



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**MEDICINA**

SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE CON PADRES CON  
DEPRESIÓN EN LA SIERRA DEL PERÚ

MENTAL HEALTH IN THE TEENAGE OFFSPRING OF  
PARENTS WITH DEPRESSION IN THE HIGHLANDS OF PERU

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO

AUTORES

ITALO ARANDA OYARCE

FRANK EDGARD CAHUAYA QUISPE

JOSE ALEJANDRO ALBINAGORTA AGUIRRE

ASESOR

JAVIER ESTEBAN SAAVEDRA CASTILLO

LIMA - PERÚ

2024



## **JURADO**

Presidente: Dra. Silvana Virginia Sarabia Arce

Vocal: Dr. Paulo Jorge Martin Ruiz Grosso

Secretario: Dra. Ybeth Luna Solis

Fecha de sustentación: 20 de diciembre de 2024

Calificación: Aprobado

**ASESOR DE TESIS**

**ASESOR**

Dr. Javier Esteban Saavedra Castillo

Departamento Académico de Clínicas Médicas

ORCID: 0000-0001-8403-5363

## **DEDICATORIA**

A mi familia, a mis amigos y todas las personas que me apoyaron, guiaron y acompañaron a lo largo de este camino. Son y serán mi fuente de inspiración y fortaleza para seguir creciendo. - **Frank**

Dedico este trabajo con profundo amor y gratitud a mi papá, Cris, quien desde el cielo sigue guiando mis pasos con su luz y sabiduría, a mis abuelitos, cuyo cariño y apoyo invaluable han sido un cimiento en mi vida. A mi madre, por su motivación constante y su fe inquebrantable en mí. A Dios, por haberme bendecido con la presencia de todos ellos en mi vida. A todas las personas especiales que han dejado una huella en mi corazón, su apoyo y amor han hecho posible este camino. - **Italo**

A mi familia, por su amor, apoyo e inspiración. Gracias por su paciencia, comprensión y sacrificio. A cada ser querido que me dio ánimo y soporte cuando más lo necesitaba, gracias. - **José**

## **AGRADECIMIENTOS**

A nuestro asesor, el Dr. Javier Saavedra Castillo, por su mentoría, conocimiento invaluable y apoyo, fundamentales en la realización de este proyecto. A la Mg. Ysela Agüero Palacios, por su apoyo en el análisis de datos, cuya contribución fue trascendental para la culminación del presente trabajo de investigación.

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

El presente proyecto ha sido autofinanciado.

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS**

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

## RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD



UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA

Facultad de  
MEDICINA

SALUD MENTAL DEL ADOLESCENTE CON PADRES CON  
DEPRESIÓN EN LA SIERRA DEL PERÚ

MENTAL HEALTH IN THE TEENAGE OFFSPRING OF  
PARENTS WITH DEPRESSION IN THE HIGHLANDS OF PERU

TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
MÉDICO CIRUJANO

### AUTORES

ITALO ARANDA OYARCE  
FRANK EDGARD CAHUAYA QUISPE  
JOSE ALEJANDRO ALBINAGORTA AGUIRRE

### ASESOR

JAVIER ESTEBAN SAAVEDRA CASTILLO

LIMA - PERÚ  
2024



Informe estándar ⓘ

Informe en inglés no disponible [Más información](#)

## 19% Similitud estándar

Filtros

### Fuentes

Mostrar las fuentes solapadas ⓘ

1

Internet



repositorio.upch.edu.pe

5%

38 bloques de texto 391 palabra que coinciden

2

Internet



documentop.com

1%

9 bloques de texto 77 palabra que coinciden

3

Internet



## TABLA DE CONTENIDOS

	<b>Pág.</b>
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	7
III. MATERIALES Y MÉTODOS.....	8
IV. RESULTADOS.....	
15	
V. DISCUSIÓN.....	20
VI. CONCLUSIONES.....	27
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS.....	34
ANEXOS	

## RESUMEN

**Antecedentes:** La depresión es un trastorno afectivo que representa un problema serio de salud pública. Su presencia en padres de familia puede tener un efecto significativo en la salud mental de sus hijos adolescentes, aumentando el riesgo de sufrir enfermedades mentales graves. **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. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, transversal, en diseño muestral complejo trietápico, usando la base de datos secundaria de los estudios epidemiológicos de salud mental del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” en Abancay (2016), Ayacucho, Cajamarca y Huaraz (2017) y Puno (2018). La unidad de análisis fue el adolescente y su salud mental, además se identificó al padre o madre y su información sobre trastornos depresivos, características demográficas y socioeconómicas. **Resultados:** Se incluyeron 1257 adolescentes. La prevalencia de trastorno depresivo fue 14,71%, de trastorno de ansiedad generalizada 10,40%, de indicadores suicidas 13,34%. Aplicando factores demográficos y socioeconómicos de los padres, hubo un riesgo significativo de trastorno depresivo (OR:1,75; IC95:1,14-2,68) y trastorno de ansiedad generalizada (OR:2,48; IC95:1,45-4,23) en los adolescentes. **Conclusiones:** Los trastornos depresivos en los padres están relacionados con problemas de salud mental en los adolescentes, incluso en el contexto altoandino, destacando la necesidad de políticas de salud mental que aborden estos factores y toda la familia.

**Palabras clave:** Salud Mental, Adolescente, Padres, Depresión.

## **ABSTRACT**

**Background:** Depression is a mood disorder that represents a serious public health issue. Its presence in parents can have a significant effect on the mental health of their adolescent children, increasing the risk of experiencing severe mental illnesses. **Objective:** To analyze the relationship between the mental health of adolescents and depression in one of their parents in the Peruvian highlands: Ayacucho, Abancay, Cajamarca, Huaraz, and Puno. **Materials and Methods:** Observational, cross-sectional study with a three-stage complex sampling design, using secondary data from epidemiological mental health studies conducted by the National Institute of Mental Health “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” in Abancay (2016), Ayacucho, Cajamarca, and Huaraz (2017), and Puno (2018). The unit of analysis was the adolescent and their mental health, while information on depressive disorders, demographic, and socioeconomic characteristics was collected for the parents. **Results:** A total of 1 257 adolescents were included. The prevalence rates were as follows: depressive disorder (14,71%), generalized anxiety disorder (10,40%), and suicidal behavior indicators (13,34%). After controlling for parental demographic and socioeconomic factors, there was a significant risk of depressive disorder (OR:1,75;95%CI:1,14-2,68) and generalized anxiety disorder (OR:2,48;95%CI:1,45-4,23) in adolescents. **Conclusions:** Depressive disorders in parents are associated with mental health problems in adolescents, even in the high-Andean context, highlighting the need for mental health policies that address these factors and involve the entire family.

**Keywords:** Mental Health, Adolescent, Parents, Depression.

## **I. INTRODUCCIÓN**

El episodio depresivo es un trastorno afectivo caracterizado por un ánimo deprimido, incluyendo cambios en peso y apetito, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga, sentimiento de culpa y pensamientos de muerte; en niños y adolescentes, puede manifestarse como irritabilidad (1). La depresión es dos veces más común en mujeres que en hombres, afectando entre el 10-15% de mujeres en países industrializados y el 20-40% en países subdesarrollados la padecen durante o después del embarazo (2).

Ante esto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la depresión como una de las principales causas de discapacidad (2), el Ministerio de Salud (MINSA) la considera una de las principales enfermedades de jóvenes y adultos, con un impacto negativo significativo de la calidad de vida (3). Según el Ministerio de Salud, la depresión unipolar causó la mayor pérdida de años de vida saludables (AVISA) con 218 277 años, 4,3% del total o 6,9 por cada 1000 habitantes. La discapacidad fue la principal carga en este grupo, siendo la causa principal de enfermedades relacionadas con la muerte en personas de 15 a 44 años, con una tasa de 11,6 por mil. (4). A partir de un punto de vista económico, la depresión genera un alto costo para el país y las familias, por su efecto negativo en la productividad, con estimaciones globales de 1 trillón de dólares, y podría alcanzar 6 trillones para 2030 (5), impactando más a los pobres, quienes enfrentan mayores desafíos y menos acceso a tratamientos de calidad, perpetuando el ciclo de pobreza y estancamiento en países emergentes (6).

Por otro lado, la disfunción familiar puede aumentar el riesgo de depresión, y viceversa. Una persona deprimida tiende a descuidar relaciones, lo que provoca que el familiar no deprimido asuma la responsabilidad de mantener la dinámica familiar y el bienestar de los demás, como los hijos (7). En este sentido, los adolescentes son una población vulnerable debido a procesos neuropsicológicos complejos propios de la etapa, ya que enfrentan cambios físicos y emocionales que generan estrés, vulnerabilidad e inseguridad (8). Durante la adolescencia, se desarrolla el sentido de identidad y la capacidad de enfrentar tensiones, lo que aumenta el deseo de independencia. El entorno familiar y cultural influye en esta capacidad. Procesos de crianza como la falta de autonomía, violencia, paternidad autoritaria, y el uso de modelos de afrontamiento disfuncionales están relacionados con la ansiedad clínica en adolescentes occidentales (9).

A nivel mundial se han realizado diversas investigaciones, la mayoría realizadas en países primermundistas, como es el caso de Alemania (10), Australia (11) y EE.UU. (12,13,14), que relacionan un riesgo significativamente mayor de sufrir enfermedades mentales graves, tales como trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno bipolar y otros, en la descendencia de padres con las mismas enfermedades mentales graves comparados con quienes no las tengan (15). Respecto a la depresión en uno o ambos padres, se ha evidenciado que puede predisponer síntomas de depresión y psicopatología general en sus hijos (10). Otros estudios refieren que los hijos de padres deprimidos tienen de tres a cuatro veces más probabilidades de desarrollar un trastorno depresivo y/o un trastorno de ansiedad en comparación a los hijos de padres no deprimidos (12). Asimismo, se ha encontrado asociación entre la depresión materna y un contexto familiar

altamente estresante, lo que aumenta los niveles de estrés interpersonal de los hijos y la exposición a eventos estresantes, aumentando así dramáticamente el riesgo del niño de desarrollar depresión (16). Sin embargo, las principales limitantes en dichas investigaciones son sus pequeñas poblaciones de estudio (11).

Por otro lado, pocos estudios se han realizado en Latinoamérica, donde la dinámica familiar tiene características distintivas que la diferencian de países más desarrollados, obligando a las familias a cambiar su organización, interacción y estructura, como el cambio de roles y la división de responsabilidades entre los miembros del grupo familiar (17). Asimismo, debido a su complejo contexto sociocultural, factores socioeconómicos como el aumento de la pobreza, menores ingresos salariales, altas tasas de familias disfuncionales, abandono familiar y abuso, adquieren mayor relevancia, dado que estos factores de riesgo predisponen a los adultos a padecer trastornos depresivos (18).

Entre los estudios latinoamericanos, un estudio realizado en Chile determinó que los hijos de madres con depresión crónica presentan una actividad cerebral atípica y una prevalencia de trastornos conductuales y emocionales del 49,8%. Sin embargo, este estudio tiene limitaciones claras, como la ausencia de un grupo control y la población reclutada en consultorios de atención primaria, omitiendo a aquellos que no acuden a estos centros de salud, quienes podrían ser captados con un modelo comunitario (19). Otro estudio en Ecuador concluyó que las interacciones intrafamiliares influyen en la salud mental de los adolescentes, determinando si experimentan disfunciones sociales, ansiedad, depresión o síntomas psicósomáticos (8).

En la actualidad, en el Perú, no se han realizado estudios de esta índole, a pesar de la importancia que tiene en nuestro país considerar las dinámicas familiares a lo largo de las regiones, especialmente en las más vulnerables como la sierra. En esta región, solo el 26,5% de las personas acceden a educación superior (20) y el 48,7% no tiene acceso a servicios básicos de salud (21). La región de la sierra presenta desafíos socioculturales y económicos significativos que afectan la salud mental de sus habitantes. Según el informe del 2023 del Instituto Nacional de Estadística e Informática, la sierra tiene el mayor índice de pobreza monetaria, alcanzando el 32,8% de la población (22). Además, el aislamiento geográfico dificulta la comunicación y el transporte, incrementando la sensación de soledad. La exposición a desastres naturales, como deslizamientos de tierra y sismos, también impacta negativamente, generando traumas duraderos. El sistema centralista de Perú, que concentra la atención y recursos en la capital, añade una capa más de vulnerabilidad, generando estrés y ansiedad que afectan a la población y sus dinámicas familiares (23). La sierra presenta mayores niveles de violencia y adicciones; el 4,6% de las personas de 15 años o más han sufrido violencia física por parte de su pareja en el último año, siendo las víctimas en mayor proporción de etnia y lengua materna nativa (24).

La elección de la población de la sierra peruana como punto de estudio, en lugar de otras regiones como la selva o la costa, está respaldada por sus características únicas, tanto socioculturales, demográficas y económicas, las cuales pueden influir significativamente en los comportamientos relacionados con la salud mental. Particularmente, la sierra presenta una combinación de factores como menor acceso a servicios de salud, altos índices de pobreza y diferencias culturales en la

percepción y manejo de la salud mental, lo que incrementa a su vez la prevalencia de problemas de salud mental (25). Además, los patrones de socialización familiar, incluidos los roles de género y prácticas tradicionales (26), podrían influir de forma específica en la salud mental de los adolescentes de esta zona del país, siendo estas características no equivalentes en otras regiones del país, donde predominan otros factores contextuales. Por lo tanto, la pregunta que busca responder el presente estudio es ¿Cuál es la relación entre la salud mental de los adolescentes y la depresión en uno de sus padres en ciudades de la sierra del Perú?

La relación entre el trastorno depresivo de los padres y la salud mental de los adolescentes en las ciudades de la sierra peruana representa un problema crítico de salud pública, particularmente por los desafíos socioeconómicos y el contexto cultural únicos de la región. Este estudio tiene como objetivo analizar esta relación en cinco ciudades de la sierra (Ayacucho, Abancay, Cajamarca, Huaraz y Puno), abordando un importante vacío de conocimiento en la comprensión de cómo el trastorno depresivo parental afecta a la salud mental de los adolescentes dentro del entorno sociocultural distintivo de la sierra peruana. La investigación reviste especial importancia, ya que esta región del altiplano se enfrenta a tasas de pobreza más elevadas (32,8%), un acceso limitado a la atención sanitaria y factores de estrés social únicos.

### **Justificación del estudio**

Nuestro estudio aporta conocimiento original y relevante sobre la relación entre el trastorno depresivo parental y la salud mental de los adolescentes en la sierra peruana, un área poco explorada en la actualidad. Así, identificar la correlación

entre el trastorno depresivo de los padres y la salud mental de los hijos adolescentes, en una población como la sierra peruana con importantes características socioculturales, demográficas, económicas y geográficas, permitirá desarrollar estrategias de prevención e intervención más efectivas. Esto se enmarca en los lineamientos establecidos por la Ley de Salud Mental N° 30947 y las prioridades del Ministerio de Salud 2024 - 2030, brindando información valiosa para implementar y fortalecer políticas de mejora en los servicios de salud mental de la sierra peruana. Finalmente, este proyecto introduce un enfoque novedoso para estudiar la salud mental de los adolescentes, sirviendo de base para futuras investigaciones.

## **II. OBJETIVOS**

### **Objetivo general:**

- Analizar la relación entre la salud mental de los adolescentes y la depresión en uno de sus padres en ciudades de la sierra del Perú: Ayacucho, Abancay, Cajamarca, Huaraz y Puno.

### **Objetivos específicos:**

- Evaluar la asociación entre la presencia de trastornos depresivos o ansiosos, en los adolescentes y la presencia de depresión en uno de los padres, según características demográficas y socioeconómicas de los padres.
- Estimar la asociación entre las conductas violentas o psicopáticas en los adolescentes y la presencia de depresión en uno de los padres, según las características demográficas y socioeconómicas de los padres.
- Determinar la relación entre las conductas suicidas en los adolescentes y la presencia de depresión en uno de los padres, según características demográficas y socioeconómicas de los padres.
- Evaluar la relación entre conductas de consumo de sustancias y abuso de alcohol en los adolescentes y la presencia de depresión en uno de los padres, según características demográficas y socioeconómicas de los padres.

### **III. MATERIALES Y MÉTODOS**

#### **Diseño del estudio:**

El presente estudio es de alcance analítico, de diseño observacional y de corte transversal, en el cual se empleó la base de datos de los estudios epidemiológicos de la salud mental realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (INSM) en ciudades de la sierra peruana (Abancay, Ayacucho, Cajamarca, Huaraz, Puno) entre los años de 2016 y 2018. Estos estudios recabaron información sobre la salud mental de cuatro unidades de análisis en la vivienda: adolescente, mujer unida (jefa del hogar o esposa del jefe del hogar), adultos y adultos mayores. Para este estudio se utilizó la unidad de análisis del adolescente y del adulto, donde se identificaron los casos en que coincidían el adolescente y alguno de sus padres dentro de la unidad de análisis del adulto.

#### **Población:**

La población objetivo fueron los padres y adolescentes residentes habituales de las localidades urbanas en ciudades de la sierra del Perú: Ayacucho, Abancay, Cajamarca, Huaraz y Puno.

#### **Muestra de estudio:**

En el estudio original se seleccionó una muestra de personas en tres etapas: Las Unidades Primarias de muestreo (UPM) estaban conformadas por conglomerados de viviendas, proporcionados por el INEI en cada ciudad. En cada UPM seleccionada se obtuvieron segmentos compactos con un número diferente de viviendas en cada ciudad. Las Unidades Secundarias de Muestreo (USM) fueron

las viviendas contiguas seleccionadas dentro de los conglomerados utilizando un muestreo sistemático con arranque aleatorio. Las Unidades Terciarias de Muestreo (UTM) estuvieron conformadas por individuos de cada grupo de análisis (adolescente, adulto, adulto mayor) de forma independiente utilizando una tabla de Kish modificada, con excepción de la mujer unida (cabeza de familia o cónyuge del jefe de familia) que entró con probabilidad uno.

El número de adolescentes dentro de las 5 ciudades evaluadas por los estudios epidemiológicos de la salud mental realizados por el INSM fue de un total de 2323, de los cuales, a partir de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, nos dio una muestra total para nuestro estudio conformada por 1257 (54,11%) adolescentes emparejados con sus respectivos padres, madres, padrastros o madrastras, siendo 47 (3,36%) hijastros del total. De este total 315 corresponden a la ciudad de Abancay, 838 a las ciudades de Ayacucho, Cajamarca y Huaraz, 222 son de la ciudad de Puno.

**Criterios de inclusión:**

- Adolescentes de ambos sexos con edades entre 12 y 17 años, que tengan padre o madre que hayan respondido al cuestionario para adultos del estudio epidemiológico de salud mental.
- Personas adultas de ambos sexos, padres o madres del adolescente seleccionado.

**Criterios de exclusión:**

- Adolescentes cuyos padres o madres no pudieron ser identificados.

### **Instrumentos**

- a) Fichas sociodemográficas, tanto del adulto como del adolescente: Recolecta datos como: sexo, edad, estado civil, lugar de nacimiento, residencias, grado de instrucción, idioma, empleo, ingresos, ubicación de vivienda actual, identificación muestral y características de la vivienda para estimar el nivel de pobreza según necesidades básicas insatisfechas (NBI).
- b) Cuestionario de Salud Mental de Colombia del Adolescente: Elaborado en Colombia y adaptado a nuestro medio con el fin de tener una herramienta práctica que viabiliza calcular el nivel de salud mental de un grupo poblacional (27). Recoge información sobre conductas antisociales, uso de sustancias, síntomas de distrés emocional, entre otros. Para nuestro estudio se incluyen preguntas de las siguientes áreas: conductas suicidas, conductas psicopáticas y conductas violentas. Confiabilidad por consistencia interna mediante Alfa de Cronbach de 0,811 en la población adolescente (28).
- c) MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional versión española CIE-10: Instrumento basado en la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ma edición), Validado por Sheehan, Lecrubier y colaboradores, con óptima concordancia, de fácil empleo y que proporciona información estandarizada sobre trastornos psiquiátricos. Para adolescentes se incluye: trastorno depresivo, trastorno distímico, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de estrés postraumático, con confiabilidad mediante Alfa de Cronbach de 0,717; y para adultos, se enfoca en el trastorno

depresivo, con confiabilidad mediante Alfa de Cronbach de 0,697 (29). Cabe destacar que consideró el episodio depresivo (leve, moderado y severo) y la distimia conjuntamente como trastorno depresivo para fines de los estudios epidemiológicos de la salud mental realizados por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (INSM) y del presente estudio.

### **Procedimientos y técnicas**

Se elaboró y presentó el proyecto de tesis para la correspondiente evaluación por la Facultad de Medicina Alberto Hurtado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Tras su aprobación, se envió para revisión por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la universidad, asegurando que los procedimientos del estudio sigan los lineamientos y estándares éticos de este. Posterior a ello, se solicitó el acceso a la base de datos de los estudios epidemiológicos de la salud mental al Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (INSM), realizados en la sierra peruana, específicamente en las ciudades de Ayacucho, Abancay, Cajamarca, Huaraz y Puno durante los años 2016 y 2018. Tras su aprobación y acceso a la mencionada base de datos, se revisó y clasificó la información, identificando las posibles relaciones entre los padres con trastorno depresivo y las características como trastornos depresivos y ansiosos, las tendencias psicopáticas o violentas, las tendencias suicidas y el consumo de alcohol y sustancias en los adolescentes. El análisis se realizó controlando los aspectos demográficos y socioeconómicos de los padres.

### **Variables y definición operacional**

Las definiciones de las variables, así como el tipo de variable, indicadores, escala de medición e instrumento se encuentran detalladas en el **Anexo 1**.

### **Plan de análisis**

En cada una de las bases de datos de adolescentes y de adultos de los estudios epidemiológicos de salud mental realizados en Abancay (2016), en Ayacucho, Cajamarca y Huaraz (2017) y en Puno (2018), se emparejaron los adolescentes con sus respectivos padres (padre o madre) y se elaboró una nueva base de datos de adolescentes adicionando los datos de los padres (trastorno depresivo, características demográficas y socioeconómicas). Se unieron las bases de datos creadas para cada uno de los tres estudios epidemiológicos, manteniendo la identificación del estudio. Dado que, los estudios epidemiológicos de salud mental realizados por el INSM “HD-HN” tienen un diseño muestral complejo (muestreo trietápico); y teniendo en cuenta que la unidad de análisis es el adolescente, se elaboró el plan de análisis tomando en cuenta el diseño muestral y los factores de ajuste de los adolescentes. Dado que en los estudios epidemiológicos se consideran varios indicadores suicidas (deseo, pensamiento, planeamiento e intento), se construyó un indicador de suicidalidad con dos categorías, de modo que la suicidalidad “Presente” indica que el adolescente presentó al menos uno de los 4 indicadores mencionados y “Ausente” en caso contrario. Para cumplir con los objetivos del presente estudio, se realizó el análisis estadístico relacionando los trastornos depresivos y ansiosos, conductas violentas y psicopáticas, conductas suicidas, consumo de sustancias y abuso de alcohol en los adolescentes con el trastorno depresivo en uno de los padres mediante el cálculo de prevalencias con

sus respectivos intervalos de 95% de confianza. Adicionalmente, se elaboraron tablas de doble entrada y se realizaron pruebas de independencia y homogeneidad (análisis bivariado). Dado que, los datos utilizados en el presente estudio se obtuvieron mediante un diseño muestral complejo, la relación entre los indicadores de salud mental de los adolescentes y los indicadores de trastorno depresivo en los padres se realizó mediante pruebas estadísticas F corregidas, las cuales son variantes del estadístico de chi-cuadrado corregido de Rao-Scott de segundo orden. La significación (p valor) presentada en las tablas se basa en la F corregida y sus grados de libertad. Se evaluó la relación entre los indicadores de salud mental de los adolescentes (trastornos depresivos y ansiosos, conductas violentas y psicopáticas, conductas suicidas, consumo de sustancias y abuso de alcohol) y los trastornos depresivos en los padres controlando las características demográficas y socioeconómicas de sus padres, mediante el ajuste de modelos de regresión logística para respuesta binaria y múltiples co-variables y el cálculo de razones de ventajas ajustados (OR) con sus respectivos intervalos de confianza, que ayuda a controlar el posible efecto confusor de las características demográficas y socioeconómicas de los padres de los adolescentes y evaluar la relación entre el trastorno depresivo en los padres con los indicadores de salud mental en los adolescentes. El procesamiento de los datos se realizó mediante el módulo de muestras complejas del paquete estadístico SPSS versión 28.

### **Aspectos éticos**

El presente proyecto de investigación siguió las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) sobre uso de

base de datos secundaria, fue evaluado por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Posterior a ello fue presentado al Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (INSM), que autorizó el uso de la base de datos de los estudios epidemiológicos de la salud mental realizados por el mismo en las ciudades de Ayacucho, Abancay, Cajamarca, Huaraz y Puno durante los años 2016 y 2018. Al utilizarse una base de datos secundaria, no se requirió el uso del consentimiento informado. No se tuvo contacto directo ni se intentó ubicar a ningún entrevistado.

#### **IV. RESULTADOS**

Las edades de los adolescentes varían entre 12 y 17 años con una media de 14,4 (DE:1,70), existe una proporción ligeramente mayor de adolescentes de sexo femenino (51,4%) y más del 80% de ellos tienen nivel de instrucción secundaria. Con respecto a los adultos, sus edades varían entre 28 y 83 años, con una media de 42,18 (DE:7,8) años, se observa además que la persona encuestada fue mayoritariamente la madre (70,01%). Más de un tercio de los padres tienen grado de instrucción superior universitaria o técnica (36,05%), están casados (41,90%) o conviven (39,46%) y 71,53% han sido clasificados como no pobres. **(Tabla 1)**.

La prevalencia de trastorno depresivo en el adolescente (P:14,71%; IC95%: 11,05%-19,33%), es significativamente mayor cuando uno de los padres presenta trastornos depresivos en general en su vida ( $p=0,009$ ). El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en el adolescente tiene una prevalencia de 10,40% (IC95%: 7,34%-14,54%), además está significativamente relacionado con la presencia de trastornos depresivos en general en uno de los padres ( $p=0,001$ ). **(Tabla 2)**.

Relacionando la prevalencia de trastorno depresivo en el adolescente con las características demográficas y socioeconómicas de los padres no se observó ninguna asociación estadísticamente significativa. Lo mismo ocurre al relacionar el TAG en el adolescente con las características demográficas y socioeconómicas de los padres, con excepción de la ciudad de residencia, en donde se observan prevalencias significativamente menores de TAG ( $p=0,019$ ) en los adolescentes en Huaraz (P:2,32%; IC95%: 0,98%-5,36%) en comparación con Puno (P:8,58%; IC95%: 5,24%-13,75%). **(Tabla 2)**.

Se evaluó la asociación de cada uno de los dos problemas de salud mental (Trastorno depresivo o TAG) en el adolescente con los trastornos depresivos en general en uno de los padres controlando el posible efecto confusor de las características demográficas y socioeconómicas de los padres (modelo de regresión logística múltiple). Se observa que los adolescentes hijos de padres con algún trastorno depresivo alguna vez en su vida tienen una probabilidad 1,75 veces mayor (OR:1,75; IC:1,14-2,68) de presentar trastorno depresivo en comparación con los adolescentes con padres sin trastorno depresivo ( $p=0,011$ ). La presencia de TAG en el adolescente está significativamente asociada con la presencia de trastornos depresivos en uno de los padres, siendo la probabilidad 2,5 veces mayor (OR: 2,48; IC:1,45-2,23) de sufrirla, en comparación con los adolescentes con padres sin trastornos depresivos ( $p=0,001$ ). Además, se observa que, en los padres menores de 35 años, la presencia de este trastorno es 82% menos frecuente que en los padres de 60 años o más (OR:0,18; IC:0,04-0,77). Así mismo, en Huaraz, la prevalencia de TAG es 74% menos probable que en Puno, y la asociación es estadísticamente significativa (OR:0,26; IC:0,09-0,73). (**Tabla 2**).

La prevalencia de tendencias psicopáticas es ligeramente mayor cuando uno de los padres presenta trastornos depresivos en general (28,17%; IC95%: 22,39%-34,78%), pero no se observan diferencias significativas como los adolescentes cuyos padres no presentan estos trastornos. Cuando se controlan las características demográficas y socioeconómicas de los padres tampoco se observa una asociación estadísticamente significativa entre las tendencias psicopáticas en los adolescentes y los trastornos depresivos en general en los padres. Cabe resaltar que, comparado con los adolescentes de la ciudad de Puno, los adolescentes de Huaraz (OR:0,53;

IC:0,32-0,88) y Cajamarca (OR: 0,54; IC: 0,34-0,88) tienen aproximadamente 50% menos probabilidades de presentar tendencias psicopáticas. (**Tabla 3**).

La prevalencia de tendencias violentas es significativamente mayor en los adolescentes cuyos padres presentan trastornos depresivos en general (P:21,39%; IC95%: 16,64%-27,07%). Controlando, el posible efecto confusor de las características demográficas y socioeconómicas de los padres, se observa que los adolescentes hijos de padres con algún trastorno depresivo alguna vez en su vida tienen una probabilidad de 1,6 veces mayor (OR:1,63; IC:1,09–2,45) de presentar tendencias violentas en comparación con los adolescentes con padres sin trastorno depresivo ( $p=0,018$ ). No se observan diferencias significativas en las prevalencias de tendencias violentas en los adolescentes para ninguna de las características sociodemográficas de los padres. Solo resalta que la posibilidad de presentar tendencias violentas es 1,8 veces mayor (OR:1,84; IC:1,07-3,14) en la ciudad de Ayacucho comparada con la ciudad de Puno. (**Tabla 3**).

Al relacionar el indicador suicida en el adolescente con la presencia de trastornos depresivos en general en uno de los padres, se encontró que la proporción de adolescentes que presentan algún indicador suicida (principalmente el deseo y el pensamiento suicidas) es mayor (P:13,34%; IC95%: 9,63%-18,19%) cuando uno de los padres presenta trastornos depresivos en general ( $p=0,05$ ). No se observan asociaciones significativas entre el sexo, edad y estado civil de los padres con los indicadores suicidas en los adolescentes. Sin embargo, la prevalencia de estos indicadores es significativamente menor en adolescentes cuyos padres tienen educación primaria o menos (P:5,53%; IC95%: 3,49%-8,66%) ( $p=0,009$ ). Además,

la frecuencia de indicadores suicidas es significativamente menor en hogares de pobreza extrema (P:2,87%; IC95%: 1,15%-6,97%) (p=0,028). Cabe mencionar que la prevalencia de indicadores suicidas es significativamente menor en las ciudades de Huaraz (P:7,88%; IC95%: 4,75%-12,80%) y Cajamarca (P:6,87%; IC95%: 4,02%-11,51%) (P=0,044). **(Tabla 4).**

Al evaluar la relación entre los indicadores suicidas en los adolescentes y los trastornos depresivos en los adultos, controlando las características demográficas y socioeconómicas de los padres, no se encontraron asociaciones significativas. **(Tabla 4).**

El indicador de abuso de alcohol en adolescentes se definió por la presencia de al menos un criterio de abuso. Este se relacionó con trastornos depresivos en los padres, pero sin una asociación estadísticamente significativa. Tampoco se encontraron asociaciones significativas con el sexo, edad, grado de instrucción ni nivel de pobreza de los padres. Con respecto a la ciudad de procedencia de los adolescentes y sus padres, se observa que en la ciudad de Puno la prevalencia de abuso de alcohol es la más baja (P:4,72%; IC95%: 2,36%-9,53), y le sigue Huaraz (P: 2,52%; IC95%: 1,13%-5,54%). **(Tabla 5).**

Al relacionar los trastornos depresivos en general en los padres con el abuso de alcohol en los adolescentes, controlando las características demográficas y socioeconómicas, no se encontró una asociación significativa. Sin embargo, la edad de los padres sí se asocia significativamente: los adolescentes cuyos padres tienen menos de 35 años tienen un 85% menor probabilidad de presentar abuso de alcohol (OR: 0,15; IC: 0,03–0,80) en comparación con aquellos con padres de 60 años o

más. Además, el riesgo de abuso de alcohol en adolescentes de Abancay es 2,42 veces mayor que en Puno (OR: 2,42; IC: 1,01 - 5,82). (**Tabla 5**).

La prevalencia de consumo de sustancias es mayor en los adolescentes cuyos padres presentan trastornos depresivos en general (P:24,78%; IC:20,0% - 30,27%) pero estas diferencias no son estadísticamente significativas. Por otro lado, el consumo de sustancias no se asocia significativamente con la edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción ni nivel de pobreza de los padres. Sin embargo, se observan diferencias según la ciudad de residencia, siendo la prevalencia de consumo menor en Huaraz (P:15,33%; IC95%: 11,00%-20,97%) y Cajamarca (P:13,82%; IC95%: 9,59%-19,51%) ( $p < 0,001$ ). (**Tabla 5**).

Al ajustar por las características demográficas y socioeconómicas de los padres, no se encuentran asociaciones significativas entre el consumo de sustancias y los trastornos depresivos en los padres. El consumo de sustancias solo se asocia significativamente con la ciudad de residencia de los adolescentes y sus padres. (**Tabla 5**).

## V. DISCUSIÓN

Este estudio representa la primera investigación analítica sobre la relación entre trastornos depresivos parentales y la salud mental de sus hijos adolescentes en población altoandina peruana.

Con respecto a los trastornos depresivos en los adolescentes, se encontró que existe mayor prevalencia (14,71%) en hijos de padres con trastorno depresivo comparado a hijos de padres sin este trastorno (8,55%), con un p valor estadísticamente significativo de 0,009. Nuestros estudios se correlacionan con los encontrados en el estudio Raine (11) donde se reporta que la depresión en la madre muestra un riesgo aumentado en los hijos a la edad de 10 años de padecer depresión (RR 1,45; IC95%: 1,13-1,86) así como en la adolescencia tardía (RR 1,50; IC95%: 1,15-1,96). Cabe resaltar que la evidencia observacional generada establece parámetros epidemiológicos basales para poblaciones altoandinas, complementando hallazgos globales previos que manifiestan una asociación entre la depresión de los padres y el riesgo de depresión de los hijos, como se ve en el estudio de Rasic y colaboradores (30), donde cuantifican en 2,6 veces la probabilidad de padecer depresión en hijos menores de 20 años (RR 2,66). La asociación significativa con un OR ajustado de 1,75 (IC 95%: 1,14-2,68) estadísticamente significativo (p= 0,011) refleja magnitudes similares a estudios latinoamericanos, como el elaborado por Fritsch y colaboradores (19), quienes, en Santiago de Chile, concluyeron que los hijos de madres deprimidas presentan una alta prevalencia de problemas emocionales (49,8%). Los hallazgos sugieren múltiples mecanismos de asociación, alineados con modelos teóricos globales, por lo que se podría argumentar que los

hijos de padres deprimidos aprenden patrones de afrontamiento disfuncionales al observar el comportamiento de los padres deprimidos, o que los hijos tiendan a reforzar autoconceptos negativos en sí mismos, lo que incrementa la susceptibilidad a la depresión (31, 32). Asimismo, nuestro estudio concuerda con el de Dachew y colaboradores, donde muestran una asociación entre la depresión parental y la depresión en los hijos, con un OR 1,42 (IC 95%, 1,17-1,71) (32). Con respecto al trastorno de ansiedad generalizada en los adolescentes, encontramos que existe mayor prevalencia (10,4%) en hijos de padres con depresión, en comparación con los adolescentes de padres sin depresión, siendo este análisis estadísticamente significativo ( $p=0,001$ ); y con una probabilidad 2,5 veces mayor (OR ajustado 2,48: IC del 95%: 1,45-4,23) de sufrir trastorno de ansiedad generalizada ( $p=0,001$ ). Estos resultados coinciden con los observados en diferentes estudios, realizados a nivel mundial. En el metaanálisis realizado por Rasic y colaboradores (30), se observó una relación similar al encontrar que existe un mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad en los hijos adolescentes, de 10 a 19 años, de padres con depresión, con una probabilidad 2 veces mayor (RR 2,00; IC del 95%: 1,58-2,52) ( $p<0,001$ ). Esta predominancia de ciertos trastornos mentales, dentro de los cuales se considera la ansiedad, en hijos de padres con depresión se reafirma en los estudios llevados a cabo en Estados Unidos por Weissman y colaboradores (12,13), en los cuáles se realizó un seguimiento de 20 y 30 años a hijos de padres con depresión. A los 20 años de seguimiento se encontró que los hijos de padres deprimidos tenían un riesgo 2 a 3 veces mayor de sufrir ansiedad, con un RR de 2,9 (IC del 95%: 1,6-5,1), teniendo los picos de las primeras apariciones antes de los 20 años; estos datos se reafirman a los 30 años de seguimiento, en donde se obtuvo

un RR de 2,02 (IC del 95%: 1,26-3,25). Estos resultados pueden estar asociados con un ambiente familiar complejo como consecuencia de los padres deprimidos, provocando estrés emocional, dificultades de apego e incertidumbre; teniendo como resultado trastornos de ansiedad en los hijos adolescentes (8, 27).

En relación a las tendencias psicopáticas en los adolescentes, encontramos que si bien existe una mayor prevalencia (28,17%) en hijos de padres con trastornos depresivos, esta no es significativa ( $p=0,700$ ). Nuestro estudio coincide con el estudio realizado por Loechner y colaboradores (10), quienes, a partir de evaluar la vulnerabilidad a la depresión y síntomas psicopáticos en general en los hijos de padres deprimidos, mediante una prueba MANOVA, demostraron que existían diferencias importantes, al mostrar significativamente más síntomas psicopáticos en comparación a los hijos de padres no deprimidos. Esto puede explicarse debido a que los hijos de padres con depresión suelen utilizar menos estrategias adaptativas de regulación emocional, perciben menos estrategias de crianza positiva y conviven con menos acontecimientos positivos a lo largo de su vida (14, 33).

Al evaluar las tendencias violentas en los adolescentes de padres con trastornos depresivos, se evidencia una mayor prevalencia (21,39%) en comparación a los hijos de padres sin este trastorno ( $p=0,02$ ), además de una probabilidad 1,6 veces mayor (OR:1,63; IC:1,09–2,45) de presentarlas ( $p=0,018$ ). Si bien a la fecha no se han realizado estudios similares que busquen asociación directa entre las conductas violentas y/o tendencias delictivas de hijos adolescentes de padres con trastorno depresivo que contrasten con nuestro estudio, nuestros resultados se pueden explicar debido al alto riesgo de hijos adolescentes violentos y agresivos ante una

educación violenta o desapegada de padres con depresión (34), además de conductas de riesgo y delictivas que estos puedan adquirir (35); más aun considerando la alta prevalencia de violencia en las familias de la sierra de nuestro país (36).

En el análisis de indicadores suicidas, se observó una mayor prevalencia (13,34%; IC95%: 9,63%-18,19%) en adolescentes cuyos padres padecen trastornos depresivos ( $p: 0,050$ ). Al aplicar las variables socioeconómicas y demográficas de los padres se obtuvo un OR ajustado de 1,52 (IC95%: 0,92-2,51), siendo estadísticamente no significativo, pero evidenciando una tendencia a la significancia ( $p=0,100$ ). En un estudio realizado en Chile sobre factores de riesgo familiares asociados al intento suicida en adolescentes con trastorno depresivo, se encontró que la ideación suicida del adolescente se correlaciona moderadamente con el intento suicida de un familiar y con la adaptabilidad familiar. Es así que, al controlar la ideación suicida, la adaptabilidad familiar se asoció al intento suicida, además que no se encontró una asociación significativa entre la presencia de un trastorno psiquiátrico en un familiar y el intento o la ideación suicida del adolescente (19). Estos hallazgos destacarían la importancia de la adaptabilidad familiar y la historia de intentos suicidas en la familia como factores de riesgo. En Estados Unidos, se exploró la relación entre el estado mental parental y el intento de suicidio, encontrando asociaciones con factores como el divorcio (37, 38).

En el análisis del consumo de sustancias en adolescentes con padres con trastornos depresivos, se obtuvo una mayor prevalencia (24,78%; IC95%: 20,00%-30,27%) en comparación con aquellos cuyos padres no tienen este trastorno (19,79%; IC 95%: 16,67-23,32), que si bien no fue estadísticamente significativa, tiene tendencia

a ello ( $p=0,091$ ), Además se obtuvo un OR ajustado de 1,16 (IC 95%: 0,82-1,54), que, aunque no fue un resultado estadísticamente significativo ( $p=0,404$ ), tiene relación con el metaanálisis realizado por Rasic y colaboradores que encontró que el consumo de sustancias se asocia al diagnóstico de depresión en los padres, con un RR de 1,72 en todas las edades, 3,15 antes de los 20 años y 1,53 en mayores de 20 años, todos estadísticamente significativos. Esto fortalece nuestra investigación y sugiere que un seguimiento a largo plazo podría demostrar asociación entre el consumo de sustancias de adolescentes hijos de padres deprimidos que por la naturaleza de nuestro estudio no logra describirlo (30).

Respecto al abuso de alcohol, se obtuvo una prevalencia menor en hijos de padres deprimidos (5,10%; IC95%: 3,19%-8,05%) en comparación con aquellos cuyos padres no tienen trastornos depresivos (6,42%. IC 95%: 4,74%-8,65%), aunque no tuvieron significancia estadística ( $p=0,410$ ). Respecto a nuestros resultados, estos difieren con el seguimiento de 20 y 30 años de hijos de padres deprimidos y no deprimidos elaborado por Weissman y colaboradores (12, 13), quienes encontraron que el riesgo de dependencia al alcohol era más del doble a los 20 años (RR 2,5; IC 95%: 0,8-7,2) ( $p=0,09$ ) y 1,4 veces mayor a los 30 años (RR 1,41; IC95%: 0,53-3,74) ( $p=0,49$ ). Esto se puede explicar por el mayor estrés que sufren los adolescentes hijos de padres deprimidos, falta de apoyo emocional por parte de sus padres (13) e imitación de conductas disfuncionales, como el consumo de alcohol (12). Por otra parte, es fundamental mencionar que nuestros resultados respecto al abuso de alcohol en los adolescentes hijos de padres con trastorno depresivo deben ser interpretados cuidadosamente y podrían ser justificados debido a nuestro contexto sociocultural y demográfico. Más aun, en entornos donde el trastorno

depresivo es más estigmatizado, como es el caso de la sierra peruana, esta puede disuadir a los adolescentes por el mayor control comunitario y social (26), los hijos pueden ser más reacios a imitar comportamientos disfuncionales como el abuso de alcohol, además que podría haber un mayor monitoreo parental (39).

### **Limitaciones del estudio**

Se destaca el uso de una base de datos secundaria de los estudios epidemiológicos de la salud mental realizados en las ciudades de Ayacucho, Abancay, Cajamarca, Huaraz y Puno durante los años 2016 y 2018, lo cual limita el análisis a las variables disponibles, como el tiempo total en el cual ciertos adultos reclutados cumplieron la función de padrastros o madrastras. Asimismo, nuestro estudio al ser de tipo transversal no determina causalidad, a pesar de criterios como la consistencia de los hallazgos, asociación estadística, plausibilidad biológica y coherencia con la evidencia existente que respaldan una relación significativa entre el trastorno depresivo parental y los problemas de salud mental de sus hijos adolescentes. Es así que se recomendaría complementar con estudios longitudinales en esta población, incorporar indicadores más específicos y complementar con evaluaciones clínicas para determinar la causalidad.

Además, aunque nuestro estudio se centró en poblaciones de la sierra del Perú, la muestra podría no ser completamente extrapolable a otras regiones del país o de contextos internacionales, más aun considerando la multiculturalidad y diferentes características demográficas y socioeconómicas de cada ciudad o región del Perú y de los países altoandinos de Sudamérica.

Por otro lado, la información brindada sobre el trastorno depresivo parental y la salud mental de los adolescentes se basó en autoinformes, lo que podría introducir sesgos de respuesta, por la sobreestimación o subestimación de síntomas a causa de la falta de autoconciencia o a estigmas de los trastornos mentales en el medio.

Finalmente, factores no medidos como las variables demográficas y socioeconómicas de los adolescentes, nivel de estrés familiar, apoyo social o historias de traumas podrían actuar como factores confusores no controlados.

## **VI. CONCLUSIONES**

El estudio evidencia los efectos negativos del trastorno depresivo parental en la salud mental de los adolescentes, aumentando el riesgo de trastornos depresivos, ansiedad, conductas violentas, psicopatías, suicidio, y abuso de sustancias, con un fuerte componente socioeconómico y cultural en la sierra peruana. Dada la diversidad sociocultural de la sierra peruana, los resultados podrían extrapolarse. Es crucial seguir investigando la relación entre la salud mental de los padres y la de sus hijos para desarrollar intervenciones y políticas públicas que aborden la salud mental de manera integral, enfocándose en la prevención y la intervención temprana. Además, se deben descentralizar recursos para fortalecer los sistemas de salud mental en las áreas rurales, donde las tasas de atención son bajas y las condiciones socioeconómicas complican los problemas de salud mental.

### **Recomendaciones**

Es muy importante priorizar la salud mental de adolescentes y adultos como política, enfocándose en programas de detección temprana, prevención familiar y tratamiento del trastorno depresivo en padres, alineados con la Ley Nacional de Salud Mental N° 30947 y las metas del Ministerio de Salud para 2024-2030. Esto busca reducir patologías asociadas, como el trastorno depresivo y la ansiedad, así como conductas de riesgo. Se requiere descentralizar recursos para fortalecer los sistemas de salud mental en regiones vulnerables, especialmente en la sierra peruana. Además, nuestra investigación sirve como base para futuros estudios en el país, que exploren la relación entre el acceso a servicios de salud mental y el aumento de conductas de riesgo en adolescentes mediante enfoques longitudinales.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Uher R, Payne JL, Pavlova B, Perlis RH. Major depressive disorder in DSM-5: Implications for clinical practice and research of changes from DSM-IV. *Depress Anxiety*. 2014;31(6):459–71.
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Depresión [Internet]. 2023 [citado 19 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://goo.su/ZudIUy>.
3. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención. Resolución Ministerial N° 136-2023/MINSA. 2023 [citado 19 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://goo.su/SuRf>.
4. Ministerio de Salud. Carga de enfermedad en el Perú: Estimación de los años de vida saludables perdidos 2016. [Internet]. Perú: Ministerio de Salud; 2018 [citado 19 marzo 2024]. Primera edición. Disponible en: <https://goo.su/V0S8>.
5. The Lancet Global Health. Mental health matters. *Lancet Glob Health*. 2020 Nov 1;8(11):e1352.
6. Banco Mundial, Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Asociación Internacional de Fomento. La mala salud mental, un obstáculo al desarrollo de América Latina [Internet]. [citado 19 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://goo.su/d0d7mX>.
7. Benazon NR, Coyne JC. Living with a depressed spouse. *J Fam Psychol*. 2000 Mar;14(1):71-9. PMID: 10740683.
8. Carrillo L, Pilco G. Relaciones intrafamiliares y salud mental en adolescentes de Pelileo, Ecuador. *Rev Chakiñan Cienc Soc Hum*. 2024;(22):159-169.

9. Varela RE, Hensley-Maloney L. The influence of culture on anxiety in Latino youth: a review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2009;12(3):217-33. doi: 10.1007/s10567-009-0044-5.
10. Loechner J, Sfarlea A, Starman K, Oort F, Thomsen LA, Schulte-Körne G, Platt B. Risk of Depression in the Offspring of Parents with Depression: The Role of Emotion Regulation, Cognitive Style, Parenting and Life Events. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2020;51(2):294-309. doi: 10.1007/s10578-019-00930-4. PMID: 31691071; PMCID: PMC7067707.
11. Ayano G, Betts K, Lin A, Tait R, Alati R. Maternal and paternal mental health problems and the risk of offspring depression in late adolescence: findings from the Raine study. *J Ment Health.* 2021;30(3):349-357.
12. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdelli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry.* 2006;163(6):1001–1008.
13. Weissman MM, Wickramaratne P, Gameroff MJ, Warner V, Pilowsky D, Kohad RG, et al. Offspring of Depressed Parents: 30 Years Later. *Am J Psychiatry.* 2016;173(10):1024-1032.doi:10.1176/appi.ajp.2016.15101327.
14. Compas BE, Forehand R, Keller G, Champion JE, Rakow A, Reeslund KL, et al. Randomized controlled trial of a family cognitive-behavioral preventive intervention for children of depressed parents. *J Consult Clin Psychol.* 2009;77(6):1007-20. doi: 10.1037/a0016930. PMID: 19968378
15. Foster K. One-third of children of parents with severe mental illness are at risk of developing severe mental illness. *Evid Based Ment Health.* 2014;17(3):73. doi: 10.1136/eb-2014-101807. Epub 2014 Jul 3.

16. Hammen C, Shih JH, Brennan PA. Intergenerational Transmission of Depression: Test of an Interpersonal Stress Model in a Community Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004;72(3):511–522.
17. Cuamba Osorio N, Zazueta Sánchez NA, Cuamba Osorio N, Zazueta Sánchez NA. Relaciones familiares y salud mental en estudiantes de psicología. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores [Internet]. 2021 [citado 18 de octubre de 2024];8(SPE1). Disponible en: <https://goo.su/vC11Cre>.
18. Tuarez Sosa GK, Mero Véliz GY, Saldarriaga Alcívar MF, Castro Jalca JE. Epidemiología de los problemas mentales: Factores de Riesgo y Causas en Habitantes de Latinoamérica. *Revista Higía de la Salud* [Internet]. 2022 [citado 18 de octubre de 2024];7(2). Disponible en: <https://goo.su/V8mF>.
19. Fritsch M R, Montt S ME, Solfs G J, Pilowsky D, Rojas C MG. ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicios de atención primaria? *Rev med Chile* [Internet]. 2007 [citado 24 de octubre de 2024] ; 135( 5 ): 602-612. Disponible en: <https://goo.su/up4UL>.
20. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores de Educación, según Departamento, 2011-2021. Perú, 2022. 332 p. Disponible en: <https://goo.su/chxV>.
21. Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud del Perú, 2019. Perú; 116 p. Primera edición. Disponible en: <https://goo.su/JijXOTF>.
22. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Evolución de la Pobreza Monetaria, 2014-2023. [Internet]. Perú: INEI; 2024 [citado 28 de octubre de 2024]. Primer informe. Disponible en: <https://goo.su/2TgDO>.

23. Ambrosio F, Torres-Santo G, Infante-Rivera L, Rodríguez-Alarcon J, Mejia, C. Factores socio-laborales asociados a padecer ansiedad, depresión y estrés en profesionales de la salud de la serranía peruana durante la pandemia de la COVID-19. *Bol Mal Salud Amb.* [Internet]. 2021 [citado 24 de octubre de 2024]; 61: 97-105. Disponible en: <https://goo.su/wsSwOZb>.
24. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2022. [Internet]. Perú: INEI; 2023 [citado 18 de octubre de 2024]. Primer informe. Disponible en: <https://goo.su/dc6mdl>.
25. Moya-Salazar J, Jaime-Quispe A, Cañari B, Moya-Espinoza JG, Contreras-Pulache H. A systematic review of mental health in rural Andean populations in Latin America during the COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry.* 2023;14:1136328. doi: 10.3389/fpsy.2023.1136328. PMID: 37663592; PMCID: PMC10470633.
26. Slosower J. On the Path to Mental Health in the Andes. *CU JGH* [Internet]. 2012 [citado 15 de diciembre de 2024];2(2):35-41. Disponible en: <https://journals.library.columbia.edu/index.php/jgh/article/view/5251>.
27. Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud del Perú, 2019. Perú; 116 p. Primera edición. Disponible en: <https://goo.su/7fxxq>.
28. Robles Y, Padilla M, Sanz Y. Confiabilidad y Validez de los Cuestionarios de los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental de la Sierra Rural 2008 y Trapecio Andino 2010. *Anales de Salud Mental* [Internet]. 2024 [citado 19 de octubre de 2024];39(2):1-288. Disponible en: <https://goo.su/Ahk1SYA>.
29. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for

DSM-IV and ICD-10 - PubMed [Internet]. [citado 18 de octubre de 2024].  
Disponibile en: <https://goo.su/rZVQiI>

30. Rasic D, Hajek T, Alda M, Uher R. Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: a meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophr Bull.* 2014;40(1):28-38. doi: 10.1093/schbul/sbt114.
31. Remes O, Mendes JF, Templeton P. Biological, Psychological, and Social Determinants of Depression: A Review of Recent Literature. *Brain Sci.* 2021;11(12):1633. doi: 10.3390/brainsci11121633.
32. Dachew B, Ayano G, Duko B, Lawrence B, Betts K, Alati R. Paternal Depression and Risk of Depression Among Offspring: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Netw Open.* 2023;6(8):e2329159. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.29159.
33. Silk JS, Shaw DS, Forbes EE, Lane TL, Kovacs M. Maternal depression and child internalizing: the moderating role of child emotion regulation. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2006;35(1):116-26. doi: 10.1207/s15374424jccp3501\_10. PMID: 16390307.
34. Mardomingo MJ, Sánchez Mascaraque P, Parra E, Espinosa A, Loro M. Trastornos psiquiátricos de los padres y psicopatología en los hijos. *Rev Psiquiatr Infanto-Juv* [Internet]. 2005 [citado 21 de noviembre de 2024];22(4):136-42. Disponible en: <https://goo.su/NoNeLE9>.
35. Cahui Ramírez CR, Enríquez Canto Y, Díaz Gervasi Giovanni M. Factores asociados a la violencia psicológica y física familiar en adolescentes peruanos

- desde un enfoque ecológico. Horiz. Med. [Internet]. 2022 [citado 28 de octubre de 2024] ; 22( 2 ): e1749. Disponible en: <https://goo.su/s0chWU>.
36. Vargas-Murga H. Violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental de los hijos adolescentes. Rev Med Hered [Internet]. 2017 [citado 21 de noviembre de 2024] ; 28( 1 ): 48-58. Disponible en: <https://goo.su/jIVaY> <http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v28i1.3074>.
37. Pavez P, Santander N, Carranza J, Vera-Villaruel P. Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. Rev Med Chile [Internet]. 2009 [citado 26 de noviembre de 2024] ; 137( 2 ): 226-233. Disponible en: <https://goo.su/Kd4N7i>.
38. Lizardi D, Thompson RG, Keyes K, Hasin D. Parental divorce, parental depression, and gender differences in adult offspring suicide attempt. J Nerv Ment Dis. 2009;197(12):899-904. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181c299ac. PMID: 20010025
39. Camargo JA, Castañeda JG, Segura DP. Sentido de vida, depresión y ansiedad en población rural de Cundinamarca, Colombia. REV CIENC SOC-VENEZ [Internet]. 2020 [citado 4 de noviembre de 2024];26(4):206-1. Disponible en: <https://goo.su/oHugG>.

## VIII. TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

**Tabla 1.** Características demográficas y socioeconómicas de los adolescentes y sus respectivos padre o madre, en cinco ciudades de la sierra peruana.

Características demográficas y socioeconómicas	Muestra	Porcentaje (%)	IC 95% para porcentaje
<b>DEL ADOLESCENTE</b>			
<b>Sexo</b>			
Masculino	611	48,15	44,59 - 51,72
Femenino	646	51,85	48,28 - 55,41
<b>Grupo de edad</b>			
12 - 13	440	34,27	31,07 - 37,62
14 - 15	448	36,86	33,56 - 40,30
16 - 17	369	28,87	26,14 - 31,76
60 a más			
<b>Grado de instrucción</b>			
Primaria	178	14,92	12,39 - 17,85
Secundaria	1052	83,18	80,12 - 85,86
Superior	27	1,90	1,20 - 3,00
<b>DEL ADULTO</b>			
<b>Sexo</b>			
Masculino	379	29,99	27,01 - 33,15
Femenino	878	70,01	66,85 - 72,99
<b>Grupo de edad</b>			
Menos de 35	190	15,07	12,73 - 17,76
35 - 44	404	32,22	29,16 - 35,43
45 - 59	636	51,22	47,99 - 54,43
60 a más	27	1,50	0,95 - 2,36

**Grado de instrucción**

A lo más primaria	311	27,99	24,57 - 31,68
Secundaria	464	35,96	32,75 - 39,90
Superior	482	36,05	32,58 - 39,68

**Estado civil**

Conviviente	511	39,46	36,17 - 42,86
Casado(a)	504	41,90	38,59 - 45,28
Sin pareja	242	18,64	16,28 - 21,26

**Nivel de pobreza**

Pobre extremo	75	5,97	4,26 - 8,31
Pobre	263	22,49	19,65 - 25,61
No Pobre	919	71,53	68,00 - 74,82

**Ciudad**

Abancay	315	12,32	10,78 - 14,05
Ayacucho	272	33,83	30,81 - 36,98
Cajamarca	251	27,30	24,40 - 30,40
Huaraz	197	15,12	13,38 - 17,04
Puno	222	11,43	10,05 - 12,98

---

**Tabla 2.** Relación entre los trastornos depresivos y ansiosos en los adolescentes y trastornos depresivos en general en los padres, controlando las características demográficas y socioeconómicas de los padres.

Características de los padres	Trastorno depresivo en el adolescente				Trastorno de ansiedad generalizada en el adolescente			
	Prevalencia	p valor (*)	OR ajustado (IC)	p valor (**)	Prevalencia	p valor (*)	OR ajustado (IC)	p valor (**)
<b>Trastornos depresivos en general (Vida)</b>								
Presente	<b>14,71(11,05-19,33)</b>	<b>0,009</b>	<b>1,75(1,14-2,68)</b>	<b>0,011</b>	<b>10,40(7,34-14,54)</b>	<b>0,001</b>	<b>2,48(1,45-4,23)</b>	<b>0,001</b>
Ausente	8,55(6,46-11,23)		Ref	.	4,05(2,80-5,81)		Ref	.
<b>Sexo</b>								
Masculino	9,70(6,60-14,03)	0,754	1,02(0,59-1,76)	0,938	5,00(2,90-8,50)	0,534	0,87(0,48-1,57)	0,638
Femenino	10,39(8,20-13,08)		Ref	.	6,05(4,58-7,95)		Ref	.
<b>Grupo de edad</b>								
Menos de 35	6,58(3,94-10,78)		0,82(0,15-4,37)	0,818	4,36(2,12-8,76)		<b>0,18(0,04-0,77)</b>	<b>0,021</b>
35 - 44	11,98(8,47-16,68)	0,260	1,73(0,34-8,80)	0,507	5,39(3,44-8,37)	0,410	0,30(0,08-1,06)	0,062
45 - 59	10,19(7,61-13,50)		1,47(0,30-7,34)	0,635	6,08(4,27-8,59)		0,33(0,09-1,25)	0,102
60 a más	7,69(1,75-28,06)		Ref	.	15,21(5,38-36,17)		Ref	.
<b>Grado de instrucción</b>								
A lo más primaria	8,98(6,16-12,91)		0,92(0,50-1,71)	0,801	4,10(2,34-7,10)		0,61(0,29-1,29)	0,196
Secundaria	11,08(8,16-14,88)	0,708	1,19(0,70-2,00)	0,519	7,01(4,74-10,24)	0,274	1,21(0,66-2,23)	0,537
Superior	10,22(7,00-14,69)		Ref	.	5,73(3,84-8,48)		Ref	.
<b>Estado civil</b>								
Conviviente	9,57(6,99-12,95)	0,130	0,70(0,42-1,19)	0,186	6,53(4,45-9,49)		0,99(0,51-1,96)	0,993
Casado(a)	8,76(6,01-12,61)		0,60(0,33-1,09)	0,094	4,18(2,64-6,55)	0,184	0,62(0,30-1,28)	0,198
Sin pareja	14,69(10,13-20,82)		Ref	.	7,54(4,49-12,40)		Ref	.
<b>Nivel de pobreza</b>								
Pobre extremo	5,18(2,23-11,58)		0,49(0,20-1,19)	0,114	5,61(2,02-14,61)		1,14(0,37-3,58)	0,817
Pobre	10,09(6,52-15,30)	0,294	0,96(0,57-1,61)	0,882	5,99(3,22-10,88)	0,983	1,17(0,54-2,53)	0,684
No Pobre	10,63(8,43-13,32)		Ref	.	5,67(4,24-7,53)		Ref	.
<b>Ciudad</b>								
Huaráz	8,03(4,95-12,77)		0,61(0,29-1,27)	0,186	2,32(0,98-5,36)		<b>0,26(0,09-0,73)</b>	<b>0,010</b>
Ayacucho	11,07(7,68-15,69)	0,688	0,88(0,45-1,74)	0,720	7,09(4,51-10,96)		0,92(0,44-1,92)	0,815
Cajamarca	9,19(5,63-14,66)		0,78(0,36-1,68)	0,531	3,90(2,18-6,87)	<b>0,019</b>	0,56(0,24-1,28)	0,169
Abancay	10,27(7,20-14,43)		0,87(0,45-1,67)	0,672	7,65(4,99-11,56)		1,01(0,49-2,07)	0,976
Puno	12,67(7,84-19,84)		Ref	.			Ref	.

(\*) Prueba chi-cuadrado corregido de Rao-Scott de segundo orden para muestras complejas

(\*\*) Modelo de regresión logística para muestras complejas.

**Tabla 3.** Relación entre las tendencias psicopáticas y violentas en los adolescentes y los trastornos depresivos en general en los padres, controlando las características demográficas y socioeconómicas de los padres.

Características de los padres	Tendencias psicopáticas en el adolescente				Tendencias violentas en el adolescente			
	Prevalencia	p valor (*)	OR ajustado (IC)	p valor (**)	Prevalencia	p valor (*)	OR ajustado (IC)	p valor (**)
<b>Trastornos depresivos en general (Vida)</b>								
Presente	28,17(22,39-34,78)	0,700	0,94(0,65-1,36)	0,742	<b>21,39(16,64-27,07)</b>	<b>0,02</b>	<b>1,63(1,09-2,45)</b>	<b>0,018</b>
Ausente	26,78(23,40-30,45)		Ref	.	14,86(12,33-17,80)		Ref	.
<b>Sexo</b>								
Masculino	25,54(20,22-31,70)	0,512	0,88(0,59-1,32)	0,544	19,20(14,24-25,38)	0,229	1,36(0,86-2,15)	0,182
Femenino	27,82(24,36-31,57)		Ref	.	15,47(12,92-18,42)		Ref	.
<b>Grupo de edad</b>								
Menos de 35	26,96(19,68-35,73)		0,54(0,17-1,72)	0,297	15,75(9,91-24,10)		0,51(0,14-1,84)	0,302
35 - 44	28,31(23,05-34,25)	0,795	0,61(0,20-1,80)	0,365	16,30(12,48-21,00)	0,735	0,58(0,17-1,93)	0,371
45 - 59	26,17(22,40-30,33)		0,53(0,18-1,57)	0,254	16,68(13,70-20,16)		0,60(0,18-1,98)	0,396
60 a más	36,58(17,80-60,57)		Ref	.	28,21(11,74-53,71)		Ref	.
<b>Grado de instrucción</b>								
A lo más primaria	25,89(20,73-31,82)		1,09(0,72-1,65)	0,674	14,69(10,55-20,09)		0,84(0,51-1,37)	0,483
Secundaria	28,97(23,97-34,54)	0,664	1,24(0,87-1,78)	0,237	18,12(13,92-23,23)	0,579	1,08(0,71-1,63)	0,713
Superior	26,28(21,72-31,41)		Ref	.	16,54(13,07-20,70)		Ref	.
<b>Estado civil</b>								
Conviviente	25,11(20,66-30,16)		0,82(0,54-1,24)	0,344	18,35(14,38-23,13)		1,20(0,70-2,07)	0,504
Casado(a)	27,48(23,22-32,20)	0,420	0,85(0,56-1,31)	0,467	14,91(11,66-18,87)	0,482	0,91(0,53-1,55)	0,720
Sin pareja	30,65(23,91-38,32)		Ref	.	16,63(11,65-23,18)		Ref	.
<b>Nivel de pobreza</b>								
Pobre extremo	16,22(8,11-29,81)		0,46(0,20-1,06)	0,068	15,88(7,95-29,21)		1,02(0,45-2,31)	0,965
Pobre	27,26(21,31-34,14)	0,171	0,95(0,66-1,37)	0,796	17,61(12,65-23,99)	0,912	1,13(0,72-1,78)	0,605
No Pobre	28,01(24,64-31,65)		Ref	.	16,33(13,71-19,34)		Ref	.
<b>Ciudad</b>								
Huaraz	20,34(14,86-27,19)		<b>0,53(0,32-0,88)</b>	<b>0,015</b>	14,12(9,44-20,59)		1,17(0,62-2,22)	0,626
Ayacucho	32,34(26,29-39,05)		1,01(0,64-1,59)	0,965	19,81(15,29-25,26)		<b>1,84(1,07-3,14)</b>	<b>0,027</b>
Cajamarca	20,69(15,74-26,70)	<b>0,003</b>	<b>0,54(0,34-0,88)</b>	<b>0,012</b>	16,03(11,45-21,98)	0,305	1,43(0,80-2,55)	0,222
Abancay	31,02(25,15-37,58)		0,97(0,62-1,52)	0,885	15,70(11,18-21,61)		1,31(0,73-2,37)	0,362
Puno	31,92(25,14-39,56)		Ref	.	12,63(8,71-17,97)		Ref	.

(\*) Prueba chi-cuadrado corregido de Rao-Scott de segundo orden para muestras complejas

(\*\*) Modelo de regresión logística para muestras complejas.

**Tabla 4.** Indicadores suicidas en los adolescentes y trastornos depresivos en general en los padres, controlando las características demográficas y socioeconómicas de los padres.

Características de los padres	Indicadores suicidas en el adolescente			
	Prevalencia	p valor (*)	OR ajustado (IC)	p valor (**)
<b>Trastornos depresivos en general (Vida)</b>				
Presente	<b>13,34(9,63-18,19)</b>	<b>0,050</b>	1,52(0,92-2,51)	0,100
Ausente	8,81(6,72-11,46)		1,00	.
<b>Sexo</b>				
Masculino	10,03(6,66-14,83)	0,989	1,02(0,59-1,78)	0,943
Femenino	10,00		1,00	.
<b>Grupo de edad</b>				
Menos de 35	10,19(6,29-16,09)		1,80(0,33-9,73)	0,492
35 - 44	11,09(7,90-15,36)	0,828	1,89(0,36-9,95)	0,451
45 - 59	9,36(6,89-12,59)		1,60(0,31-8,28)	0,574
60 a más	7,18(1,56-27,44)		1,00	.
<b>Grado de instrucción</b>				
A lo más primaria	5,53(3,49-8,66)		<b>0,48(0,25-0,94)</b>	<b>0,031</b>
Secundaria	11,04(7,89-15,23)	<b>0,009</b>	0,93(0,56-1,54)	0,782
Superior	12,45(9,24-16,58)		1,00	.
<b>Estado civil</b>				
Conviviente	8,97(6,51-12,24)		0,73(0,37-1,46)	0,377
Casado(a)	9,74(7,12-13,17)	0,423	0,78(0,39-1,57)	0,486
Sin pareja	12,82(8,05-19,82)		1,00	.
<b>Nivel de pobreza</b>				
Pobre extremo	2,87(1,15-6,97)		<b>0,31(0,11-0,85)</b>	<b>0,022</b>
Pobre	8,60(5,46-13,29)	<b>0,028</b>	0,90(0,49-1,65)	0,724
No Pobre	11,05(8,73-13,89)		1,00	.
<b>Ciudad</b>				
Huaráz	7,88(4,75-12,80)		<b>0,43(0,22-0,82)</b>	<b>0,011</b>
Ayacucho	10,06(6,54-15,19)		0,56(0,30-1,07)	0,077
Cajamarca	6,87(4,02-11,51)	<b>0,044</b>	<b>0,40(0,20-0,82)</b>	<b>0,012</b>
Abancay	13,00(9,14-18,18)		0,79(0,44-1,40)	0,411
Puno	16,92(12,09-23,17)		1,00	.

(\*) Prueba chi-cuadrado corregido de Rao-Scott de segundo orden para muestras complejas

(\*\*) Modelo de regresión logística para muestras complejas.

**Tabla 5.** Relación entre el abuso de alcohol y consumo de sustancias en los adolescentes y los trastornos depresivos en general en los padres, controlando las características demográficas y socioeconómicas de los padres.

Características de los padres	Abuso de alcohol en el adolescente				Consumo de sustancias en el adolescente			
	Prevalencia	p valor (*)	OR ajustado (IC)	p valor (**)	Prevalencia	p valor (*)	OR ajustado (IC)	p valor (**)
<b>Trastornos depresivos en general (Vida)</b>								
Presente	5,10(3,19-8,05)	0,410	0,67(0,36-1,23)	0,198	24,78(20,00-30,27)	0,091	1,16(0,82-1,64)	0,404
Ausente	6,42(4,74-8,65)		1,00	.	19,79(16,67-23,32)		1,00	.
<b>Sexo</b>								
Masculino	5,06(2,96-8,53)	0,378	0,59(0,31-1,10)	0,097	19,72(14,88-25,66)	0,516	0,96(0,62-1,47)	0,844
Femenino	6,50(4,96-8,48)		1,00	.	21,70(18,68-25,06)		1,00	.
<b>Grupo de edad</b>								
Menos de 35	3,97(2,04-7,56)		<b>0,15(0,03-0,80)</b>	<b>0,027</b>	18,43(11,80-27,63)		0,48(0,15-1,56)	0,222
35 - 44	5,48(3,36-8,82)	0,256	0,22(0,04-1,12)	0,069	22,04(17,88-26,85)	0,710	0,64(0,22-1,84)	0,409
45 - 59	6,80(4,94-9,30)		0,28(0,06-1,31)	0,105	21,05(17,33-25,32)		0,60(0,21-1,75)	0,351
60 a más	14,70(4,51-38,58)		1,00	.	29,91(13,75-53,34)		1,00	.
<b>Grado de instrucción</b>								
A lo más primaria	4,14(2,18-7,72)		0,46(0,20-1,04)	0,062	24,66(19,50-30,66)		1,33(0,84-2,12)	0,227
Secundaria	5,25(3,41-7,99)	0,09	0,64(0,34-1,23)	0,180	19,98(15,58-25,25)	0,296	1,05(0,70-1,58)	0,812
Superior	8,39(5,75-12,08)		1,00	.	19,47(15,51-24,15)		1,00	.
<b>Estado civil</b>								
Conviviente	5,53(3,76-8,06)		0,83(0,38-1,81)	0,634	20,52(16,50-25,22)		0,85(0,52-1,40)	0,530
Casado(a)	6,24(4,18-9,21)	0,823	0,79(0,36-1,74)	0,557	20,17(16,17-24,88)	0,523	0,78(0,48-1,27)	0,316
Sin pareja	6,81(3,79-11,96)		1,00	.	24,45(18,23-31,96)		1,00	.
<b>Nivel de pobreza</b>								
Pobre extremo	2,61(0,70-9,22)		0,51(0,12-2,22)	0,369	29,31(18,12-43,72)		1,38(0,70-2,70)	0,354
Pobre	5,32(2,93-9,45)	0,322	0,96(0,46-1,99)	0,902	22,01(16,47-28,76)	0,329	1,03(0,68-1,57)	0,883
No Pobre	6,59(4,89-8,83)		1,00	.	20,14(17,05-23,62)		1,00	.
<b>Ciudad</b>								
Huaraz	2,52(1,13-5,54)		0,55(0,18-1,64)	0,280	15,33(11,00-20,97)		0,48(0,29-0,79)	<b>0,004</b>
Ayacucho	7,77(5,19-11,50)		1,99(0,83-4,75)	0,120	24,12(18,49-30,80)		0,83(0,52-1,33)	0,442
Cajamarca	5,04(2,60-9,53)	<b>0,054</b>	1,24(0,46-3,35)	0,671	13,82(9,59-19,51)	<b>&lt;0,001</b>	0,43(0,24-0,75)	<b>0,003</b>
Abancay	9,27(6,08-13,89)		<b>2,42(1,00-5,82)</b>	<b>0,049</b>	30,40(23,75-37,99)		1,17(0,73-1,88)	0,504
Puno	4,72(2,36-9,21)		1,00	.	27,20(21,05-34,37)		1,00	.

(\*) Prueba chi-cuadrado corregido de Rao-Scott de segundo orden para muestras complejas

(\*\*) Modelo de regresión logística para muestras complejas.

## ANEXOS

### Anexo 1.- Variables y definición operacional

Definición Variable	Definición Operacional	Tipo de Variable	Indicadores	Escala de Medición	Instrumento
<b>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DEL ADOLESCENTE</b>					
Edad: Duración de la vida desde el nacimiento a la actualidad	Años cumplidos al momento de la Entrevista	Cuantitativa	Años	Continúa	Ficha sociodemográfica
Nivel de Instrucción: Grado máximo de estudios aprobados que una persona puede cursar en cualquier nivel del Sistema Educativo Nacional o, en caso de que decida estudiar en otro país, su equivalente.	Grado máximo de estudios de educación formal alcanzados por el sujeto hasta la fecha de entrevista.	Cuantitativa	1. Sin Instrucción 2. Inicial/preescolar 3. Primaria 4. Secundaria 5. Bachillerato 6. Superior no universitario. 7. Superior universitario. 8. Postgrado	Ordinal	Ficha sociodemográfica
Ciudad: Conjunto de calles, viviendas, entre otros, que ocupan un lugar territorial específico cuya población es por lo general numerosa.	Lugar de residencia al momento de la entrevista, ubicado en la región Sierra del Perú.	Cualitativa	1. Abancay 2. Ayacucho 3. Cajamarca 4. Huaraz 5. Puno	Nominal	Ficha sociodemográfica
Nivel Socioeconómico: (NSE) Es una característica del hogar que define su lugar en la esfera social y económica	Es la clasificación en estratos establecida en el estudio según medición de pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas	Cualitativa	1. Pobreza extrema (2 o + NBI insatisfechas) 2. Pobreza (1 NBI insatisfecha) 3. No Pobre (0 NBI insatisfechas)	Ordinal	Criterios de NBI
Sexo: Género al cual pertenece el individuo	Género al que pertenece la persona.	Cualitativa Nominal	1. Masculino 2. Femenino	Categórica Dicotómica	Ficha sociodemográfica
<b>VARIABLES EXTERNALIZANTES E INTERNALIZANTES DEL ADOLESCENTE</b>					
<b>VARIABLES INTERNALIZANTES</b>					

<p><b>EPISODIO DEPRESIVO</b> Es un trastorno afectivo, que se caracteriza por irregularidades en el control de las emociones o el afecto. Los cambios en la alimentación, los patrones de sueño, el equilibrio interno y el rendimiento cognitivo se asocian con frecuencia a estas enfermedades.</p>	<p>Se refieren al episodio depresivo identificados de acuerdo a los criterios del CIE-10</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>1. Presencia 2. Ausencia</p>	<p>Catagórica Dicotómica</p>	<p>MINI Entrevista Internacional neuropsiquiátrica – Versión CIE-10 modificada</p>
<p><b>TRASTORNOS DE ANSIEDAD:</b> El término ansiedad abarca cuatro aspectos que un individuo puede experimentar: aprehensión mental, tensión física, síntomas físicos y ansiedad disociativa y que van desde el simple nerviosismo a episodios de terror o pánico.</p>	<p>Corresponde a la presencia de algún trastorno de ansiedad diagnosticables incluidos en el MINI (ansiedad generalizada, fobia social y trastorno de estrés postraumático) criterios de investigación de la CIE-10</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>1. Presencia 0. Ausencia</p>	<p>Catagórica Dicotómica</p>	<p>MINI Entrevista Internacional neuropsiquiátrica – Versión CIE-10 modificada</p>
<b>VARIABLE EXTERNALIZANTE:</b>					
<p>Tendencias psicopáticas</p>	<p>Característica de los individuos que desafían las convenciones y valores sociales; por ejemplo, comprando o vendiendo artículos de procedencia dudosa o que han sido robados en alguna ocasión, participar alguna vez en algún robo.</p>	<p>Nominal</p>	<p>1.Presencia 2.Ausencia</p>	<p>Catagórica Dicotómica</p>	<p>Cuestionario de Salud Mental de Colombia modificado</p>
<p>Tendencias violentas</p>	<p>Característica de las personas que presentan conductas agresivas y de daño hacia otras; por ejemplo, agredir a un niño y dejarle moretones, estar en más de una pelea que haya acabado a golpes, o en una pelea en que se usaran diferentes armas como piedras, palos, cuchillos o pistolas</p>	<p>Nominal</p>	<p>1.Presencia 2.Ausencia</p>	<p>Catagórica Dicotómica</p>	<p>Cuestionario de Salud Mental de Colombia modificado</p>
<p>Pensamiento suicida</p>	<p>Presencia de pensamientos en las personas sobre autolesiones, con la consideración deliberada o la planificación de las posibles técnicas para poner fin intencionalmente a su propia vida.</p>	<p>Nominal</p>	<p>1. Presencia 2. Ausencia</p>	<p>Catagórica Dicotómica</p>	<p>Cuestionario de Salud Mental de Colombia modificado</p>

Intento suicida	Comportamiento de la persona potencialmente dañino destinado a acabar con la propia vida y que no tiene como resultado un resultado letal.	Nominal	1. Presencia 2. Ausencia	Catagórica Dicotómica	Cuestionario de Salud Mental de Colombia modificado
Consumo de sustancias	Comportamiento de la persona de uso y/o consumo debido o indebido de sustancias legales (alcohol, tabaco) y/o sustancias ilegales (marihuana, cocaína)	Nominal	1. Presencia 2. Ausencia	Catagórica Dicotómica	Cuestionario de Salud Mental de Colombia modificado
Conductas de abuso de alcohol	Comportamiento de consumo desmedido de alcohol el cual puede llevar a problemas de salud, problemas sociales, legales y personales.	Nominal	1. Por lo menos una conducta de abuso de alcohol 2. Por lo menos dos conductas de abuso de alcohol 3. Por lo menos tres conductas de abuso de alcohol 4. Ausencia de conductas de abuso de alcohol	Catagórica Politémica	Cuestionario de Salud Mental de Colombia modificado
<b>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DEL ADULTO</b>					
Edad: Tiempo de Existencia desde el Nacimiento hasta la actualidad	Años cumplidos al momento de la Entrevista	Cuantitativa	años	Continúa	Ficha sociodemográfica
Nivel de Instrucción: máximo grado de estudios aprobado por las personas en cualquier nivel del Sistema Educativo Nacional o su equivalente en el caso de estudios en el extranjero.	Grado máximo de estudios de educación formal alcanzados por el sujeto hasta la fecha de entrevista.	Cuantitativa	1. Sin Instrucción 2. Inicial/preescolar 3. Primaria 4. Secundaria 5. Bachillerato 6. Superior no Universitario 7. Superior universitario 8. Postgrado	Ordinal	Ficha sociodemográfica
Ciudad: Conjunto de calles, viviendas, entre otros, que ocupan un lugar territorial específico cuya población es por lo general numerosa.	Lugar de residencia al momento de la entrevista, ubicado en la región Sierra del Perú.	Cualitativa	6. Abancay 7. Ayacucho 8. Cajamarca 9. Huaraz 10. Puno	Nominal	Ficha sociodemográfica
Nivel Socioeconómico: (NSE) Es una característica del hogar que define su lugar en la esfera social y económica	Es la clasificación en estratos establecida en el estudio según medición de pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas	Cualitativa	1. Pobreza extrema (2 o + NBI insatisfechas) 2. Pobreza (1 NBI insatisfecha) 3.No Pobre (0 NBI insatisfechas)	Ordinal	Criterios de NBI
Sexo: Género al cual pertenece el individuo	Género al cual pertenece el individuo	Cualitativa Nominal	1. Masculino 2. Femenino	Catagórica Dicotómica	Ficha sociodemográfica
<b>VARIABLE DEL ADULTO</b>					

<p>Episodio depresivo. Es un trastorno afectivo, que se caracteriza por irregularidades en el control de las emociones o el afecto. Los cambios en la alimentación, los patrones de sueño, el equilibrio interno y el rendimiento cognitivo se asocian con frecuencia a estas enfermedades.</p>	<p>Se refieren al episodio depresivo identificados de acuerdo a los criterios del CIE-10</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>1. Presencia 2. Ausencia</p>	<p>Catagórica Dicotómica</p>	<p>MINI Entrevista Internacional neuropsiquiátrica – Versión CIE-10 modificada</p>
---	--	--------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	--