcada por cambios puberales que implican transformaciones sociales, psicológicas y biológicas. Aunque pueden generar crisis y conflictos, la mayoría de estos cambios tienen un resultado positivo, ya que la adolescencia implica adaptarse a nuevas circunstancias y tomar decisiones para alcanzar mayor autonomía psicológica y social. (63)

La adolescencia es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años de edad. Por su parte, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) establece esta etapa entre los 12 años y los 17 años, 11 meses y 29 días, según su normativa oficial. (38)

2.2.7. Etapas:

- **Adolescencia temprana (12-14 años):** Durante la adolescencia temprana se inicia la pubertad, marcada por un crecimiento acelerado, cambios hormonales y el desarrollo de características sexuales secundarias. En esta etapa, el adolescente experimenta una mayor autoconciencia, inicia la construcción de su identidad y presenta emociones intensas y variables. Además, comienza a distanciarse progresivamente de la familia, fortaleciendo su vínculo con el grupo de pares. También se incrementa el deseo de pertenecer a grupos sociales, se profundizan las amistades y surge la curiosidad por la sexualidad. (64)
- **Adolescencia media (15-16 años):** En la adolescencia media se consolidan los cambios físicos y mejora la coordinación corporal. A nivel psicológico, se profundiza la búsqueda de identidad, se desarrolla el pensamiento abstracto y se cuestionan normas familiares y sociales. Emocionalmente, hay inestabilidad. En el ámbito social, las relaciones se vuelven más selectivas, aumenta el deseo de independencia y se inician vínculos afectivos o románticos. (64)
- **Adolescencia tardía (17-19 años):** En la adolescencia tardía se completa la madurez física y el crecimiento se estabiliza. Se consolida la identidad personal, aumenta la madurez emocional y la capacidad para tomar decisiones conscientes orientadas a metas futuras. Las relaciones interpersonales se vuelven más estables, se fortalece la independencia económica y afectiva, y se asumen responsabilidades propias de la vida adulta. (64)

2.2.8. Desarrollo del adolescente: cambios físicos, emocionales y sociales.

Durante la adolescencia, los individuos atraviesan cambios significativos en lo físico, emocional y social, los cuales son parte del proceso de transición de la infancia a la edad adulta. Estos cambios impactan profundamente en el desarrollo y la formación de la identidad de los adolescentes. (65):

– **Cambios físicos:** Durante la adolescencia, los adolescentes experimentan un rápido crecimiento físico, incluyendo cambios en la estatura, desarrollo muscular y características sexuales secundarias, como el vello corporal y cambios en la voz. Estos cambios, impulsados por hormonas, varían entre niños y niñas.

– **Cambios emocionales:** La adolescencia es un período de cambios emocionales intensos, donde los adolescentes experimentan una amplia gama de emociones, desde alegría hasta tristeza e ira. Estos cambios son influenciados por factores hormonales, cerebrales y ambientales, como la presión de grupo y desafíos académicos y sociales.

– **Cambios sociales:** Durante la adolescencia, los adolescentes desarrollan mayor independencia y autonomía, lo que puede llevar a un distanciamiento de la familia y a la búsqueda de una identidad propia. También experimentan cambios en sus relaciones con amigos, compañeros y en su comprensión de las relaciones románticas y sexuales.

2.3 Hipótesis

Ha. Los factores sociodemográficos, familiares y personales tienen asociación significativa a depresión en adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad – Baños del Inca, Cajamarca, 2024

Ho. Los factores sociodemográficos, familiares y personales no tienen asociación significativa a depresión en adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad – Baños del Inca, Cajamarca, 2024

2.4 Variables

Variable 1

- Factores sociodemográficos.
- Factores familiares.
- Factores personales.

Variable 2

- Depresión

2.5 Definición, conceptualización y operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS/CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE 1 1. Factores sociodemográficos	Características sociales y demográficas que describen a las personas y facilitan el análisis de su contexto y comportamiento social. (66)	Corresponde a las características propias del individuo, tales como edad, sexo, religión y lugar de procedencia. Estos datos se recopilarán a partir de la sección de datos generales del cuestionario (ver Anexo N.º 02).	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 14 a 16 años • 17 a 19 años 	De razón
			Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino 	Nominal
			Religión	<ul style="list-style-type: none"> • Católica • Evangélica • Otras 	Nominal
			Zona de residencia	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural 	Nominal
2. Factores familiares	Son las características y dinámicas del núcleo familiar que influyen en el desarrollo, comportamiento y bienestar de sus miembros. (66)	Características relacionadas con la estructura, convivencia y dinámica del entorno familiar del adolescente, medidas a través del cuestionario de datos generales (Anexo N.º 02)	Tipo de familia	<ul style="list-style-type: none"> • Familia nuclear • Familia monoparental • Familia extensa • Familia reconstituida • Otros 	Nominal
			Violencia Familiar:	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
			Antecedente de depresión en el hogar	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No lo sé 	Nominal
			Apgar familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Buena función familiar • Disfunción familiar leve • Disfunción familiar moderada • Disfunción familiar severa 	Ordinal
3. Factores personales	Características individuales físicas, emocionales y cognitivas que influyen en el comportamiento y desarrollo personal. (66)	Corresponden a hábitos de actividad física y percepción del rendimiento académico, como reflejo de su autovaloración, medidas a través del cuestionario de datos generales (Anexo N.º 02).	Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza • No realiza 	Nominal
			Percepción de rendimiento académico	<ul style="list-style-type: none"> • Bueno • Regular • Malo 	Ordinal

<p>VARIABLE 2</p> <p>Depresión</p>	<p>Trastorno emocional caracterizado por sentimiento exagerado de tristeza, melancolía y abatimiento. (66)</p>	<p>Es la medición de las dimensiones cognitivo - afectivo y somático motivacional a través de 21 ítems.</p>	<p>Tristeza, pérdida de placer, sensación de fracaso, pérdida de energía, cambios en el apetito, dificultad para dormir, pensamientos suicidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 0 = Ausente • 1 = Leve • 2 = Moderado • 3 = Severo 	<p>Ordinal</p>
--	--	---	---	---	----------------

CAPÍTULO III

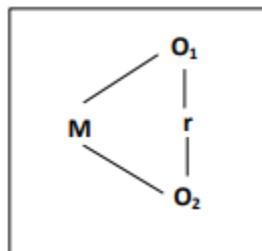
DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Diseño y tipo de estudio

El diseño de la presente investigación fue no experimental de corte transversal; de tipo descriptivo correlacional. Enfoque cuantitativo

- **No experimental**, porque no se manipularon las variables, sino que se observaron tal como ocurren en su contexto natural. (67)
- **De corte transversal**, porque los datos se recolectaron en un solo momento y mediante una única aplicación del cuestionario, sin seguimiento en el tiempo. (67)
- **Cuantitativa**, porque utilizó datos numéricos y análisis estadístico para medir la relación entre variables. (67)
- **Correlacional**, porque permitió conocer la asociación entre los factores sociodemográficos, familiares, personales y la depresión en los adolescentes. (67)

Esquema de diseño correlacional:



Donde:

- **M:** Adolescentes
- **O₁:** Factores sociodemográficos, familiares y personales
- **O₂:** Depresión
- **r:** Relación entre las variables de estudio

3.2 Área de estudio y población

La presente investigación se llevó a cabo en el Centro educativo 82040 "Virgen de la

Natividad” ubicada Prolongación Pachacútec 325 en el distrito de los Baños del Inca, provincia de Cajamarca, supedita por la UGEL Cajamarca. La I.E 82040 es una institución que cuenta con nivel primaria y secundaria, turno mañana y tarde respectivamente.

La población de estudio estuvo constituida por los alumnos de 3,4 y 5° año del nivel secundario del Centro Educativo 82040 “Virgen de la Natividad”; un aproximado de 210 alumnos.

3.3 Muestra y muestreo:

Para el cálculo muestral se utilizó la fórmula para población finita, considerando un nivel de confianza del 95 % y un margen de error del 5 %. La muestra se seleccionó mediante muestreo probabilístico aleatorio simple, garantizando igualdad de probabilidad para todos los integrantes de la población. Se calculó teniendo en cuenta la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n: tamaño de la muestra

N: tamaño de la población (210 adolescentes)

Z: nivel de confianza (1.96)

p: probabilidad de éxito (0.5)

q: probabilidad de fracaso (0.5)

e: margen de error (0.05)

Por lo tanto:

$$\begin{aligned} n &= \frac{210 \cdot (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.05)^2 \cdot (210 - 1) + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5} \\ n &= \frac{210 \cdot 3.8416 \cdot 0.25}{0.0025 \cdot 209 + 3.8416 \cdot 0.25} \\ n &= \frac{201.684}{1.4829} = 136 \end{aligned}$$

Por tanto, la muestra queda conformada por 136 adolescentes. No obstante, se trabajó con 137 adolescentes, lo cual mantiene la validez y representatividad estadística del estudio.

3.4 Unidad de análisis

La unidad de análisis en la presente investigación estuvo constituida por cada adolescente de 3,4 y 5° año del nivel secundario del Centro Educativo Virgen de la Natividad Baños del Inca.

3.5 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Adolescentes cuyos tutores firmaron el consentimiento informado para participar de la investigación.
- Adolescentes que firmaron el asentimiento informado para participar de la investigación.
- Adolescentes pertenecientes al 3,4 y 5° del nivel secundaria.
- Adolescentes con edades de 13 años a 19 años.

Criterios de exclusión

- Adolescentes que registraron ausencia el día de la aplicación del instrumento.
- Adolescentes con alguna enfermedad diagnosticada.
- Adolescente con pérdida de algún familiar o persona cercana.

3.6 Consideraciones éticas de la investigación

Autonomía: el adolescente entrevistado tuvo libertad de emitir sus respuestas, sin ser influenciado por terceras personas.

La beneficencia: Los datos recolectados fueron utilizados sólo para efectos de la presente investigación y no fueron utilizados para otras investigaciones.

No maleficencia: Se tuvo en cuenta no realizar acciones o eventos que perjudiquen al adolescente durante la investigación.

Justicia: Durante la explicación de la herramienta todos los adolescentes tuvieron la facultad de ser evaluados, sin diferenciación por raza ni religión.

Privacidad: Se respetó el anonimato del adolescente entrevistado, desde el inicio de la investigación, hasta el final.

Confidencialidad: La identidad personal del adolescente fue protegida para que no sea

divulgada sin su consentimiento, además la información referida por los adolescentes no fue revelada, utilizándose sólo para fines de investigación.

Consentimiento y asentimiento informado: Luego que el apoderado y el adolescente fueron informados, en forma clara y precisa, el propósito de la investigación, emitieron su autorización firmando el documento de consentimiento y asentimiento informado respectivamente. (**ANEXO 06 y 07**)

3.7 Procedimientos para la recolección de datos

Para la presente investigación se llevó a cabo los procedimientos para la recolección de datos de la siguiente manera:

- En primera instancia, se solicitó la autorización correspondiente a la Dirección del Centro Educativo Virgen de la Natividad, Baños del Inca, la cual aprobó mediante oficio N°092-24, la recolección de datos en los estudiantes, para llevar a cabo el estudio.
- Se ingresó a las aulas previa autorización del docente, asegurando así el cumplimiento de los protocolos institucionales. A cada sección se le explicó de manera clara y detallada el propósito de la investigación enfatizando los objetivos y la importancia del estudio.
- El primer día de visita a las aulas, se entregó a cada estudiante su documento de asentimiento informado, junto con el consentimiento informado destinado a su apoderado. Se les indicó que, en caso de aceptar participar en el estudio, deberán entregar ambos documentos firmados al día siguiente, garantizando así que su participación fuera voluntaria, respetando su confidencialidad y anonimato.
- El segundo día se llevó a cabo la aplicación de los cuestionarios. Previamente, se verificó que los documentos de asentimiento y consentimiento informado estuvieran debidamente firmados. El tiempo máximo destinado para completar los cuestionarios fue de 15 minutos. Al concluir, se expresó el agradecimiento a cada alumno.

3.8 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario auto llenado.

Descripción del instrumento

Para la recolección de datos en esta investigación se utilizó la técnica de encuesta como

instrumento:

1. Un cuestionario de recolección de datos (ANEXO 02)

Donde se consignaron datos sociodemográficos, familiares y escolares de los adolescentes, de esta manera la clasificación se da de la siguiente manera:

- Características Sociodemográficos: Edad, sexo, religión y procedencia.
- Características familiares: tipo de familia, violencia familiar, antecedente familiar de depresión y Apgar familiar.
- Características personales: Actividad física y percepción del rendimiento académico.

2. La Escala APGAR Familiar de Smilkstein (1978) (ANEXO 03)

Está integrada por 5 ítems de tipo Likert con cinco alternativas, la cual evalúa la percepción del funcionamiento familiar (Gómez & Ponce, 2010).

Las áreas o dimensiones que evalúa son:

- Adaptación, participación, ganancia, afecto y recursos.

Cada una de las respuestas tiene un puntaje que va entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: 0: Nunca, 1: Casi nunca, 2: Algunas veces, 3: Casi siempre y 4: Siempre

De acuerdo al puntaje la clasificación es:

- Buena función familiar: 18 - 20
- Disfunción familiar leve: 14 - 17
- Disfunción familiar moderada: 10 - 13
- Disfunción familiar severa: 9 o menos

3. Cuestionario de Depresión: BDI – II: Inventario de depresión de Beck (IDB-II) (ANEXO 4)

“El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) es un autoinforme de 21 ítems que evalúa la intensidad de los síntomas depresivos. El evaluado debe seleccionar la opción que mejor describa su estado en las últimas dos semanas, en una escala de menor a mayor gravedad. Cada ítem recibe una puntuación de 0 a 3, y la puntuación total, que oscila

entre 0 y 63, se obtiene sumando las puntuaciones de todos los ítems. **(ver Ficha Técnica, Anexo 01).** (68)

Dimensiones:

- Cognitivo – afectivo: Tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida del placer, sentimientos de culpa, disconformidad con uno mismo autocrítica, pensamientos o deseos suicidas llanto, desvalorarse.
- Somático – motivacional: Agitación, pérdida de interés, indecisión, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios de apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga.

De acuerdo con el puntaje la clasificación puede ser:

- 0-13 mínima depresión/sin depresión
- 14-19 depresión leve
- 20-28 depresión moderada
- 29-63 depresión grave.

Validación:

Se llevó a cabo una evaluación mediante juicio de expertos con la participación de dos obstetras y un psicólogo especializados en el campo clínico. Ellos revisaron y evaluaron cada ítem de la cartilla de información, proporcionando sugerencias y observaciones para su mejora.

Confiabilidad:

La confiabilidad del instrumento se realizó mediante prueba piloto en una muestra de 20 adolescentes del Centro educativo Andrés Avelino Cáceres y luego se determinó el coeficiente Alfa de Cronbach. **(ANEXO 9)**

- **Confiabilidad de la escala Apgar familiar de Smilkstein**
Alfa de Cronbach: 0,783; que indica que el instrumento es bueno y confiable para su aplicación.
- **Confiabilidad de Inventario de depresión de Beck (IDB-II)**
Alfa de Cronbach: 0,853; que indica que el instrumento es bueno y confiable para su aplicación.

3.9 Procesamiento y análisis de datos

La información se procesó electrónicamente mediante la creación de una base de datos en Microsoft Excel para luego realizar los análisis en el software estadístico IBM SPSS versión 27, para que finalmente sean presentados a través de tablas estadísticas. Asimismo, cada variable fue analizada con estadística descriptiva empleando frecuencias y proporciones.

Para comprobar la hipótesis se aplicó la prueba no paramétrica de Chi Cuadrado de Pearson con un valor P menor a 0,05. Con el propósito de evaluar si las variables de estudio se relacionan.

3.10 Control de calidad de datos

La calidad de los datos estuvo sujeta en primera instancia a una prueba piloto la cual incluyó a 20 adolescentes demostrando su fiabilidad.

Es importante aclarar que la recolección de datos se realizó bajo la observación de la autora para disminuir los datos perdidos, asimismo el ingreso a la base de datos se hizo el mismo día que se aplicó el instrumento.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 Características sociodemográficas

Tabla 1. Características sociodemográficas de los adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad

Características sociodemográficas	N	%
Edad		
14 a 16 años	32	23
17 a 19 años	105	77
Sexo		
Femenino	74	54
Masculino	63	46
Religión		
Católica	62	45
Evangélica	48	35
Otra	27	20
Zona de residencia		
Urbano	97	71
Rural	40	29

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la Tabla 1, se muestra los resultados de las características sociodemográficas de los adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad obteniéndose que, en cuanto a la edad, la mayoría de los adolescentes pertenecen al grupo de adolescentes entre 17 y 19 años, representando un 77% de la muestra, mientras que el 23% restante corresponde a las adolescentes entre 14 y 16 años.

En relación al sexo, los resultados muestran una distribución equilibrada, aunque con una ligera predominancia femenina, representando el 54% de la muestra, mientras que los varones constituyen el 46%.

Respecto a la religión, se identifica que la mayoría de los adolescentes se adhieren a la

religión católica, representando el 45% de la muestra, seguidos por aquellos que se identifican como evangélicos con un 35%. y el 20% de los adolescentes reportó pertenecer a otras religiones.

Finalmente, en cuanto a la zona de residencia, se observa que un 71% de los adolescentes reside en áreas urbanas, mientras que el 29% vive en zonas rurales.

4.2 Características familiares

Tabla 2. Características familiares de los adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad

Características familiares	N	%
Tipo de Familia		
Familia nuclear	86	63
Familia monoparental	21	15
Familia extensa	12	9
Familia reconstituida	7	5
Otros	11	8
Presencia de Violencia en el Hogar		
Sí, frecuentemente	6	4
Sí, ocasionalmente	12	9
Sí, pero rara vez	27	20
No, nunca	92	67
Antecedentes de Depresión en el Hogar		
Sí	13	9
No	72	53
No lo sé	52	38
APGAR Familiar		
Familia funcional	34	25
Disfunción leve	42	31
Disfunción moderada	45	33
Disfunción severa	16	11

Fuente: Ficha de recolección de datos.

En la tabla 2 se observa que las características familiares de los adolescentes estudiados en el Centro Educativo Virgen de la Natividad obteniéndose que el mayor porcentaje de los adolescentes provienen de familias nucleares, representando el 63% de la muestra. Este dato indica que la estructura familiar tradicional, compuesta por ambos padres y sus hijos, es la más común en la población estudiada. Sin embargo, también se identifican otros tipos de familias. El 15% de los adolescentes proviene de familias monoparentales, el 9% de familias extensas, el 5% de familias reconstituidas, y un 8% reporta pertenecer a otras formas de organización familiar. Esta diversidad en las estructuras familiares resalta la variedad de entornos en los que los adolescentes pueden estar desarrollándose.

Con respecto a la presencia de violencia en el hogar, la mayoría de los adolescentes, el 67%, reportó no haber experimentado violencia en su hogar. Sin embargo, un 20% mencionó que la violencia ocurre rara vez, mientras que un 9% señaló que la violencia ocurre ocasionalmente y solo un 4% informó que la violencia es frecuente en su hogar.

Denotando así que el 67% de adolescentes experimentan violencia en el hogar y 33% no lo experimentan. Estos datos revelan que, aunque la violencia no es una experiencia común para la mayoría, una proporción notable de adolescentes sí ha estado expuesta a algún grado de violencia en su entorno familiar.

Sobre los antecedentes de depresión en el hogar, el 53% de los adolescentes indicó que no existen antecedentes de depresión en su familia, mientras que un 9% afirmó lo contrario. Sin embargo, un 3% de los adolescentes no está seguro de si hay antecedentes de depresión en su hogar. Esta falta de conocimiento podría reflejar una falta de comunicación o conciencia sobre la salud mental dentro de las familias.

Finalmente, los resultados del APGAR familiar, que mide la funcionalidad familiar, muestran que solo el 25% de los adolescentes pertenece a familias funcionales. El 31% de los adolescentes reporta una disfunción familiar leve, el 33% una disfunción moderada, y un 11% experimenta disfunción familiar severa. Estos datos indican que una proporción significativa de los adolescentes vive en hogares con algún nivel de disfunción, lo que puede tener un impacto en su bienestar emocional y mental.

4.3 Características personales

Tabla 3. Características personales de los adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad

Características personales	N	%
Realiza Actividad Física		
Nunca	6	4
1-2 veces por semana	71	52
3-4 veces por semana	47	34
5-6 veces por semana	5	4
Todos los días	8	6
Tiempo de Actividad Física		
Nunca	6	4
Menos de 30 minutos	35	26
Más de 30 minutos	96	70
Percepción de Rendimiento Académico		
Bueno	21	15
Regular	96	70
Malo	20	15

Fuente: Ficha de recolección de datos.

La Tabla 03 muestra los resultados de las características personales de los adolescentes estudiados en el Centro Educativo Virgen de la Natividad, los cuales muestran que la mayoría de los adolescentes (52%) realiza actividad física 1 a 2 veces por semana, lo que indica que, aunque existe cierta regularidad en la práctica de ejercicio, no es una actividad diaria para la mayoría. Un 34% de los adolescentes realiza actividad física 3 a 4 veces por semana, mientras que solo un pequeño porcentaje la realiza con mayor frecuencia, el 4% de 5 a 6 veces por semana, el 6% todos los días y un 4% nunca realiza actividad física, lo cual podría tener implicaciones en su salud general.

En relación al tiempo dedicado a la actividad física, se observa que una amplia mayoría (70%) de los adolescentes que practican algún tipo de ejercicio físico lo hacen por más de 30 minutos, un 26% realiza actividad física durante menos de 30 minutos, mientras que un 4% nunca realiza actividad física.

Respecto a la percepción del rendimiento académico, la mayoría de los adolescentes (70%) percibe su rendimiento como regular, lo que indica una autovaloración moderada en cuanto a sus logros académicos. Solo un 15% de los adolescentes se considera a sí mismo con un rendimiento bueno, mientras que un porcentaje equivalente, 15%, percibe su rendimiento como malo.

4.4 Nivel de depresión

Tabla 4. Nivel de depresión en adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad. 2024

Nivel de depresión	N°	%
Mínima/sin depresión	56	41
Leve	27	20
Moderada	26	19
Severa	28	20
Total	137	100

Fuente: Inventario de depresión de Beck (IDB-II)

En la tabla 4 se pudo determinar que el grupo de adolescentes sin o con mínima depresión representan el 41%, el 20% de adolescentes muestra síntomas leves de depresión, el 19 % tiene síntomas moderados, y el 20% presenta síntomas severos de depresión.

4.5 Tabla 5. Factores sociodemográficos, familiares y personales según el nivel de depresión en adolescentes.

	Depresión										Chi-Cuadrado		
	Sin depresión		Leve		Modera da		Severa		Total		X ²	P-valor	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Factores sociodemográficos													
Edad											5.786	0.123.	
14 a 16 años	14	10	4	3	10	7	4	3	32	23			
17 a 19 años	42	31	23	17	16	12	24	18	105	77			
Sexo											19.852	0.000	
Femenino	18	13	16	12	19	14	21	15	74	54			
Masculino	38	28	11	8	7	5	7	5	63	46			
Religión											6.778	0.342.	
Católica	31	23	10	7	11	8	10	7	62	45			
Evangélica	14	10	10	7	12	9	12	9	48	35			
Otra	11	8	7	5	3	2	6	4	27	20			
Zona de Residencia											3.817	0.282	
Urbano	42	31	15	11	19	14	21	15	97	71			
Rural	14	10	12	9	7	5	7	5	40	29			
Factores Familiares													
Tipo de Familia											11	0.529	
Familia nuclear	35	26	16	12	19	14	16	12	86	63			
Familia monoparental	8	6	6	4	2	2	5	4	21	15			
Familia extensa	6	4	0	0	3	2	3	2	12	9			
Familia reconstituida	3	2	3	2	1	1	0	0	7	5			
Otros	4	3	2	2	1	1	4	3	11	8			
Presencia de Violencia en el Hogar											23.11	0.006	
Sí, frecuentemente	0	0	0	0	3	2	3	2	6	4			
Sí, ocasionalmente	4	3	5	4	1	1	2	2	12	9			
Sí, pero rara vez	6	4	5	4	6	4	10	7	27	20			
No, nunca	46	34	17	12	16	12	13	10	92	67			
Antecedentes de Depresión en el Hogar											19.371	0.004	
Sí	2	2	1	1	2	2	8	6	13	9			
No	36	26	14	10	14	10	8	6	72	53			
No lo sé	18	13	12	9	10	7	12	9	52	38			
APGAR Familiar											39.110	0.000	
Familia funcional	24	18	4	3	3	2	3	2	34	25			
Disfunción leve	20	15	11	8	8	6	3	2	42	31			
Disfunción moderada	10	7	11	8	11	8	13	10	45	33			
Disfunción severa	2	2	1	1	4	3	9	7	16	11			
Factores personales													
Realiza Actividad Física											15.743	0.203	
Nunca	0	0	1	1	2	2	3	2	6	4			
1-2 veces por semana	26	19	17	12	15	11	13	10	71	52			
3-4 veces por semana	24	18	7	5	8	6	8	6	47	34			
5-6 veces por semana	3	2	1	1	1	1	0	0	5	4			
Todos los días	3	2	1	1	0	0	4	3	8	6			
Tiempo de Actividad Física											19.447	0.003.	
Nunca	0	0	1	1	2	2	3	2	6	4			
Menos de 30 minutos	7	5	7	5	12	9	9	7	35	26			
Más de 30 minutos	49	36	19	14	12	9	16	12	96	70			
Percepción de Rendimiento Académico											9.159	0.165	
Bueno	9	7	5	4	3	2	4	3	21	15			
Regular	44	32	18	13	18	13	16	12	96	70			
Malo	3	2	4	3	5	4	8	6	20	15			
										137	100		

La tabla 5 muestra que un 31% de los adolescentes de 17 a 19 años presentan un nivel mínimo o nulo de depresión. Este porcentaje también se observa en el 28% de los varones, el 23% de los católicos, el 31% de los que viven en zonas urbanas, el 26% de

los que provienen de familias nucleares, el 34% de los que nunca presenciaron violencia en su hogar, el 26% de los que no tienen antecedentes de depresión en el hogar, el 18% de los que viven en hogares funcionales, el 19% que realizan actividad física de 1 a 2 veces por semana, el 36% que realizan más de 30 minutos por sesión y el 32% que perciben su rendimiento académico como regular.

En cuanto a nivel leve de depresión se encontró que el 17% de los adolescentes tienen 17 a 19 años, el 12% son mujeres, el 7% son entre católicos y evangélicos, el 11% viven en zona urbana, 12% provienen de hogares nucleares, el 12% nunca presenciaron violencia en su hogar, no manifiestan algún antecedente de depresión en su hogar 10%, 8% presentan hogares leve y moderadamente disfuncionales, 12% realizan ejercicio 1-2 veces por semana, 14% la realizan más de 30 min y 13% perciben su rendimiento como regular.

El 12% de los adolescentes de 17 a 19 años presentan un nivel moderado de depresión. Este porcentaje incluye al 14% de las adolescentes femeninas, el 9% de los evangélicos, el 14% de los que viven en zonas urbanas, el 14% de aquellos que provienen de familias nucleares, el 12% que nunca presenciaron violencia, el 10% que no tienen antecedentes de depresión en su hogar, el 8% con disfunción moderada en el hogar, el 11% que hacen ejercicio 1-2 veces por semana, el 9% que practican ejercicio durante más de 30 minutos y el 13% que perciben su rendimiento académico como regular.

Respecto a los adolescentes que presentaron depresión severa tenemos que el 18% tenían de 17 a 19 años, el 15% fueron mujeres, el 9% son evangélicas, el 15% viven en zona urbana, el 12% provienen de hogares nucleares, el 10% nunca presenciaron violencia en su hogar, 9% no saben si algún familiar presentó depresión en su hogar, el 10% proviene de una familia moderadamente disfuncional, el 10% realiza actividad física 1-2 veces por semana, 12% realizan ejercicio más de 30 min y el 12% percibe su rendimiento académico como regular.

Se encontró una relación significativa ($p < 0,05$) entre los siguientes factores: sexo ($p=0,000$), violencia en el hogar ($p=0,006$), antecedentes de depresión en el hogar ($p=0,004$), disfunción familiar ($p=0,000$) y tiempo dedicado a la actividad física ($p=0,003$). Estos resultados, obtenidos mediante la prueba estadística Chi-cuadrado con un 95% de confiabilidad, respaldan la hipótesis general.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En relación al primer objetivo específico, sobre las características sociodemográficos de los adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad – Baños del Inca, Cajamarca, 2024, se identificó que la mayoría de los adolescentes (77%) tenía entre 17 y 19 años, y el 23% entre 14 y 16 años. Este resultado coincide con Effio (32), quien halló mayor presencia en la adolescencia tardía (67,7%). Sin embargo, Pisconte (25) y Flores (35) encontraron predominio en la etapa temprana (56% y 71%, respectivamente).

La depresión es más común entre los 15 y 19 años, debido a los cambios biológicos, emocionales y sociales propios de esta etapa, sumados a factores como el estrés escolar, conflictos familiares y la formación de la identidad. A nivel mundial, según la OMS, la depresión afecta al 3,2% de adolescentes entre 15 y 19 años, frente al 1,4% en los de 10 a 14, evidenciando mayor vulnerabilidad en edades mayores. (3) En Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental identificó a la depresión como el trastorno más frecuente en zonas como Huaraz, Ayacucho y Cajamarca, con una prevalencia del 9,4%. Los más afectados fueron los adolescentes de 15 a 19 años (9,9%), seguidos por los de 12 a 14 años (8,9%). (12) Finalmente, la existencia de tendencias demográficas variará de una región a otra, y los resultados pueden variar según la muestra o el enfoque de cada estudio.

En cuanto al género, se halló que el 54% de los adolescentes eran mujeres y el 46% hombres, resultado similar al de Medina (20), quien reportó un 86,8% de participantes femeninas. Muñoz et al. (5) encontraron que el 14,1% de su muestra eran mujeres y el 11,8% hombres, mientras que Serna et al. (22) indicaron un 56,7% de mujeres. Asimismo, Pisconte (25) y Effio (32) informaron un 14% y 53,2% de participación femenina, respectivamente. En contraste, Alape (19), Gutiérrez (30) y Flores (34) registraron una mayor proporción de varones, con 56%, 51% y 57% respectivamente.

La distribución poblacional en el Perú indica que las mujeres representan el 50,4% a nivel nacional y el 50,3% en Cajamarca (INEI, 2023). (69) En ese marco, diversos estudios han evidenciado que durante la adolescencia las mujeres presentan una mayor prevalencia de depresión que los varones, lo cual se atribuye a múltiples factores: biológicos, como las fluctuaciones hormonales que afectan la regulación emocional; psicológicos, como la rumiación y la baja autoestima; y sociales, entre ellos los estereotipos de género, la presión cultural y una mayor exposición a situaciones de violencia (Smith et al., 2021; López & Martínez, 2020). (70) Por tanto, estas diferencias podrían estar relacionadas tanto con la distribución de género en el contexto del presente estudio como con la variedad de enfoques y criterios empleados en investigaciones a nivel local, nacional e internacional (Gómez, 2019). (71)

Respecto a la religión, el 45% de los adolescentes se declararon católicos, el 35% evangélicos y el 20% pertenecientes a otras creencias. Serna et al. (22) indican que el 83,1% de la población practica alguna religión. La fe puede influir de forma dual en la salud mental: por un lado, brinda apoyo emocional y sentido de comunidad; por otro, en contextos religiosos rígidos, puede generar presión y aumentar el riesgo de depresión (Elisson et al., 2013; Rosmarin et al., 2014; Braam et al., 1998). (45) (47)

En cuanto al lugar de residencia, el 71% de los adolescentes vivía en zonas urbanas y el 29% en áreas rurales. De forma similar, Muñoz (5) y Gutiérrez (30) hallaron que el 85,9% y el 76,1% de sus muestras, respectivamente, residían en zonas urbanas. La residencia influye en la prevalencia de la depresión debido a desigualdades socioeconómicas y condiciones precarias. En Baños del Inca, por ejemplo, los adolescentes de bajos recursos enfrentan dificultades como el limitado acceso a servicios de salud mental y redes de apoyo, lo que incrementa su vulnerabilidad emocional.

Investigaciones como las de Muñoz Gallegos, Mair et al. y Verbeek et al. evidencian que vivir en entornos inseguros y desordenados eleva el riesgo de depresión. (50) Provensal resalta que cada comunidad presenta factores de riesgo propios. En zonas urbanas predominan problemas como vandalismo y falta de privacidad, mientras que, en áreas rurales, a pesar del acceso limitado a servicios de salud mental, la estabilidad residencial y los lazos sociales funcionan como protectores emocionales. Aunque la alta prevalencia de depresión en entornos urbanos no se comprende del todo, se relaciona con factores como la globalización y la densidad poblacional. (72) En general, ambos contextos

presentan riesgos y recursos distintos, por lo que su impacto varía según el entorno y la población.

En relación con el segundo objetivo, se observó que la mayoría de los adolescentes (63%) proviene de familias nucleares, seguidos por un 15% de hogares monoparentales, 9% de familias extensas, 5% de familias reconstruidas y 8% con otras estructuras familiares. De forma similar, Serna et al. (22) encontraron que el 36,4% vivía en familias nucleares, el 29,3% en monoparentales y el 16,7% en familias extensas, con porcentajes menores en familias reconstituidas (4,6%) y otros tipos de convivencia (13%). Estos resultados son consistentes con lo reportado por Pisconte (25), quien identificó un mayor porcentaje de familias nucleares (53%) y monoparentales (16%). De igual forma, Monasterio (31) señala que, aunque la mayoría de adolescentes vive con ambos padres, una parte considerable lo hace con uno solo o con otros familiares.

La familia desempeña un rol clave en el desarrollo cognitivo, emocional y social del adolescente, influyendo en sus conductas y formas de enfrentar dificultades. Si bien actúa como fuente de identidad y bienestar, también puede contribuir al desarrollo de trastornos del estado de ánimo (22). Amara (1993) destacó la importancia de las figuras de autoridad, especialmente los padres, en la formación de la personalidad. Además, situaciones como el abandono, el rechazo, los conflictos familiares y la separación parental son factores que generan estrés y afectan negativamente a los adolescentes (73).

Respecto a la violencia en el hogar, el 33% de los adolescentes indicó haber presenciado situaciones violentas, mientras que el 67% no reportó esta experiencia. Según Higuera (21), los conflictos familiares y la violencia intrafamiliar impactan negativamente en la salud emocional de los adolescentes, generando emociones como tristeza, ira y frustración. Estos hallazgos se alinean con Muñoz (5), quien halló que el 10,29% de los estudiantes con depresión había sufrido violencia, y con Pacompia (29), quien reportó que el 31,43% de los adolescentes con padres violentos presentaban síntomas depresivos, lo que evidencia un vínculo claro entre violencia familiar y depresión.

El hogar es un entorno clave para el desarrollo del adolescente, ya que brinda seguridad y estabilidad. Sin embargo, cuando existe violencia intrafamiliar, pueden surgir problemas psicológicos como retraimiento, miedo, agresividad y síntomas depresivos. Veytia et al. (2012) indican que el estrés familiar es uno de los principales desencadenantes de la depresión, mientras que Galicia et al. (2013) destacan que las

experiencias familiares negativas, junto con la falta de apoyo del cuidador, aumentan el riesgo de desarrollar este trastorno. (45)

En cuanto a los antecedentes de depresión en la familia, el 10% de los adolescentes indicó tener familiares con esta condición, el 53% lo negó y el 38% lo desconocía, posiblemente por falta de información o por el estigma social. Estos datos coinciden con investigaciones previas, como la de Serna (22), quien halló un 14,2% de adolescentes con familiares con problemas psicológicos, y Pacompia (29), quien reportó que el 52,14% percibía a sus padres con síntomas depresivos.

La presencia de depresión en miembros de la familia puede aumentar la probabilidad de que un adolescente también la experimente, tanto por predisposición genética como por la convivencia con patrones emocionales inadecuados y tensiones constantes. En muchos casos, los adolescentes asumen responsabilidades emocionales que no les corresponden, lo que intensifica su malestar. La falta de comunicación, el conflicto constante y la ausencia de apoyo afectivo en hogares con antecedentes depresivos generan un entorno poco saludable que debilita el bienestar emocional y favorece el desarrollo de síntomas depresivos. (56)

En cuanto a la funcionalidad familiar, la mayoría de los adolescentes evaluados vive en hogares con disfunción moderada, seguidos por un 31% con disfunción leve, 25% en familias funcionales y 12% en hogares con disfunción severa. En contraste, Serna (22) encontró un mayor porcentaje de hogares funcionales (53,8%), seguido de disfunción leve (36,7%) y grave (9,6%). De manera similar, Castañeda (27) y Effio (32) reportaron una mayor proporción de familias moderadamente funcionales, con 54,1% y 20,9%, respectivamente, evidenciando diferencias en la estructura y dinámica familiar según el contexto.

La calidad de las relaciones familiares influye de manera notable en la salud emocional y los esquemas mentales de los adolescentes, pudiendo representar tanto un soporte como una fuente de tensión. De acuerdo con Semblantes (73), la familia puede actuar como un factor protector del bienestar o, por el contrario, aumentar el riesgo de alteraciones emocionales. En contextos familiares disfuncionales, donde predominan la falta de afecto, la escasa comunicación y la ausencia de espacios para el desarrollo personal, se limita el crecimiento emocional de los adolescentes. Según Castañeda (27), en estos entornos la depresión tiende a intensificarse como consecuencia de los vínculos deteriorados y la desconexión afectiva.

En relación con el tercer objetivo específico, se identificó que el 96% de los adolescentes practica actividad física al menos una vez por semana. De este grupo, el 70% dedica más de 30 minutos, el 26% menos de 30 minutos, y solo el 4% no realiza ejercicio. Por su parte, Medina (20) encontró que el 46,3% de los adolescentes rara vez o nunca se ejercita, el 22,8% lo hace entre una y dos veces por semana, el 17% entre tres y cuatro veces, el 8,1% de cinco a seis veces, y únicamente el 5,8% lo hace diariamente. Morales (28) señaló que el 71,7% considera que la actividad física influye en la depresión. En esa misma línea, Pantoja (23) destacó que existe una relación entre el ejercicio regular y la disminución de la depresión, ya que la actividad física estimula la liberación de endorfinas y neurotransmisores que elevan el estado de ánimo, mejoran la autoestima, favorecen el sueño y fortalecen los vínculos sociales, ayudando a reducir el aislamiento en los adolescentes.

En cuanto a la percepción del rendimiento académico, el 70% de los adolescentes lo considera regular, mientras que un 15% lo percibe como bueno y otro 15% como malo. Según Muñoz (5), el 80,8% de los adolescentes con depresión se perciben con bajo rendimiento, y solo el 19,12% con alto. Esta asociación entre depresión y bajo desempeño puede explicarse por factores neurobiológicos, como la reducción del hipocampo (Sheline et al., 1999), alteraciones en la corteza prefrontal (Drevets et al., 2008) y una amígdala hiperactiva (Davidson et al., 2002), que afectan la memoria, la concentración y el manejo del estrés. Además, el escaso control emocional (Gotlib & Joormann, 2010) y el estrés ambiental (Hammen, 2005) intensifican esta relación. Así, ambas variables se influyen mutuamente: las dificultades académicas generan sentimientos de fracaso, y la depresión deteriora el rendimiento escolar, consolidando un ciclo que impacta la salud emocional y el desempeño académico. (35)

En cuanto al cuarto objetivo específico, el 41% de los participantes no presentaron depresión, mientras que el 59% evidenció niveles de depresión que iban de leves a severos. Castañeda (27) y Pacompia (29) destacaron una mayor frecuencia de depresión leve. Echea (26) reportó una elevada incidencia, con un 91% de participantes con algún grado de depresión. A nivel local, Cotrina (33) halló un 32,5% de casos de depresión grave, Martos (17) un 54% y Flores (34) un 47%. En contraste, Zúñiga (24) y Pisconte (25) encontraron que el 76% y 77% de sus participantes, respectivamente, no presentaban depresión, siendo los casos leves los menos frecuentes.

La depresión, considerada por la OMS como un importante problema de salud pública que afecta a más de 280 millones de personas, impacta de manera significativa en la

salud física, emocional y en el desarrollo integral de los adolescentes. Su aparición se debe a una interacción compleja entre factores genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales. (40) Desde la teoría cognitivo-conductual, según Beck, esta condición se origina en patrones de pensamiento negativos y automáticos que distorsionan la percepción de la realidad. En los adolescentes, esto se traduce en la llamada tríada cognitiva: una visión negativa de sí mismos, del entorno que los rodea y de su futuro, lo que afecta directamente su estado emocional y sus conductas, perpetuando así los síntomas depresivos. (60)

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) constituye un instrumento pertinente para esta investigación, ya que se fundamenta en la teoría de los esquemas cognitivos, presenta una sólida validación y se encuentra alineado con los criterios diagnósticos del DSM-V. Además, su aplicación en adolescentes a partir de los 13 años permite evaluar no solo la presencia del trastorno, sino también su nivel de severidad, lo que favorece un análisis más detallado de los factores vinculados a la depresión. (68)

Asimismo, según la Ley General de Salud y la Norma Técnica de Atención Integral del Adolescente, el profesional obstetra cumple un rol clave en la detección temprana de trastornos emocionales, orientación y promoción de estilos de vida saludables. Su intervención, junto con el trabajo multidisciplinario del equipo de salud, es fundamental no solo para atender oportunamente los problemas emocionales, sino también para prevenir conductas de riesgo y contribuir a una mejor calidad de vida en la etapa actual y futura de los adolescentes.

Finalmente, en relación con el objetivo general, se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre la depresión y variables como el sexo, la violencia en el hogar, antecedentes de depresión familiar, disfunción familiar y actividad física ($p < 0,05$). La depresión severa se presentó con mayor frecuencia en mujeres (15%) y en adolescentes expuestos a violencia familiar (11%). También se observó que un 6% de quienes tenían antecedentes depresivos, y un 10% de quienes vivían en familias moderadamente disfuncionales, presentaron depresión severa. En cambio, el 36% de los adolescentes que realizaban actividad física por más de 30 minutos no mostraron síntomas depresivos. Estos resultados fueron validados mediante la prueba de Chi-cuadrado.

Los resultados de este estudio concuerdan con lo reportado por Gutiérrez ($p = 0,014$) y Effio ($p = 0,032$), quienes identificaron una relación estadísticamente significativa entre la depresión y el género femenino. De igual forma, Serna et al. ($p < 0,001$), Castañeda

($p < 0,001$) y nuevamente Effio ($p < 0,001$) evidenciaron una fuerte asociación entre la depresión moderada o grave y la disfunción familiar. En la misma línea, Echea ($p = 0,000$) señaló que el 91% de los adolescentes con síntomas depresivos vivían en entornos familiares conflictivos y violentos.

En cuanto a los antecedentes familiares, Aranda et al. reportaron una relación significativa entre la depresión en los padres y la de sus hijos, con un OR de 1,75. Además, estudios como los de Medina ($p = 0,037$), Pantoja ($p < 0,01$) y Morales ($p = 0,000$) respaldan la relación inversa entre la actividad física y la depresión, mostrando que el ejercicio se asocia con menores niveles depresivos, desde leves hasta severos.

El estudio evidenció una mayor frecuencia de síntomas depresivos en adolescentes mujeres, en línea con lo reportado por Muñoz et al. (2021) y Pantoja & Polanco (2019). Esta diferencia podría deberse a factores hormonales y sociales que aumentan su vulnerabilidad emocional. La adolescencia femenina, marcada por cambios biológicos y expectativas de género, puede favorecer una mayor predisposición a la depresión. Estos hallazgos también coinciden con la hipótesis del artefacto de Ellen L. Macrory, que explica cómo ciertos factores psicosociales afectan de forma distinta según el sexo. (46)

En este estudio, la violencia intrafamiliar se identificó como un factor de riesgo relevante asociado a la presencia de depresión en adolescentes, en concordancia con los hallazgos de Echea (2023). La exposición a conflictos o agresiones dentro del hogar no solo compromete la seguridad física, sino que también altera significativamente la estabilidad emocional de los adolescentes, generando un entorno que limita su desarrollo psicosocial. Además, la violencia intrafamiliar no solo provoca un impacto emocional negativo inmediato, sino que también favorece la internalización de problemas como la baja autoestima y la percepción de indefensión, lo cual puede perpetuar los síntomas depresivos a largo plazo. (74)

La presencia de antecedentes de depresión en el entorno familiar representa un importante factor de riesgo para el desarrollo de este trastorno en los adolescentes. Esta relación se explica tanto por la herencia genética como por el ambiente emocional en el hogar. Factores como la escasa comunicación, el bajo apoyo emocional y un clima familiar estresante contribuyen a la aparición de síntomas depresivos. (55). Garber (2006) indica que la depresión en los padres eleva considerablemente el riesgo de que los hijos también la padezcan. Cuando el progenitor afectado es la figura principal del hogar, el impacto en la salud mental del adolescente puede ser aún mayor, ya que suele dificultarse la crianza y disminuir el apoyo emocional. Esto puede generar baja

autoestima y dificultades relacionales, factores que aumentan la probabilidad de desarrollar depresión. Esta transmisión intergeneracional se da por la combinación de predisposición biológica y un ambiente familiar poco favorable en lo emocional. (56)

Los adolescentes que crecen en familias disfuncionales tienden a presentar mayores niveles de síntomas depresivos, como lo señala Serna et al. (2020), quienes encontraron que la baja cohesión familiar y una comunicación deficiente elevan significativamente este riesgo. En el presente estudio, se identificó que la falta de apoyo emocional y los conflictos constantes en el hogar afectan directamente el bienestar del adolescente. Ambientes familiares marcados por discusiones, abuso y ausencia de contención emocional generan inseguridad, aislamiento y pensamientos negativos, aumentando la vulnerabilidad a la depresión. Asimismo, las dinámicas familiares desequilibradas, como el abuso de poder, refuerzan sentimientos de impotencia y soledad, perpetuando un ciclo de deterioro emocional. (22)

La actividad física se reconoció como un factor protector frente a la depresión, en línea con los hallazgos de Medina et al. (2022), quienes reportaron una relación inversa entre ambas variables. En este estudio, los adolescentes que realizaban ejercicio con regularidad presentaron menos síntomas depresivos, resaltando su valor como estrategia preventiva en salud mental. Biológicamente, la actividad física promueve la neuro plasticidad y reduce la inflamación sistémica, lo que mejora la capacidad de adaptación al estrés. Además, estimula la liberación de neurotransmisores como serotonina, dopamina y endorfinas, favoreciendo el bienestar emocional. Por el contrario, el sedentarismo genera alteraciones metabólicas e inflamación crónica, lo que incrementa el riesgo de desarrollar síntomas depresivos. (59)

CONCLUSIONES

En la investigación realizada a adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad, Cajamarca – 2024, se concluyó:

- En cuanto a las características sociodemográficas, se observó que el 77 % de los adolescentes pertenece al grupo etario de 17 a 19 años; además, el 54 % corresponde al sexo femenino, el 45 % profesa la religión católica y el 71 % proviene de zonas urbanas.
- Respecto a las características familiares, se identificó que la mayoría de los adolescentes (63 %) proviene de familias nucleares; asimismo, el 67 % no reporta violencia familiar, el 53 % no presenta antecedentes de depresión en el hogar y el 33 % pertenece a familias con disfuncionalidad moderada.
- En relación con las características personales, se encontró que el 52 % de los adolescentes realiza actividad física entre una y dos veces por semana; asimismo, el 70 % destina más de 30 minutos a esta práctica, y el mismo porcentaje percibe su rendimiento académico como regular.
- En cuanto al nivel de depresión, se observó que el 41 % de los adolescentes presentó depresión mínima o ausencia de depresión; en tanto, el 20 % evidenció niveles de depresión leve y severa, mientras que el 19 % mostró un nivel de depresión moderada.
- Los factores asociados a depresión en adolescentes son: factores sociodemográficos: sexo ($p=0.000$); factores familiares: violencia en el hogar ($p=0.006$), antecedente de depresión ($p=0.004$), disfunción familiar ($p=0.000$); y factores personales: tiempo dedicado a actividad física ($p=0.003$). Por consiguiente, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.

RECOMENDACIONES

- **A las autoridades de la Red Integral de Salud y Centro de Salud Baños del Inca:** se recomienda garantizar el cumplimiento de la Norma Técnica de Atención Integral de Salud del Adolescente, priorizando sus lineamientos en salud mental. Asimismo, se sugiere fortalecer las estrategias de prevención y detección temprana de depresión mediante tamizajes escolares y acciones coordinadas con el equipo multidisciplinario de salud, además de fomentar campañas comunitarias que fortalezcan los vínculos familiares, fomenten la actividad física y reduzcan riesgos como la violencia intrafamiliar.
- **A las autoridades del Centro educativo “Virgen de la Natividad”:** se les recomienda implementar espacios permanentes de orientación psicológica y desarrollar talleres dirigidos a padres, docentes y estudiantes sobre bienestar emocional, relaciones familiares saludables y manejo del estrés. Además de promover actividades recreativas y coordinar con centros de salud el seguimiento de casos detectados de depresión.
- **A los docentes de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca:** se recomienda potenciar la formación de los estudiantes en competencias orientadas al abordaje de la salud mental adolescente desde un enfoque biopsicosocial, resaltando el papel del obstetra. Asimismo, se sugiere impulsar su capacidad para planificar, ejecutar y evaluar programas dirigidos a esta población, al tiempo que se promueve su participación activa en las iniciativas ya existentes.
- **A los futuros investigadores de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia:** se les recomienda continuar realizando estudios que aborden a profundidad la salud mental de los adolescentes, ampliando el análisis de la depresión desde diversos contextos y variables, con el objetivo de contribuir con evidencia científica que fortalezca las estrategias preventivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Depresión Informe de un grupo de científicos de la OMS [Internet]. Ginebra: OMS; 2023 [citado 23 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. Organización Panamericana de la Salud. Depresión. Informe de un grupo de científicos de la OPS. [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2023 [citado el 26 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
3. Organización Mundial de la Salud. Salud mental del adolescente. Informe de un grupo de científicos de la OMS. [Internet]. Ginebra: OMS; 2021 [citado 19 de mayo 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
4. Boletín de información Clínica y terapéutica de la Academia Nacional de Medicina de México. Depresión en adolescentes: diagnóstico y tratamiento. Rev. Fac Med. [Internet]. 2017 [citado 27 de julio de 2023]; 60(5): 52-55. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500052
5. Muñoz K, Arévalo C, Tipán J, Morocho M. Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes. Rev. Ecuat Pediatría. [Internet]. 2021 [citado 27 de julio de 2023]; 22(1): 1-8. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1222375/a6-depresion-y-factores-asociados-a-depresion-en-adolescentes-_vsde5F6.pdf
6. Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía Salud: Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión mayor en la infancia y adolescencia [internet]. Madrid: ACIS; 2018. [citado 27 de julio de 2023]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-infancia-factores-riesgo/>
7. González C, Andrade P, Vacio L, Sánchez G, Ramos L. Salud mental y bienestar en adolescentes: reflexiones desde la evidencia. Rev. AEPnya [Internet]. 2022 [citado 17 de mayo de 2025];50(2):73–82. Disponible en:

<https://aepnya.eu/index.php/revistaaepnya/article/view/1075/1077>

8. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018 [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2018 [citado 19 de mayo de 2025]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf
9. UNICEF. La Salud Mental de Niñas, Niños y Adolescentes en el Contexto de la COVID-19: Estudio en línea: Perú 2020 [internet]. Ministerio de Salud; 2020 [citado 27 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/media/10616/file/Salud%20menta%20en%20contexto%20COVID19.pdf>
10. Infobae. Perú registró 1.7 millones de menores con depresión en el 2023: una peligrosa cifra récord no vista en décadas [Internet]. Lima: Infobae; 2024 Jan 6 [citado 13 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.infobae.com/peru/2024/01/06/peru-registro-17-millones-de-menores-con-depresion-en-el-2023-una-peligrosa-cifra-record-no-vista-en-decadas/>
11. Instituto Nacional de Salud del Niño. R.D. N.º 033-2023-INSN-DG [Internet]. Lima: INSN; 2023 [citado 19 de mayo de 2025]. Disponible en: <http://www.insn.gob.pe/sites/default/files/transparencia/normas-emitidas/2023/R.D.N%C2%B0033-2023-INSN-DG.pdf>
12. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz 2017. [internet]. INSM; 2022 setiembre 23 [citado 27 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inism/informes-publicaciones/3510274-estudio-epidemiologico-de-salud-mental-en-ayacucho-cajamarca-y-huaraz-2017>
13. Altamirano I, Arias H. Síndrome depresivo en población de 15 años a más en Perú en el año 2023: frecuencia, factores sociodemográficos y distribución geoespacial. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2023. 80 p. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/16553/Sindrome_Alta

miranoMolina_Irvin.pdf?sequence=1&isAllowed=y

14. Ministerio de Salud del Perú. Plan de fortalecimiento de servicios de salud mental comunitaria 2023–2027 [Internet]. Lima: MINSa; 2023 [citado 19 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/678935943/PLAN-DE-FORTALECIMIENTO-DE-SERVICIOS-DE-SALUD-MENTAL-COMUNITARIA-2023-2027>
15. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012 [Internet]. Anales de Salud Mental. 2013 [citado 19 de mayo de 2025];26(1–2):1–10. Disponible en: <https://openjournal.inism.gov.pe/revistasm/asm/article/view/7>
16. Álvarez M, Arias JP, Morón G, Ramírez R, Cayo J, Pomalima R. Impacto en la salud mental de los niños y adolescentes de Lima Metropolitana en el contexto de la COVID-19. Rev. Psicol Herediana [Internet]. 2022 [citado 19 de mayo de 2025];(29):21–34. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RPH/article/view/4301/4872>
17. Dirección Regional de Salud Cajamarca. Diresa presenta Observatorio Regional de Salud Mental [Internet]. Cajamarca: Diresa Cajamarca; 2023 [citado 20 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.diresacajamarca.gob.pe/portal/noticias/det/8082>
18. Martos RL. Ansiedad y depresión en adolescentes de una Institución Educativa Pública de la Ciudad de Cajamarca. [Tesis de pregrado]. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo; 2022. 96p. Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/2171/INFORME%20DE%20TESIS%20-%20MARTOS%2c%20RL.%20%282021%29%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Alape E, Pinto D. Depresión en Adolescentes de la Institución Educativa los Centauros. [Tesis de pregrado]. Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia; 2022. 73p. Disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/8c2248bc-1918-4b8f-8692-632db290c47c/content>

20. Medina L, Cáceres C, Medina F. Conductas alimentarias y actividad física asociadas a estrés, ansiedad y depresión durante la pandemia COVID-19. *Revista MHSALUD*. [internet]. 2022. [citado 5 de julio de 2024]; 19(2): 64-81. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1659-097X2022000200064&script=sci_abstract&lng=es
21. Higuera D, Roldán V, Marín L. Factores de psicosocial que inciden en la depresión en adolescentes de 13 a 17 años en la fundación Kunna Colombia. [Tesis de pregrado]. Antioquia: Corporación Universitaria Minuto de Dios; 2021. 83p. Disponible en: https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/16343/1/TP_HigueraCris-%20Mar%C3%ADnLuisa-%20R%C3%B3danVanessa_2021.pdf
22. Serna D, Terán C, Vanegas A, Medina O, Blandon O, Cardona D. Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. *Revista Habanera de ciencias médicas*. [internet]. 2020 [citado 5 de julio de 2024]; 19(5): e3153. Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3153/2696>
23. Pantoja A, Polanco K. Depresión, Ansiedad y Actividad Física en Escolares: Estudio Comparado. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP* [internet]. 2019 [citado 5 de julio de 2024]; 52(3): 143 - 155. Disponible en: <https://www.aidep.org/sites/default/files/2019-07/RIDEP52-Art11.pdf>
24. Zuñiga A. Factores de riesgo relacionados a la depresión en adolescentes de una Institución educativa privada-2022. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Federico Villareal; 2023. 85p. Disponible en: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/6661/UNFV_FMHU_Zuñiga_Becerra_Aylen_Estrella_Titulo_profesional_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Pisconte S. Factores de riesgo y nivel de depresión en adolescentes de la junta vecinal 6 de julio Distrito de Punchana 2022. [Tesis de pregrado]. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia peruana; 2023. 67p. Disponible en: https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/9395/Sheyla_Tesis_Titulo_2023.pdf?sequence=1&isAllowed=y

26. Echea Z. El clima social familiar y la depresión en los adolescentes, Centro de Salud Mental Comunitario Ahuac, Chupaca. [Tesis de posgrado]. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2023. 132p. Disponible en: https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/10373/T010_7004019_9_M.pdf?sequence=9&isAllowed=y
27. Castañeda K, Cervantes M. Factores asociados a depresión, ansiedad y estrés en adolescentes de la Institución educativa los licenciados en contexto de pandemia por covid-19 - Ayacucho, 2022. [Tesis de pregrado]. Ayacucho: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2022. 67p. Disponible en: https://repositorio.unsch.edu.pe/bitstream/UNSCH/5255/1/TESIS%20EN819_Cas.Pdf
28. Morales M. Las actividades físicas y su influencia preventiva en la depresión en estudiantes de la institución educativa Mariscal Ramón Castilla Marquezado N° 5048, Callao - 2020. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Alas Peruanas; 2022. 70 p. Disponible en: https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/10597/Tesis_ActividadesF%C3%ADsicas_Preveni%C3%B3n_Depresi%C3%B3n.Estudiantes_Inst.Educat.%20M.Ram%C3%B3n%20Castilla%20M._Callao.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Pacompia S. Factores asociados a la depresión en adolescentes de 13 a 15 años de la Institución Educativa Gran Unidad Escolar San Carlos Puno 2021. [Tesis de pregrado]. Puno: Universidad Privada San Carlos; 2022. 70 p. Disponible en: http://repositorio.upsc.edu.pe/bitstream/handle/UPSC%20S.A.C./136/Sof%c3%ada_PACOMPIA_QUISPE.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. Gutiérrez K. Depresión y factores asociados en adolescencia media y tardía en el Perú, ENDES-2019-2020. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2022. 54 p. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/5349/MED-Gutierrez%20Najarro%2c%20Ketty%20Martha.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Monasterio A. Depresión en adolescentes de una Institución Educativa Pública de

- Lima metropolitana. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad San Ignacio de Loyola; 2019. 45 p. Disponible en:
<https://repositorio.usil.edu.pe/server/api/core/bitstreams/9b9c5ead-5be3-4149-8cdc-3b7f779bfeb1/content>
32. Effio A. Disfunción familiar como factor asociado a depresión en alumnos de secundaria del colegio Pablo María Guzmán – Surco durante abril del 2019. [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2019. 61 p. Disponible en:
<https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3354874>
33. Cotrina F. Ansiedad y depresión en adolescentes de una Institución Educativa, Cajamarca – 2023. [Tesis de pregrado]. Cajamarca: Universidad Privada del Norte; 2024. 51 p. Disponible en:
<https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/37710/Tesis%20COTRINA%20CHAVEZ%20FLOR%20CLAUDIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
34. Flores YL. Depresión y resiliencia en adolescentes de una Institución educativa mixta de la ciudad de Cajamarca, 2020. [Tesis de pregrado]. Cajamarca: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo; 2021. 90p. Disponible en:
<http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1672/FLORES%2c%20Y.%20%282021%29%20%20INFORME%20DE%20TESIS%20ORIGINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
35. Pérez E, Cervantes V, Hijuelos N, Pineda J, Salgado H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista Biomed* [Internet]. 2017 [citado 28 de julio 2023]; 28(2): 73-98. Disponible en:
<https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
36. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. [Internet]. Arlington: Publicaciones psiquiátricas estadounidenses; 2014 [citado 28 de Julio de 2023]. Disponible en:
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
37. Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Diagnóstico clínico y criterios

clínicos. Guía Salud: Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión mayor en la infancia y adolescencia [internet]. Madrid: ACIS; 2018. [citado 27 de julio de 2023]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-infancia-diagnostico/>

38. Aranda, Cahuaya, Albinagorta. Salud mental del adolescente con padres con depresión en la sierra del Perú [tesis de licenciatura en Medicina]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2024. 54p. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/16547>

39. Ramírez V. Depresión: Fisiopatología y tratamiento [Internet]. Centro Nacional de Información de Medicamentos. 2003 [citado el 4 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf>

40. Montes C. La depresión y su etiología: Una patología compleja. Academia Biomédica Digital [Internet]. 2004 [citado 28 de Julio de 2023]; 18: 1-15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=825625>

41. National Institute of Mental Health. Depresión. NIH. 2021; (21): 1-8. Disponible en: <https://infocenter.nimh.nih.gov/sites/default/files/2022-02/depresi%C3%B3n.pdf>

42. García A. La depresión en adolescentes. Revista de estudios de juventud, 2009; (84):85-104. Disponible en: <https://www.injuve.es/sites/default/files/RJ84-07.pdf>

43. Abramson L, Seligman M, Teasdale J. La indefensión aprendida en humanos: crítica y reformulación. Revista de Psicología Anormal [Internet]. 1978 [citado 21 de mayo de 2025];87(1):49–74. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>

44. Costello E, Copeland W, Angold A. "Tendencias en la psicopatología a lo largo de los años de adolescencia: qué cambia y por qué." Revista de Psicología y Psiquiatría Infantil 2011;52(10):1015-1025.

45. Rivera L, Rivera P, Pérez B, Leyva A, De Castro F. Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. Salud Pública México. [Internet]. 2015 [citado 28 de Julio 2023]; 57(3): 219-226. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10638801004.pdf>

46. Gaviria S. ¿Por qué las mujeres se deprimen más que los hombres? *Rev. Colomb Psiquiatr.* 2009;38(2):316-324. Disponible en: https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000200008
47. Rosmarin D, Malloy M, Forester B. "Lucha espiritual y síntomas afectivos en pacientes geriátricos con trastornos del estado de ánimo." *Revista Internacional de Psiquiatría Geriátrica.* 2014;29(6):653–660. doi:10.1002/gps.4052.
48. Chávez R, Guzmán M. Relación entre la espiritualidad y la psicopatología en pacientes de salud mental. *Revista de Psicología.* 2022; 19(1):43-58. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-29132022000100043
49. Gómez J, Pérez M. Relación entre depresión y práctica religiosa. *Revista de Psicología del Centro.* 2019; 22(3): 112-128. Disponible en: [DialnetRelacionEntreDepresionYPracticaReligiosa-2567483.pdf].
50. González S, Pineda A, Gaxiola J. Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica.* [Internet]. 2018 [citado 28 de Julio 2023]; 17(3): 1-11. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v17n3/1657-9267-rups-17-03-00063.pdf>
51. Freile M. Factores familiares que causan la depresión en adolescentes. [Tesis de pregrado]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2015. 83p. 68 Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/9904/DISERTACION%20M ARIA%20DE%20LOS%20ANGELES%20FREILE.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
52. Arranz E. Relaciones familiares y desarrollo de los hijos/as. En: Arranz E, Oliva A, coordinadores. *Familia y desarrollo psicológico.* Madrid: Pearson Educación; 2010. p. 83–108. Disponible en: <https://roderic.uv.es/rest/api/core/bitstreams/c9e45e48-1921-4030-b526-db2cf23b8bef/content>

53. UNICEF. El Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: Promoción, protección y cuidado de la salud mental de los niños: UNICEF. [Internet]. 2021 [citado de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.unicef.org/media/108171/file/SOWC%202021%20Resumen%20Ejecutivo.pdf>
54. Ramírez F. Sintomatología depresiva en adolescentes mujeres: prevalencia y factores de relación interpersonal asociados. *Revista Peruana de Epidemiología*. [Internet]. 2010 [citado 29 de Julio 2023]; 14(1): 65-71. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3989710>
55. Borja C, Ruilova E, García D, Sánchez S, Guevara K, Morales A. Factores que inciden en la presencia de la depresión en adolescentes. *Ciencias de la salud. Pol. Con.* [Internet]. 2019 [citado 28 de Julio de 2023]; 4(2): 165-180. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7164309>
56. García A, Fernández M. Impacto de la rehabilitación neuromuscular en pacientes con esclerosis múltiple. *Revista de Rehabilitación, Ciencias Médicas y Enfermería*. 2020; 20(2): 45-58. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2020/hcm205p.pdf>.
57. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud. Ginebra: OMS; 2010. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979>
58. Chavarría J, Pérez M. Análisis de la seguridad alimentaria en comunidades rurales. *Revista de Ciencias Agroalimentarias*. 2022; 20(2): 64-77. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-097X2022000200064.
59. Ortiz M. La dinámica de la educación popular en América Latina: Desafíos y perspectivas. [Informe]. Quito: AIDEP; 2019. Disponible en: <https://www.aidep.org/sites/default/files/2019-07/RIDEP52-Art11.pdf>.
60. Brewin C. Fundamentos teóricos de la terapia cognitivo-conductual para la ansiedad y la depresión. *Revisión Anual de Psicología*. 1996; 47(1): 33-57. doi:

10.1146/annurev.psych.47.1.33

61. Davidson K, Rieckmann N, Lespérance F. Teorías psicológicas de la depresión: aplicación potencial para la prevención de la recurrencia del síndrome coronario agudo. *Medicina Psicosomática*. 2004; 2(66): 165-173. doi: 10.1097/01.psy.0000116716.19848.65
62. Hollon S, Thase M, Markowitz J. Tratamiento y prevención de la depresión. *Ciencia Psicológica en el Interés Público*. 2002; 3(2): 39-77. doi: 10.1111/1529-1006.00008
63. Pineda S, Aliño M. Capítulo I. El Concepto de la Adolescencia. En: Ministerio de Salud Pública. Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia. [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1999. 15-23. Disponible en: <https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/adolescencia/Capitulo%20I.pdf>
64. Serapio A. Realidad psicosocial: La adolescencia actual y su temprano comienzo. *Revista de estudios de juventud*. [Internet]. 2014 [citado 28 de Julio de 2023]; 6(73): 11-23. Disponible en: https://www.injuve.es/sites/default/files/revista73_1.pdf
65. Güemes M, González M, Hidalgo M. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*, 2017; 21 (4): 233–244. Disponible en: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/PEDIATRIA%20INTEGRAL/Desarrollo%20durante%20la%20Adolescencia.pdf>
66. Barra E. *Psicología Social*. Concepción: Universidad de Concepción; 1998 [citado 27 de mayo de 2025]. Disponible en: https://acms.es/wp-content/uploads/2019/05/UDEC_Psicologia_SocialBarra-Almagia.pdf
67. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. *Metodología de la investigación*. 6ª ed. México: McGraw-Hill; 2014.
68. Rodríguez E, Farfán D. Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013. *Rev. Investig Univ*. 2015;4(2). Disponible en: <https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/riu/article/view/743>

69. INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática). (2023). Perfil demográfico del Perú. Lima: INEI.
70. Smith, J, Pérez L, Torres, E. (2021). Hormonal influences on adolescent depression: A review. *Journal of Adolescent Health*, 68(3), 345–352.
71. Gómez, A. (2019). Factores socioculturales y salud mental en adolescentes. Editorial Universitaria.
72. Provencal M. Depresión en la vida urbana y en la vida rural [Internet]. 2013 [citado 04 de enero del 2025]; 28. Disponible en: <https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/104/depresi%C3%B3n%20en%20la%20vida%20urbana%20y%20en%20la%20vida%20rural.pdf?sequence=1>
73. Semblantes A. Percepción de la funcionalidad y grado de satisfacción del individuo respecto de su entorno familiar y la posible relación con la sintomatología depresiva en adolescentes. [Tesis de pregrado]. Ecuador: Universidad Internacional del Ecuador; 2018. 100p. Disponible en: <https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/2562/1/T-UIDE-1829.pdf>
74. Durán J, Mora M. Niveles de depresión y factores de riesgo en adolescentes de casas de acogida, Cuenca 2016. [Tesis de pregrado]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2018. 73p. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28898/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
75. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II): Ficha técnica. Adaptación española por Sanz J, Vázquez C, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment. [Internet]. [citado 27 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/574140012/FICHA-TECNICA-DEPRESION-BECKBDI-II>

ANEXOS

ANEXO 1: FICHA TÉCNICA DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II (BDI-II)

- **Nombre del test:** Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)
- **Autores:** Aaron t. Beck, Robert A, Steer y Gregory K. Brown. (1996)
- **Autor de la adaptación española:** Jesús Sanz y Carmelo Vásquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical And Talent Assessment, España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernandez. (2011)
- **Objetivo:** Evaluar la severidad de los síntomas depresivos en adolescentes y adultos.
- **Población de aplicación:** Adolescentes y adultos hispanohablantes. De 13 años a más
- **Formato de respuesta:** Escala Likert de 4 puntos (0 a 3), donde 0 indica ausencia y 3 máxima gravedad del síntoma.
- **Tiempo de aplicación:** Aproximadamente 5 a 10 minutos
- **Ítems:** Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseo de suicidio, pesimismo, etc.
- **Aplicación:** Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral.
- **Descripción del instrumento:** El inventario de depresión de Beck fue creado por Aaron Beck, con la colaboración de: Robert A. Steer y Gregory k. Brown. El test se publicó en el año 1961, en el 2011 fue realizada la revisión en español. Se basa en la teoría cognitivo de la depresión. (Beck, 1963,1964,1967). Las áreas de aplicación son: clínica, forense y neuropsicología. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima son 0 y 63.
- **Interpretación:**
 - ✓ 0 – 13: mínima depresión
 - ✓ 14 – 19: depresión leve
 - ✓ 20 – 28: depresión moderada
 - ✓ 29 – 63: depresión grave

- **Confiabilidad:** Coeficiente alfa de Cronbach > 0.85 en poblaciones hispanohablantes.
- **Validez:** Validado con adecuada validez convergente y discriminante en diversos estudios. (68) (75)
- **Validación Perú:**
 1. **Castro Fernández, Verónica Judith, en "depresión y agresividad en escolares del nivel secundario de una institución educativa nacional de la ciudad de Chimbote" - Universidad Cesar Vallejo. 2017.**
Validez: Para cuantificar los hallazgos se aplicó el coeficiente v de Aiken (escurra, 1988), encontrando que dichos valores oscilan entre 1 y $p < 0,01$.
Confiabilidad: El BDI-IIA demuestra una confiabilidad elevada, con un alfa de Cronbach de 0,878. También presenta buenos resultados en pruebas de consistencia interna y estabilidad, como el método de dos mitades ($r=0,799$), la correlación entre pares y nones ($r=0,803$) y el test-retest ($r=0,996$), todos con significancia estadística ($p < 0,01$), superando los puntos de corte aceptados en psicología y ciencias de la salud. (75)



ANEXO 2



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

CUESTIONARIO SOBRE FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

N° de Cuestionario

Estimado estudiante reciba usted un saludo cordial, mi nombre es Sela Esther Castope Ocas, bachiller de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca. La presente entrevista es anónima y tiene el propósito de conocer algunos factores relacionados a depresión en los adolescentes, por lo que le solicitamos que nos respondatodas las preguntas que le voy a formular. De antemano, le agradezco su participación, ya que la información que me brindará es muy valiosa para el estudio.

INSTRUCCIONES: A continuación, se presenta preguntas para lo cual usted deberá marcar con un aspa(x) la respuesta que Ud. Considere adecuada o correcta.

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	
Edad	() 14 a 16 años () 17 a 19 años
Sexo	() Femenino () Masculino
Religión	() Católica () Evangélica () Otras
Zona de residencia	() Urbano () Rural
FACTORES FAMILIARES	
Tipo de Familia ¿En casa vives con?	() Ambos padres () Con 1 solo padre () Padres, tíos, primos, etc. () Padrastro o madrastra e hijos de esta. () otros
En los últimos 6 meses, ¿ha experimentado o presenciado algún tipo de violencia en su hogar?	() Sí, frecuentemente () Sí, ocasionalmente () Sí, pero rara vez () No, nunca
¿Algún miembro de su hogar ha sido diagnosticado con depresión en los últimos 5 años? Depresión: Episodio donde la persona experimenta sentimientos de tristeza, ganas de llorar, vacío o desesperanza, arrebatos de enojo, irritabilidad o frustración y no siente satisfacción al realizar sus actividades cotidianas.	() Sí () No () No lo sé
FACTORES PERSONALES	

¿Cada cuánto tiempo realiza actividad física?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> 1 - 2 veces a la semana <input type="checkbox"/> 3 - 4 veces a la semana <input type="checkbox"/> 5 - 6 veces a la semana <input type="checkbox"/> Todos los días
Cuando realiza actividad física, ¿Cuánto tiempo lo hace?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de 30 min <input type="checkbox"/> Más de 30 min
¿Cómo evalúa usted su rendimiento académico en el último semestre?	<input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo

**ANEXO 03
APGAR FAMILIAR**

FUNCION	Nunca	Casi Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite.					
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones de rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en familia: A) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en la casa c) El dinero					

ANEXO 04: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II: Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija UNO de cada grupo.

1. Tristeza

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2. Estoy triste todo el tiempo.
- 3. Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0. No estoy desalentado respecto a mi futuro.
- 1. Me siento más desalentado respecto a mi futuro de lo que solía estarlo.
- 2. No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0. No me siento como un fracasado.
- 1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2. Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3. Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de placer

- 0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2. Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de culpa

- 0. No me siento particularmente culpable.
- 1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3. Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de castigo

- 0. No siento que estoy siendo castigado.
- 1. Siento que tal vez pueda ser castigado.

- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con Uno Mismo

- 0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1. He perdido la confianza en mí mismo.
- 2. Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3. No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0. No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2. Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos suicidas

- 0. No tengo ningún pensamiento de terminar con mi vida.
- 1. He tenido pensamientos de terminar con mi vida, pero no lo haría.
- 2. Quiero terminar con mi vida.
- 3. Terminaría con mi vida si tuviese la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1. Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2. Lloro por cualquier pequeñez.
- 3. Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

- 0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto quedarme quieto.
- 3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de interés

- 0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2. He perdido casi todo el interés en otras

personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión.

0. Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0. No siento que yo no sea valioso.
1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3. Siento que no valgo nada.

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 demasiado.
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los hábitos de sueño

0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
 - 1a. Duermo un poco más de lo habitual.
 - 1b. Duermo un poco 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 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

0. No estoy más irritable que lo habitual.
1. Estoy más irritable que lo habitual.
2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3. Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito.

0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
 - 1a. Mi apetito es un poco menor de lo habitual.

- 1b. Mi apetito es un poco mayor de lo habitual.

- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

- 2b. Mi apetito es mucho mayor que antes.

- 3a. No tengo apetito en absoluto.

- 3b. Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

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

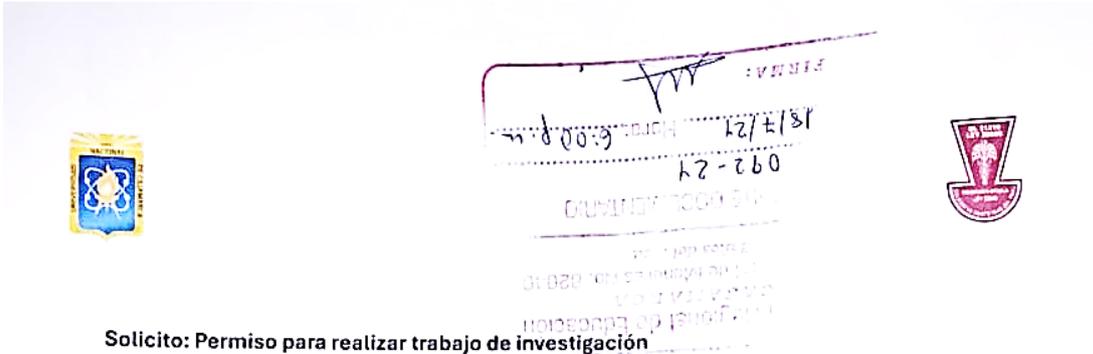
21. Pérdida de Interés por el Sexo

0. No he notado ningún cambio reciente por mi interés en el sexo.
 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
 2. Ahora estoy menos interesado en el sexo.
 3. He perdido completamente el interés en el sexo.

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

ANEXO 05

DOCUMENTO DIRIGIDO AL CENTRO EDUCATIVO VIRGEN DE LA NATIVIDAD



Solicito: Permiso para realizar trabajo de investigación

Señor:

Director del Centro Educativo Virgen de la Natividad

Yo, **SELA ESTHER CASTOPE OCAS**, identificada con DNI N° 70211291 con domicilio en Jr. Yahuar Huaca 424. Ante Ud. Respetuosamente me presento y expongo:

Que, habiendo culminado la carrera profesional de Obstetricia en la Universidad Nacional de Cajamarca, solicito a Ud. Permiso para realizar el trabajo de investigación en su institución sobre Factores asociados a depresión en adolescentes.

Por lo expuesto:

Ruego a usted pueda acceder a mi solicitud

Cajamarca, Julio del 2024


Sela Esther Castope Ocas DNI: 70211291

ANEXO 06

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO VIRGEN DE LA NATIVIDAD – BAÑOS DEL INCA. CAJAMARCA, 2024

Autora: Sela Esther Castope Ocas

Yo, autorizo a mi menor hijo(a) en participar en la investigación “Factores asociados a depresión en adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad – Baños del Inca. Cajamarca, 2024”. He sido informada adecuadamente sobre los objetivos y procedimientos del estudio, por lo tanto, acepto que la incorporación de mi menor hijo(a) será voluntaria, pudiendo retirarse del mismo cuando lo desee. Por tanto, firmo este documento autorizando lo(a) incluyan en esta investigación.

FECHA:

FIRMA

DNI:

ANEXO 07

ASENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: FACTORES ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DEL CENTRO EDUCATIVO VIRGEN DE LA NATIVIDAD – BAÑOS DEL INCA. CAJAMARCA, 2024

Autora: Sela Esther Castope Ocas

Yo:, autorizo mi participación en la investigación “Factores asociados a depresión en adolescentes del Centro Educativo Virgen de la Natividad – Baños del Inca. Cajamarca, 2024”. He sido informada(o) adecuadamente sobre los objetivos y procedimientos del estudio, por lo tanto, acepto mi participación voluntaria pudiendo retirarme del mismo cuando lo desee. Por tanto, firmo este documento autorizando mi inclusión en esta investigación.

FECHA:

FIRMA

DNI:

ANEXO 08

CARTILLA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

EXPERTO1:



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

I. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): Rosas Alarcón Gloria

1.2. Grado Académico: Maestro en Ciencias

1.3. Profesión: Licenciada en Obstetricia

1.4. Institución donde labora: Hospital Regional Docente de Cajamarca

1.5. Cargo que desempeña Obstetra Asistencial

1.6. Denominación del Instrumento:

1.7. Autor del instrumento:

1.8. Programa de postgrado: 2da. Especialidad Obstetricia de Alto Riesgo

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				X	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento			X		
SUMATORIA PARCIAL				3	8	15
SUMATORIA TOTAL				3	8	15

26



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS



III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

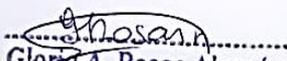
3.1. Valoración total cuantitativa: 26

3.2. Opinión:

FAVORABLE DEBE MEJORAR NO FAVORABLE

3.3. Observaciones: Sugiero que se agregue factores como el enamoramiento, las relaciones interpersonales y sexuales.

Cajamarca, 21 de marzo del 2024


Gloria A. Rosas Alarcón
OBSTETRA
COP: 2719 - RENOE: 3695 - E.01 7

Firma

EXPERTO 2:



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

I. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): Julian Castro Jane
- 1.2. Grado Académico: Maestro en Ciencias
- 1.3 Profesión: Obstetra
- 1.4. Institución donde labora: 30
- 1.5. Cargo que desempeña Obstetra
- 1.6 Denominación del Instrumento: Cuestionario
- 1.7. Autor del instrumento:
- 1.8 Programa de postgrado:

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				x	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				x	
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría				x	
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable				x	
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				x	
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				x	
SUMATORIA PARCIAL					24	
SUMATORIA TOTAL					24	



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS



III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: 24

3.2. Opinión:

FAVORABLE DEBE MEJORAR NO FAVORABLE

3.3. Observaciones: 3. - Cambiar por Zona de Rendimiento
Agregar Religión modificar la preguntas 7 y la 8
Agregar Como es la relación con sus padres, hermanos amigos.
Si se siente aceptado por sus compañeros, los padres
le dedican tiempo, realiza actividad física
Rendimiento académico.

Cajamarca, 22 de marzo del 2024


Jane Julia Castro
OBSTETRA
COR. 6534

Firma

EXPERTO 3:



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

I. INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto): *Fredy Fernandez Novoa*
- 1.2. Grado Académico: *Psicólogo*
- 1.3. Profesión: *Psicólogo*
- 1.4. Institución donde labora: *Centro de Salud Baur del Luca / Fondo Social Hicquipallas*
- 1.5. Cargo que desempeña: *Psicólogo Clínico*
- 1.6. Denominación del Instrumento: *Cuestionario*
- 1.7. Autor del instrumento: *Sela Castro*
- 1.8. Programa de postgrado: *En curso - P.E.*

II. VALIDACIÓN

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
2. OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
3. CONSISTENCIA	Existe una organización lógica en los contenidos y relación con la teoría					X
4. COHERENCIA	Existe relación de los contenidos con los indicadores de la variable					X
5. PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
6. SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento				X	
SUMATORIA PARCIAL					12	15
SUMATORIA TOTAL						27



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS



III. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN

3.1. Valoración total cuantitativa: 27

3.2. Opinión:

FAVORABLE X DEBE MEJORAR _____ NO FAVORABLE _____

3.3. Observaciones: _____
Sugiero levantar observaciones en corrección de redacción, no denunciar
Heudamiento sino agregar percepción por el adolescente, primero en el caso de
violencia cambia el tipo por si se presenta o no violencia y de preferencia usa
el AVGAE FAMILIAR que usa el MINUSA.

Cajamarca, 24 de marzo del 2024


Freddy Fernández Novoa
PSICÓLOGO
C.Ps.P. 17542

Firma

ANEXO N°09:

Escala APGAR Familiar de Smilkstein

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,783	5

El instrumento presenta un Alfa de Cronbach de 0,783, lo que indica que el instrumento es bueno y confiable para su aplicación.

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
APGAR1	10,05	16,892	,675	,700
APGAR2	10,10	22,200	,336	,805
APGAR3	9,65	18,450	,561	,741
APGAR4	9,85	20,345	,468	,770
APGAR5	9,55	16,261	,763	,667

Inventario de depresión de BECK II

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,853	21

El instrumento presenta un Alfa de Cronbach de 0,853, lo que indica que el instrumento es bueno y confiable para su aplicación.

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
BECK1	54,35	121,397	,667	,837
BECK2	54,30	128,221	,472	,845
BECK3	54,70	124,747	,545	,842
BECK4	54,60	132,147	,245	,855
BECK5	54,25	127,145	,528	,843
BECK6	54,35	131,397	,311	,852
BECK7	54,45	123,418	,602	,840
BECK8	54,45	126,682	,432	,847
BECK9	54,50	127,947	,519	,844
BECK10	54,50	131,000	,318	,851
BECK11	54,45	127,208	,413	,848
BECK12	54,40	128,674	,530	,844
BECK13	54,85	129,713	,425	,847
BECK14	54,40	134,463	,199	,855
BECK15	54,05	125,629	,559	,842
BECK16	54,20	133,116	,257	,853
BECK17	54,35	120,766	,723	,835
BECK18	54,20	136,274	,139	,857
BECK19	54,55	127,208	,492	,845
BECK20	54,20	128,589	,404	,848
BECK21	53,90	132,411	,275	,853

17% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 9 palabras)
- ▶ Trabajos entregados

Exclusiones

- ▶ N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 16%  Fuentes de Internet
- 6%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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