

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN POBLACIONES ANDINAS

PREVALENCE OF DEPRESSION IN ANDEAN POPULATIONS

Sonia E. Zevallos-
Bustamante¹;

RESUMEN

La Depresión es uno de los problemas de salud mental de mayor impacto en la salud pública por ser uno de los trastornos que mayor peso tienen en el cálculo de la carga global de enfermedad y por ser responsable de una gran cantidad de años de vida saludables perdidos por la discapacidad psicológica que esta genera, medidos mediante el concepto de AVISAS. Son cada vez más los trabajos de investigación destinados a conocer la real situación de este trastorno a nivel mundial en términos de prevalencia e incidencia, a fin de establecer lineamientos políticos de salud que puedan incidir en los factores asociados a este trastorno. Se ha encontrado en muchos de estos trabajos importantes variaciones ligados a factores etno-culturales sobretodo en la detección de la depresión, y se discute si también en su etiopatogenia, sin embargo, pese a ser el Perú un país con una gran variedad étnica y cultural, no existen trabajos al respecto.

OBJETIVOS: Determinar si existe diferencia en la prevalencia de depresión asociada a la pertenencia étnica quechua de la población.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para llevar a cabo este objetivo, se realizó un estudio de tipo analítico-descriptivo transversal, a partir de las bases de datos de los Estudios Epidemiológicos de Salud Mental llevados a cabo en la Sierra Peruana urbana y rural, en los departamentos de Ancash, Ayacucho y Cajamarca, en los años 2003 y 2008.

RESULTADOS: Se encontraron diferencias en las tasas de prevalencia de depresión en ambos grupos poblacionales, quechua y no quechua, (17,6% vs. 15,6%), pese a que no alcanzaron significancia estadística, sin embargo al analizar las sub-muestras por ámbito de residencia, se encontraron diferencias significativas en las prevalencias de depresión en poblaciones quechuas residentes en el ámbito urbano, comparadas a su contraparte no quechua, (20,6% vs. 16,1%, $p < 0,005$), sin embargo esto no se dio cuando se analizaron los datos a nivel rural. Asimismo, se encontraron diferencias significativas asociadas al estado civil, en especial al estado de viudez en la población quechua urbana, comparada a la población no quechua.

CONCLUSIONES: Estos hallazgos son consistentes con las brechas aún existentes en cuanto a equidad en el acceso a servicios, brecha que se agranda entre ambas poblaciones especialmente a nivel urbano, en donde la exclusión política y social de la población de origen quechua aún es una lamentable realidad, sumado a ello, los conflictos interculturales y psicológicos generados.

SUMMARY

Depression is one of the mental health problems of greatest impact on public health as one of the disorders that have greater weight in the global disease burden and being responsible for a large number of healthy years of life lost due to psychological disability that this generates, as measured through the concept of Daly. They are increasingly more research work to know the real situation of this disorder in terms of prevalence and incidence around the world, in order to establish political guidelines of health can have an impact on the factors associated with this disorder. Found in many of these important works variations linked to factors ethno-cultural especially in the detection of depression, and discussed if also in its etiology, however, despite being Peru a country with a great cultural and ethnic variety, there is no work in this regard.

OBJECTIVES: The present study search to determine if there are differences in the prevalences of depression associated with quechua ethnicity of the population.

MATERIAL AND METHODS: Cross-sectional study, from data bases of Mental Health epidemiological studies carried out in three Andean cities of Peru, urban and rural, in the departments of Ancash, Ayacucho and Cajamarca, in the years 2003 and 2008.

RESULTS: Differences in the prevalence rates of depression were found in both quechua and not quechua, population groups (17,6% vs. 15,6%), despite the fact that they did not reach statistical significance; analyzing the sub-samples by area of residence, significant differences in the prevalence of depression was found in quechuas populations resident in urban areas, compared to their counterpart not quechua, (20,6% vs. 16,1%, $p < 0,005$), however this was not found when we analysed the data at rural sample. In addition, significant differences associated with marital status, particularly to the State of widowhood founded in quechua urban population, compared to the not quechua population.

CONCLUSIONS: These findings are consistent with the still existing gaps in terms of equity in access to services, gap that grows between the two populations especially at the urban level, where political and social exclusion of the population of quechua origin is still a sad reality, added to the psychological and intercultural conflicts generated.

¹ Médico magister en ciencias, investigadora en la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado Hildeyo Noguchi"

Prevalencia de Depresión en Poblaciones Andinas

La depresión considerada como una de las 5 principales enfermedades no comunicables (NCD) que conforman la carga global de enfermedades, y la disminución de su prevalencia ha sido planteada como un reto mundial para el siglo XXI.

Sin embargo, la información disponible de su prevalencia, es aún controversial cuando se analizan y comparan las tasas obtenidas en diferentes estudios de meta análisis llevados a cabo en más de 40 países^{1,2,3,4,5,6,7}. Hosseinpoor et al, en un estudio realizado con la base de datos de la Encuesta Mundial de Salud reportaron tasas de prevalencia a 12 meses de 3,9% en hombres y 7,0% en mujeres, de países de medianos ingresos y 4,9% en hombres y 7,8% en mujeres, de países de bajos ingresos¹. En esta encuesta, el instrumento utilizado para estimar las prevalencias de los trastornos mentales fue el Composite International Diagnostic Interview (CIDI). El cuestionario fue traducido y adaptado para los diferentes países participantes, teniendo en cuenta las variaciones lingüísticas regionales siendo que este cuestionario considera para el diagnóstico los criterios acordes con los del Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales versión IV (DSM IV).

Bromet et al, en otro estudio empleando la misma base de datos de la encuesta mundial de salud mental encontró valores de prevalencia de vida para el caso de países de altos ingresos de 14,6% y de 11,1% para el caso de los países de medianos y bajos ingresos. En esta encuesta, los países fueron divididos en 2 grupos de acuerdo a la clasificación del Banco Mundial, de bajos o medianos ingresos y de altos ingresos².

En América Latina han sido pocos los estudios de epidemiología psiquiátrica y poco conocidos. En un meta análisis llevado a cabo por Vicente, Rioseco, Saldivia, Khon y Torres en el 2005⁶, en cuyo análisis se consideraron las prevalencias de vida estimadas para el Trastorno Depresivo en 9 estudios llevados a cabo en las ciudades de Puerto Rico, Ciudad de México, Colombia, Chile, un distrito de Lima Metropolitana (Independencia) y en hispanos residentes en diferentes ciudades de los Estados Unidos de Norteamérica; las tasas de prevalencia de vida para Depresión variaron entre 4,6% para el caso de Puerto Rico en el año

1984 y 19,6%, para el caso de la Encuesta Nacional de Colombia llevada a cabo en el año 1997, tasa similar a la encontrada en hispanos residentes en los Estados Unidos de Norteamérica en el año 1998, que fue del 18,3%⁶. En otro estudio similar, cuando fueron analizadas las tasas medias de prevalencia para la región América Latina y el Caribe, se encontró una tasa de prevalencia media de vida de 8,7% y una tasa de prevalencia anual media de 4,9%⁵. En este estudio, debido a la alta variación observada en los reportes de las tasas de prevalencia en la región, los autores incluyeron en el análisis el cálculo de las tasas medianas, a fin de poder eliminar los valores extremos ya que no todos los estudios tenían la misma representatividad. Los datos obtenidos utilizando las medianas fueron para prevalencia de vida 9,2% y para la prevalencia anual 5,4%⁵. En el caso de Lima Metropolitana, se analizó el resultado de un estudio llevado a cabo en una muestra representativa del distrito de Independencia, en el año 1983, en donde la tasa de prevalencia de vida hallada fue del orden de 9,7%, tasa similar a la encontrada en el Estudio Chileno que se llevó a cabo entre los años 1992-1999, a nivel nacional^{6,7}. Estudios posteriores a los mencionados, llevados a cabo utilizando como instrumento de medición el CIDI, y enmarcados dentro de la Encuesta mundial de Salud Mental, mostraron tasas de prevalencia de vida de depresión de 18,4% para el caso de la ciudad de Sao Paulo-Brasil (1994-1996), 13,3% en el caso colombiano (2003) y de 8,0% en el estudio mexicano (2001-2002)². Asimismo fueron reportadas dentro del mismo estudio tasas de prevalencia anuales de 10,4% en la ciudad de Sao Paulo, 6,2% en Colombia y 4,0% en México².

En el Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM "HD-HN") ha venido realizando desde el año 2002 una serie de estudios epidemiológicos en salud mental, enmarcados dentro de la política de vigilancia epidemiológica en salud mental. Para este efecto se ha empleado como instrumento para la recolección de datos, un cuestionario basado en la encuesta aplicada en el Estudio Colombiano y en el Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Dentro de los resultados encontrados para el caso del trastorno depresivo, tenemos que en Lima metropolitana, la prevalencia de vida reportada en el 2002 fue de 18,2% y una prevalencia a 6 meses de

9,5%⁷, mientras que en la sierra urbana, los datos reportados por el estudio epidemiológico realizado en el 2003 con los mismos instrumentos fueron para la prevalencia de vida 17,0% y para la prevalencia a 6 meses de 6,0%⁸. En la sierra rural, el estudio realizado en el 2008 mostró una tasa de prevalencia de vida de 15,1%, una prevalencia anual de 3,4% y una prevalencia a 6 meses de 2,9%⁹.

Esta variación en las tasas de prevalencia en los diferentes estudios ha llamado la atención de muchos investigadores y ha sido atribuida a diferencias metodológicas⁵ tales como la disparidad en los instrumentos utilizados, con propiedades psicométricas diferentes, o instrumentos que, al ser elaborados en países occidentales y tener constructos culturalmente sensibles, son susceptibles de presentar sesgos de medición derivados de factores etno-culturales¹⁰; y/o una combinación con factores propios de la población (vulnerabilidad genética, factores de riesgo derivados del entorno)^{5,9,11}.

Estas variaciones en las tasas de prevalencia en los diferentes estudios son más notorias cuando se comparan poblaciones pertenecientes a grupos etno-culturales diferentes y pese a que la incertidumbre en la interpretación de estas variaciones permanece controversial, es mayor la tendencia a no interpretar estas variaciones como reflejo real de verdaderas diferencias en estas poblaciones, sino al sesgo cultural de los instrumentos de medición¹². En un estudio comparando prevalencias de trastornos mentales en poblaciones minoritarias de una misma comunidad (n=4493), los autores reportaron una correlación positiva entre etnicidad y depresión (OR=2,02) incluso cuando se ajustaron los modelos para otras fuentes de vulnerabilidad social¹³, siendo los valores de prevalencia de depresión, mayores en poblaciones minoritarias que en la población blanca (12,8% vs. 6,2% respectivamente). Los autores atribuyen estas diferencias al hecho de que pertenecer a una minoría étnica somete a los individuos a una fuente de estrés adicional, tal como experimentar mayor exclusión social, o ser objeto de discriminación racial¹³. En contraparte, otro estudio realizado en población norteamericana, que utilizó como instrumento de evaluación el CIDI, analizó y comparó las tasas según

pertenencia étnica (n=5424), fueron reportadas tasas menores de prevalencia de vida de depresión en las minorías hispanas y afroamericanas que en la población blanca americana (18,3%, 16% y 21,9% respectivamente)¹¹. En este estudio los autores atribuyeron estas diferencias a posibles factores protectores, tales como la identificación étnica y la participación religiosa activa, sin embargo afirman, los resultados no son concluyentes al respecto. Se plantea la interrogante entonces acerca de la posibilidad de que estas manifestaciones sintomáticas recogidas por los instrumentos puedan tener variaciones dependientes del factor etnocultural¹¹.

Dado que la cultura es la suma total de lo que el individuo adquiere de su sociedad, lo que involucra creencias, costumbres, normas, artes y hábitos que se reciben como legado del pasado, mediante una educación regular o irregular, y que el diagnóstico de depresión está obligatoriamente ligado al conocimiento y reconocimiento de los síntomas y de los términos específicos de los que dispone el enfermo para expresar su tristeza y su desconcierto, no es de extrañar que las expresiones psicopatológicas, lejos de ser idénticas, presenten diferencias notables según las áreas culturales en las que se observen¹⁴. Sumado a ello, las características de las diferentes estructuras neuro y psico-biológicas ligadas a la raza, sobre las que estas manifestaciones se asientan podrían estar en la base de estas diferencias¹⁵.

En este estudio, el instrumento utilizado, el MINI, es un instrumento diseñado de forma similar al CIDI, utilizando como criterios diagnósticos el DSM-IV y los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10. En este estudio se utilizaron únicamente criterios CIE-10 que a juicio de los expertos que llevaron a cabo el estudio era el que estaba más acorde con la realidad de las regiones. Este instrumento fue validado en su versión para la población peruana, mediante juicio de expertos, saturación de ítems, focus group y análisis factorial, para la validez interna y estudios test-retest y consistencia interna con el alfa de Cronbach para la validez externa, en un estudio piloto previo realizado a nivel de Lima Metropolitana¹⁶. Los instrumentos fueron adaptados mediante focus group a las distintas regiones estudiadas siguiendo los patrones

Prevalencia de Depresión en Poblaciones Andinas

culturales propios de la región y fueron aplicados en lengua castellana en todas las regiones, utilizando según el caso, entrevistadores quechua hablantes que hacían las veces de traductores.

En el presente trabajo, mediante el análisis secundario de la base de datos de estos estudios, se pretende evidenciar estas diferencias en la prevalencia, para en un futuro poder analizar las bases subyacentes a las mismas, y las necesidades y/o alternativas que pudieran disminuir un poco más la brecha existente entre las regiones, favoreciendo la inclusión de los grupos andinos de origen quechua, tradicionalmente marginados en las políticas nacionales de salud pública.

Material y métodos

Este estudio de tipo observacional, transversal, analítico, tiene como objetivo, establecer si existe asociación entre pertenencia étnica y prevalencia de la depresión en poblaciones andinas de la sierra peruana con residencia urbana y rural. Para este fin se trabajó con las bases de datos secundarias de los estudios epidemiológicos del INSM "HD-HN" realizados en los años 2003 y 2008 en 3 departamentos de la sierra peruana: Ancash, Ayacucho y Cajamarca. Se unieron ambas bases respetando los factores de expansión para no alterar los niveles inferenciales ni la aleatoriedad subyacente al diseño muestral con los que fueron realizados los estudios epidemiológicos.

Población de estudio

Para la sierra urbana se analizaron los datos de la base de datos del Estudio Epidemiológico de la Sierra Peruana 2003, correspondientes a la población adulta, residente de viviendas particulares del área metropolitana de las ciudades de Huaraz, Ayacucho y Cajamarca y para la sierra rural se analizaron los datos de la base de datos del Estudio Epidemiológico de la Sierra Rural 2008 correspondientes a la población adulta, residente de viviendas particulares de los centros poblados rurales que tenían entre 30 y 400 viviendas, próximos a las ciudades de Huaraz, Ayacucho y Cajamarca, ubicados en las provincias de Huaraz, Carhuaz y Recuay en el departamento de Ancash; Huamanga, Huanta y Vilcashuamán en el

departamento de Ayacucho y Cajamarca, Celendín y Hualgayoc en el departamento de Cajamarca.

Tamaño de la muestra

En la Sierra Urbana, la muestra total de adultos fue 3895 y en la Sierra Rural, 3031.

Características generales de la muestra

En ambas bases de datos, las muestras estuvieron diseñadas para dar resultados confiables según nivel inferencial de estrato socio-económico: No pobre, pobre y muy pobre. El marco muestral empleado fue el del Instituto Nacional de Estadística e Informática elaborado sobre la base del pre-censo 1999 en el caso de la sierra urbana y del pre-censo del 2005 para el caso de la sierra rural.

Los criterios de inclusión usados por los investigadores para la obtención de los datos fueron:

- Personas adultas, mayores de 18 años, sin problemas de comunicación. Si la persona era quechua hablante la comunicación se lograba a través de un encuestador quechua hablante.

Los criterios de exclusión fueron:

- Viviendas que correspondían a hoteles, hospitales, asilos, conventos y cuarteles.
- Problemas mentales moderados o severos que impidieran la comunicación directa con la persona señalada, en cuyo caso se procedió a una entrevista de tipo indirecta con el jefe del hogar.

Técnicas de recolección de datos

Todas las personas participantes del estudio fueron debidamente informadas y firmaron un consentimiento por escrito, aprobado por el Comité de Ética Institucional.

El estudio se llevó a cabo por profesionales de la salud, en su mayoría psicólogos, previamente capacitados. La recolección de datos se realizó

mediante la técnica de entrevista directa, empleando un cuestionario estructurado en 6 módulos:

- Módulo de datos generales de adulto
- Módulo de salud integral del adulto
- Módulo de síndromes clínicos A
- Módulo de síndromes clínicos B
- Módulo de acceso a servicios
- Módulo de síndromes culturales.

Los cuestionarios utilizados para los módulos de interés del proyecto fueron elaborados a partir de los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de Salud Mental de la División del Comportamiento Humano del Ministerio de Salud de Colombia
- MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Versión Español CIE-10 de Sheehan, Lecrubier y colaboradores

Todos los cuestionarios fueron adaptados y validados previamente al estudio, mostrando niveles adecuados de confiabilidad y validez¹⁶.

En el presente estudio se utilizó para el procesamiento de los datos, el programa estadístico SPSS versión 20.

Las bases se analizaron de manera conjunta y luego se estratificaron por ámbitos de residencia para comparación de los resultados. Se realizaron análisis descriptivos y análisis de asociación entre variables, empleando análisis de contingencia y la prueba F corregida para variables categóricas.

Resultados

El análisis de los datos se realizó utilizando la modalidad de muestras complejas, los resultados se presentan por porcentajes estimados ajustados al nivel de inferencia.

La muestra analizada comprendió 6926 personas y de acuerdo a los factores de expansión de la misma se estiman en 51,19% rural y 48,81% urbano. En cuanto a la distribución por género, el 50,29% de la muestra estimada correspondieron a las mujeres y el 49,71% a los hombres. Se observó

un predominio de la población adulta joven hasta los 41 años, que sumaron el 74,61%, mientras que la población mayor de 62 años fue del 11,59%. En cuanto al nivel de instrucción, se encontró que un 12,4% de la muestra estimada correspondía a población analfabeta, y un 33,23% solo con instrucción primaria. El 34,80% correspondió a personas casadas, 30,05% eran convivientes, 25,16% solteras, 5,4% viudas, 4,57% separadas y 0,2% divorciadas. En relación a los niveles de pobreza calculados en base al método combinado para la determinación de la línea de pobreza, el 40,49% correspondió al nivel de pobreza crónica, 26,95% a pobreza inercial, 22,06% a hogares socialmente integrados y el 10,51% a pobreza reciente.

Se observó que un 70,03% de la población tenía como lengua materna el castellano y un 29,97% al quechua. Los porcentajes de población con lengua materna aymara y/u otras, alcanzaron únicamente el 0,07%, por lo que se reagruparon en solo 2 categorías, castellano y quechua.

A continuación se procedió, para optimizar el análisis posterior, a reagrupar a la muestra poblacional de acuerdo al área de residencia en 2 grupos, urbano y rural describiéndose las características sociodemográficas de las mismas, en relación a las variables de interés.

En cuanto a la distribución por género, se encontró una tendencia hacia una mayor proporción de varones sobre mujeres en el ámbito rural, verificándose la tendencia contraria en el ámbito urbano (Tabla 1).

Se observó una mayor proporción de personas unidas (casadas o convivientes) en el ámbito rural (73,6%) que en el urbano (55,6%), y una menor proporción de personas solteras (15,7%) en el ámbito rural, en comparación al urbano (35,1%), lo que podría estar en relación con la distribución etaria de ambas poblaciones.

Se observó una marcada diferencia en los niveles educativos de ambas poblaciones, siendo el nivel de instrucción menor en la población rural en comparación a la urbana, en general, con un porcentaje de analfabetismo significativamente superior en el ámbito rural

Prevalencia de Depresión en Poblaciones Andinas

(21,0%) en comparación al urbano (5,7%) y un tiempo de escolaridad igual o inferior a los 6 años (52,9% vs. 17,8%).

Respecto a pobreza se pudo observar una clara diferencia entre ambas poblaciones, encontrándose una mayor proporción de hogares dentro de la línea de pobreza crónica (55,9% vs. 24,3%) y la línea de pobreza estructural o

inercial (36,2% vs. 17,2%) en las zonas rurales en comparación con las urbanas, factores que están directamente relacionados a los niveles de desarrollo local. En cuanto a la lengua materna, se observó una mayor proporción de quechua hablantes en la población rural, que en la urbana (37,5% vs. 21,8%), manteniéndose en ambas poblaciones el predominio del castellano sobre el quechua (Tabla 1).

Tabla 1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN ÁMBITO DE RESIDENCIA

POBLACIÓN	ÁMBITO DE RESIDENCIA			
	URBANO		RURAL	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	1604	48,6	1269	50,7
Femenino	2281	51,4	1762	49,3
Total	3885	100,0	3031	100,0
Nivel de instrucción				
Sin nivel	248	5,8	743	21,3
Primario	759	17,8	1541	52,9
Secundario	1230	32,6	583	20,7
Superior	1646	43,9	164	5,0
Total	3883	100,0	3031	100,0
Estado civil				
Conviviente/ casado	2204	55,6	2128	73,6
Separado/ divorciado	338	5,8	165	3,8
Viudo	348	3,4	348	6,9
Soltero		35,1		15,7
Total		100,0		100,0
Edad				
<=25	1109	32,3	442	19,7
26-37	1333	30,4	889	28,0
38-49	773	19,0	614	20,1
50-61	369	11,1	451	15,0
62-73	182	4,6	383	10,8
74+	117	2,7	252	6,3
Total	3883	100,0	3031	100,0
Pobreza por método combinado				
Hogares socialmente integrados	1497	40,0	158	5,0
Pobreza inercial (estructural)	667	17,2	1146	36,2
Pobreza reciente (coyuntural)	709	18,5	81	2,9
Pobreza crónica	1015	24,3	1646	55,9
Total	3888	100,0	3031	100,0
Lengua materna				
Castellano	2821	78,2	1325	62,5
Quechua	1037	21,8	1700	37,5
Total	3858	100,0	3025	100,0

Tabla 2
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS SEGÚN ÁMBITO DE RESIDENCIA Y PERTENENCIA ÉTNICA

FRECUENCIAS	ÁMBITO DE RESIDENCIA											
	URBANO					RURAL						
	CASTELLANO %	F CORREG.	SIG.	QUECHUA %	F CORREG.	SIG.	CASTELLANO %	F CORREG.	SIG.	QUECHUA %	F CORREG.	SIG.
Sexo												
Masculino	48,5			48,1			53,4			46,5		
Femenino	51,5	1,275	,260	51,9	,835	,362	46,6	4,624	,033	53,5	3,541	,062
Total	100,0			100,0			100,0			100,0		
Edad (agrupado)												
<= 25	35,5			20,6			23,9			12,7		
26 – 37	31,2	212,7	,000	27,6	29,82	,000	28,7	37,16	,000	26,9	24,20	,000
38 – 49	18,0			22,6			19,0			22,1		
50 – 61	9,6			16,6			13,6			17,3		
62 – 73	3,9			6,8			9,2			13,5		
74+	1,8			5,8			5,6			7,5		
Total	100,0			100,0			100,0			100,0		
Nivel de instrucción reagrupado												
Sin nivel	3,9			12,5			18,6			25,9		
Primario	13,9	179,4	,000	31,7	18,25	,000	54,2	81,75	,000	50,7	126,3	,000
Secundario	33,0			31,0			20,9			20,5		
Superior	49,1			24,8			6,2			2,9		
Total	100,0			100,0			100,0			100,0		
Estado civil												
Conviviente/ casado	53,1			64,6			72,2			76,1		
Separado/ divorciado	5,7	458,3	,000	5,8	208,2	,000	3,9	368,4	,000	3,5	445,1	,000
Viudo	2,3			7,5			5,6			9,2		
Soltero	38,8			22,0			18,3			11,2		
Total	100,0			100,0			100,0			100,0		
Pobreza por método combinado												
Hogares socialmente integrados	44,3			25,6			6,2			2,8		
Pobreza inercial (estructural)	15,5	59,13	,000	23,3	9,706	,000	32,9	89,47	,000	41,8	212,3	,000
Pobreza reciente (coyuntural)	18,9			16,5			3,2			2,5		
Pobreza crónica	21,3			34,7			57,7			52,9		
Total	100,0			100,0			100,0			100,0		

En un primer paso, se procedió a analizar de manera global las diferencias en la prevalencia de vida de la depresión en la totalidad de la muestra, de acuerdo a su pertenencia étnica. Al efectuar el análisis se observó que si bien existía una diferencia entre ambas poblaciones, con una tendencia a presentar una prevalencia más elevada en la población quechua (17,6% vs. 15,6%), ésta no era significativa ($p=0,149$) (Tabla 3).

Tabla 3
PREVALENCIA DE DEPRESIÓN SEGÚN PERTENENCIA ÉTNICA

PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	LENGUA MATERNA 2 CAT		
	CASTELLANO	QUECHUA	TOTAL
No	84,4%	82,4%	83,8%
Si	15,6%	17,6%	16,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

CONTRASTES DE INDEPENDENCIA				
		CHI-CUADRADO	F CORREGIDA	SIG.
Prevalencia de vida de trastornos depresivos en general * lengua materna 2 cat	Pearson	3,857	2,091	,149
	Razón de verosimilitudes	3,808	2,064	,151

La F corregida es una variante del estadístico de chi-cuadrado corregido de Rao-Scott de segundo orden. La significación se basa en la F corregida y sus grados de libertad.

Prevalencia de Depresión en Poblaciones Andinas

Con el fin de dilucidar mejor el comportamiento de estas variables, se procedió, en un segundo paso, al igual que en el análisis descriptivo, a estratificar la muestra por ámbito de residencia, observándose que existía una diferencia significativa entre la prevalencia de depresión en la población andina urbana con lengua materna castellano en comparación con aquella cuya lengua materna es el quechua, siendo en esta última donde la prevalencia alcanzaba cifras mayores (16,1% vs. 20,6% $p \leq 0,05$). Este comportamiento sin embargo, no se vio reflejado en la población andina rural, en quien, si bien existía una ligera diferencia en la prevalencia de depresión en ambas poblaciones (con lengua materna castellano vs. quechua), ésta no fue significativa (14,9% vs. 15,3% $p = 0,82$) (Tabla 4).

Tabla 4
PREVALENCIA DE VIDA DE DEPRESIÓN SEGÚN PERTENENCIA ÉTNICA
POR ÁMBITO DE RESIDENCIA

ÁMBITO DE RESIDENCIA	PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS DEPRESIVOS EN GENERAL	LENGUA MATERNA 2 CAT		
		CASTELLANO	QUECHUA	TOTAL
Urbano	No	83,9%	79,4%	82,9%
	Si	16,1%	20,6%	17,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Rural	No	85,1%	84,7%	85,0%
	Si	14,9%	15,3%	15,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

CONTRASTES DE INDEPENDENCIA

ÁMBITO DE RESIDENCIA		CHI-CUADRADO	F CORREGIDA	SIG
Urbano	Pearson	9,357	5,742	,017
	Razón de verosimilitudes	9,030	5,541	,019
Rural	Pearson	,115	,051	,822
	Razón de verosimilitudes	,115	,051	,822

La F corregida es una variante del estadístico de chi-cuadrado corregido de Rao-Scott de segundo orden. La significación se basa en la F corregida y sus grados de libertad.

En un tercer paso, se evaluaron los factores sociodemográficos que pudieran estar afectando estos resultados, para lo cual se procedió a sub-estratificar la muestra por lengua materna, dando como resultado cuatro sub-muestras estratificadas para ámbito de residencia y lengua materna: urbano-castellano; urbano-quechua; rural- castellano y rural-quechua.

Seguidamente se procedió a analizar los factores que se identificaron como posibles intervinientes en la primera etapa del diseño del estudio, encontrándose que para el factor género o sexo, si bien el comportamiento de esta variable fue significativamente diferente en el ámbito urbano en ambos grupos castellano y quechua ($p < 0,05$); en el área rural, en la población con lengua materna castellano, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las prevalencias de vida de depresión en ambos sexos, (14,0% vs. 15,8%). Cuando se analizó el factor edad en la población con lengua materna quechua, se observó un incremento marcado de las cifras conforme avanzaba la edad, hasta llegar a los 74 años en que disminuía, habiendo sido significativas estas diferencias ($p < 0,05$). Se observó asimismo, que en el ámbito urbano existía una menor prevalencia de depresión en adultos mayores, con excepción de aquellos con lengua materna quechua; no ocurrió así en el ámbito rural.

En cuanto al estado civil, se encontró una mayor prevalencia de depresión en las personas convivientes o casadas, y menor, en las separadas o divorciadas. En la población castellana-urbana se encontró una alta prevalencia de depresión en personas solteras, hecho que no se replicó en los otros 3 grupos. En la población quechua-rural se encontró asimismo una elevada prevalencia de depresión en las personas viudas. Las diferencias tuvieron significancia estadística tanto en el ámbito rural cuanto en el urbano. Respecto a la prevalencia de depresión según nivel socioeconómico, ámbitos de residencia y pertenencia étnica, la diferencia alcanzó significancia estadística únicamente en la población quechua-rural. En la población castellana-urbana, las prevalencias más altas se dieron en los hogares socialmente integrados, es decir con un mejor nivel socioeconómico, mientras que en la población castellana-rural, la prevalencia fue mayor en los grupos de pobreza crónica seguido de la pobreza inercial o estructural, es decir en aquellas personas que pudiendo cubrir su presupuesto, carecen de infraestructura que les permita satisfacer adecuadamente sus necesidades, principalmente de vivienda y sanitarias. En la población quechua, las mayores prevalencias se observaron en los pobres crónicos, en ambos ámbitos de residencia (Tabla 5).

Tabla 5
PREVALENCIA DE DEPRESIÓN DE ACUERDO A CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN, PERTENENCIA ÉTNICA Y ÁMBITO DE RESIDENCIA

TRASTORNOS DEPRESIVOS	ÁMBITO DE RESIDENCIA											
	URBANO						RURAL					
	CASTELLANO %	F CORREG.	SIG.	QUECHUA %	F CORREG.	SIG.	CASTELLANO %	F CORREG.	SIG.	QUECHUA %	F CORREG.	SIG.
Sexo												
Masculino	13,1			14,7			14,0			9,7		
Femenino	19,0	10,314	,001	26,0	15,234	,000	15,8	,389	,534	20,2	19,898	,000
Total	16,1			20,6			14,9			15,3		
Edad (agrupado)												
<= 25	16,4			12,5			4,7			5,7		
26 – 37	14,0	,713	,599	19,0	2,429	,037	11,1	9,363	,000	8,6	7,512	,000
38 – 49	17,4			22,8			21,5			15,5		
50 – 61	17,7			24,2			16,9			23,6		
62 – 73	18,0			34,7			24,6			22,4		
74+	22,0			22,2			33,9			23,2		
Total	16,1			20,6			14,9			15,3		
Nivel de instrucción reagrupado												
Sin nivel	29,3			30,1			23,2			23,5		
Primario	15,1	3,181	,025	24,6	3,968	,009	15,2	5,853	,001	13,2	6,859	,000
Secundario	16,2			16,7			8,5			10,2		
Superior	15,4			15,6			8,4			15,7		
Total	16,1			20,6			14,9			15,3		
Estado civil												
Conviviente/ casado	14,5			19,4			14,3			12,2		
Separado/ divorciado	25,0	3,773	,005	31,3	4,250	,003	19,0	10,589	,000	23,9	14,896	,000
Viudo	27,5			38,1			39,7			42,3		
Soltero	16,3			15,4			8,5			11,9		
Total	16,1			20,6			14,9			15,3		
Pobreza por método combinado												
Hogares socialmente integrados	14,7			18,7			5,2			27,6		
Pobreza inercial (estructural)	14,0	1,650	,178	15,0	1,885	,133	15,8	2,148	,098	12,2	3,186	,025
Pobreza reciente (coyuntural)	18,3			24,2			21,9			9,6		
Pobreza crónica	18,7			24,0			15,0			17,4		
Total	16,1			20,6			14,9			15,3		

Discusión

Si bien, el objetivo primordial era observar las diferencias en las prevalencias de la depresión en la población andina según la pertenencia étnica quechua, ha resultado por demás interesante dilucidar el comportamiento de la misma en los diferentes ámbitos, acorde a los diferentes factores sociodemográficos involucrados. De la muestra total, un tercio tiene como lengua materna al quechua, reflejo de la situación de la población andina de nuestro país; nuestra muestra está relativamente pareada en cuanto a su distribución por género con un muy ligero predominio del

género femenino, predominantemente adulta joven, con una alta tasa de analfabetismo (alrededor del 12%), más de un tercio de la población solo con estudios primarios o menores, en su gran mayoría formal o informalmente unidos (matrimonio o convivencia) y una muy baja proporción de personas separadas o divorciadas y con casi la mitad de la población viviendo en situaciones de pobreza.

Al analizar cada sub-población nos encontramos con características distintivas propias del ámbito de residencia, nuevamente reflejo de la situación de las poblaciones andinas urbanas y rurales del Perú.

Prevalencia de Depresión en Poblaciones Andinas

Dentro de los hallazgos más importantes, mientras que en la población andina urbana, encontramos que un 43,9% tiene instrucción superior y que si sumamos el grado de instrucción secundaria, alcanza a las tres cuartas partes de la población; su contraparte rural presenta la situación inversa, con casi un 75% de la población con nivel de instrucción primario o inferior, y una tasa de analfabetismo que bordea el 21%. La tasa de analfabetismo en esta población andina rural, sobrepasa ampliamente las tasas de analfabetismo del resto de las regiones rurales del Perú, que alcanzan un 6,0% en Lima rural¹⁷, y un 8,2% en la selva rural¹⁸.

Cuando analizamos la tasa de analfabetismo de acuerdo a la pertenencia étnica, observamos que ésta sube al 25% y en su contraparte no quechua disminuye al 18%. Tendencia similar encontramos a nivel urbano (12,5% vs. 3,9%). Estudios anteriores ya habían puesto énfasis en el hecho de que las tasas de deserción escolar y analfabetismo eran superiores en la población quechua, debido en parte a la ausencia de un programa de educación intercultural bilingüe efectivo¹⁹. La educación intercultural bilingüe viene siendo desarrollada desde hace muchas décadas, y ha pasado por una serie de altibajos, desde el insuficiente apoyo del estado, hasta el rechazo por parte de los propios comunidades, que ven con desconfianza las escuelas en las que se enseña a leer y escribir en quechua, porque tienen conciencia de las limitaciones a que los somete el desconocimiento del castellano y la finalidad de la escuela para ellos es algo concreto: aprender a leer y escribir en castellano, además de aprender a contar lo antes posible^{19,20,21}. Sin embargo, el problema de la deserción escolar no se limita a este aspecto, y pese a los esfuerzos realizados desde la década del 70 principalmente, de conseguir una educación más inclusiva, con conceptos de bilingüismo e interculturalidad²⁰, existen factores subyacentes, como la carencia de instituciones educativas en el centro poblado de ámbitos rurales altamente dispersos que obligan a caminar largos trechos desde la casa a la escuela, así como los costos indirectos que supone la educación para las familias de pobreza extrema, más frecuentes dentro de las poblaciones indígenas; el hecho de que las poblaciones con lengua materna quechua o vernáculo hablantes, suelen tener mayores tasas

de repitencia, de retiros y/o deserciones, por lo tanto, suelen culminar los estudios de nivel primario a edades avanzadas (entre los 14 y 16 años) y todo esto sumado a que los calendarios escolares no siempre se adecúan a los calendarios de los trabajos propios de las comunidades, nos explican estas cifras alarmantes de analfabetismo o insuficiente escolaridad en esta población²¹.

En cuanto al panorama socioeconómico, encontramos que más de la mitad de la población rural vive en situación de pobreza crónica (55,9%), duplicando así el porcentaje de su contraparte urbana (24,3%), proporción aproximada a la evidenciada en el resto del país según cifras de las últimas encuestas publicadas por el INEI²². Estas alarmantes cifras de pobreza encontradas en estas regiones, ya habían sido reportadas en otras regiones de Latinoamérica como Guatemala, Venezuela y México. De acuerdo al Banco Mundial, las regiones geográficas de mayor pobreza en Latinoamérica son precisamente las regiones con mayor concentración de población indígena, y el uso de una lengua nativa en el hogar está asociado con mayor pobreza²³.

Al comparar las prevalencias de depresión en la población de acuerdo a la pertenencia étnica, encontramos que en la población quechua en general es de un 17,6%, mientras que en la población andina no quechua es de 15,6%. Esta diferencia podría indicar una mayor tendencia hacia la depresión en la población quechua en comparación a la no quechua, pese a que esta diferencia no ha sido estadísticamente significativa ($p=0,149$).

Así, al analizar la población por ámbito de residencia, encontramos que a nivel urbano, la población quechua tiene una tasa de prevalencia de depresión del 20,6%, mientras que en la población no quechua urbana es de 16,1%, con un nivel de significancia de $p=0,017$ ($p<0,05$). Como se puede observar, independiente de la pertenencia étnica de la población, estas prevalencias, son superiores a las encontradas en otros estudios latinoamericanos, cuyos valores oscilan alrededor del 12%^{5,6,11,12}, pero guardan una relación con las prevalencias de depresión en el resto del país, en donde se verifica además el contraste entre el área urbana y el área rural, siempre con una tendencia a menores prevalencias en áreas rurales, alrededor del 15%, que urbanas,

en donde las tasas de prevalencia suelen oscilar alrededor del 20% (Lima Metropolitana 19% vs. Lima Rural 16%; Selva Urbana 21,9% vs. Selva Rural 14,5%)^{7,17,18,24}.

A nivel mundial, por lo general las tasas de prevalencia más altas se encuentran en los países y ciudades con mayores ingresos, mientras que en los de medianos y bajos ingresos suelen ser menores¹. Estas diferencias han sido remarcadas por varios autores y atribuidas a múltiples causas, desde el punto de corte para definir el episodio depresivo, que dejaría por fuera episodios depresivos que no necesariamente se ajusten a modelos occidentales de diagnóstico, hasta diferencias de la población en la exposición a fuentes de estrés, reactividad a los mismos, o factores genéticos subyacentes a la depresión endógena^{1,2}. De esta manera, tenemos por un lado instrumentos que fueron construidos en base a criterios de clasificación para fines estadísticos, que consiguen identificar y clasificar positivamente estados depresivos moderados a severos, pero no necesariamente discriminar entre episodios depresivos leves y la tristeza profunda consecuente a pérdidas o estresores importantes, que podrían corresponder a trastornos adaptativos más que a episodios depresivos^{25,26}, y por otro lado, tenemos los propios procedimientos de adaptación y validación de los instrumentos, cuyas versiones muchas veces son simplemente traducidas y trasladadas de una región a otra con mínimas adaptaciones culturales, que pudieran conllevar a errores de medición importantes^{21,26,27}. En el presente estudio las adaptaciones de la versión en español de la Mini International Neuropsychiatric Interview fueron realizadas mediante exhaustivos estudios de validez y confiabilidad interna y externa, que incluyeron focus group para las adaptaciones por región, y así asegurar el correcto entendimiento de la misma. Las prevalencias en áreas urbanas están acordes con las encontradas en las grandes ciudades, lo que nos orienta hacia una confiable recolección de datos y rigor metodológico en la misma.

Otro de los hallazgos importantes fue la asociación del estado civil de viudez con depresión en la población rural y en especial en la población quechua. En ambos ámbitos, urbano y rural, la condición de viudez estuvo fuertemente asociada a la depresión, alcanzando tasas tan altas como 42,3% en la población quechua rural.

A esto sumamos que la proporción de viudez fue bastante mayor en la población quechua si la comparamos con la población no quechua. Este hallazgo nos lleva a la reflexión acerca de la violencia política vivida en nuestro país, en especial en la región de Ayacucho. Ya los informes de la Comisión de la Verdad y Reconciliación nos revelaron que el 80% de los crímenes cometidos en la etapa de violencia y guerra interna, fueron contra los nativos peruanos quechua hablantes^{28,29}. La pérdida de un ser querido en situaciones súbitas y violentas es un conocido factor de riesgo para el desarrollo de un duelo complicado que finalmente desencadena cuadros depresivos, además de estar asociada a mayores dificultades económicas.

Una característica peculiar y que nos da luces sobre el aspecto puramente étnico, permitiéndonos deslindar de las variables socioeconómicas, es el hallazgo de mayor prevalencia de depresión en la población andina quechua rural con mayor nivel de escolaridad y menor nivel de pobreza (prevalencia de depresión 27,6%). Al respecto, dice Cronehed, en su publicación *Identidad y Nacionalismo en Perú, 1996*, "...Entre los indígenas quechuas existe el mito, de que la educación es un camino para la salvación... tener una profesión es estar protegido contra la pobreza económica y por lo tanto tener un futuro asegurado... también puede ser la forma de alcanzar una alta posición en la sociedad peruana, como mestizo... la primera barrera que debe pasar, es aprender a hablar español, la siguiente barrera que debe superar es encontrar una profesión practicable en el plano nacional y finalmente se exige que luche en la sociedad para apropiarse de características interiores y exteriores que se necesitan, para poder ser e identificarse como mestizo peruano..."²⁸ este proceso, se ha dado por llamar, en otros estudios, como "proceso de cholificación", como una expresión gráfica sin connotaciones peyorativas, por medio del cual el indígena que se siente dominado, no solo por el hecho de ser pobre y dueño solo de su pobreza sino también y principalmente por ser indio, se esfuerza por construir una nueva identidad, recogiendo los nuevos patrones culturales, pero conservando los antiguos³⁰. Lo paradójico de este proceso, es que enfrenta al indígena en este proceso de aculturación a un mecanismo de frustración en el que el indígena quechua puede

Prevalencia de Depresión en Poblaciones Andinas

perder el origen de su identidad como indígena y la meta como mestizo, no siempre llena o corresponde a sus expectativas²⁸. Es decir, todo este proceso puede llevar a una gran frustración, independiente de si logra o no alcanzar la pertenencia a la sociedad como mestizo, lo cual podría explicarnos este hallazgo.

Dentro de los resultados encontrados a nivel rural en la población con el castellano como lengua materna, la diferencia en la prevalencia de depresión con relación al género, no se ve manifestada, contrariamente a lo que cabría esperar, probablemente debido a la diferencia en el número de pobladores de uno y otro sexo, ya que encontramos una marcada predominancia de personas de sexo masculino.

Estas tasas de prevalencia encontradas en las poblaciones rurales, menores a las tasas de prevalencia en regiones urbanas, podrían estar en correlación con la percepción de pobreza, hecho notado y reportado por estudios previos, en el análisis realizado entre países de altos ingresos vs. países de medianos y bajos ingresos, en donde se observó que la correlación entre la experiencia de privación material y depresión era mayor en zonas de mayores ingresos, al provocar estos mayores niveles de stress que en las zonas de bajos ingresos, en donde el nivel de stress reportado era menor^{1,13}.

En cuanto al factor étnico, es importante resaltar que si bien, la diferencia fue estadísticamente significativa únicamente en la población urbana, existe una tendencia a experimentar mayores niveles de distress psicológico en poblaciones quechuas, al encontrarse en ellas mayores tasas de prevalencia de depresión en similares ámbitos de residencia. El factor cultural subyacente a la pertenencia étnica juega un papel crucial en las vivencias y percepción internas, lo mismo que la propia historia de la etnia quechua que desde la colonización ha vivido en una constante marginación, exclusión social y política además de una imposición de valores y representaciones, lealtades, modos de pensar e incluso concepciones del mundo, que se iniciaron con la conquista y colonización española en la época pre-industrial y continuaron con la alienación de valores occidentales especialmente provenientes de la cultura norteamericana en la

época post-industrial³¹. Al respecto, podríamos comenzar recordando que es a nivel urbano en donde se dan las mayores inequidades entre ambas poblaciones al recibir los beneficios sociales, llámese educación, salud, vivienda, oportunidades laborales, las que se reflejan en mayores porcentajes de la población con menores niveles educativos, mayor incidencia de pobreza, mayor tasa de hacinamiento, menor acceso a servicios, etc. Asimismo, es a nivel urbano, en donde el individuo como tal, se ve enfrentado al conflicto intercultural, al interactuar con los procesos de globalización que conllevan los estilos de vida propios de la ciudad, con cambios en los esquemas de pensamiento y de orientación en los valores de las personas.

La exclusión social, se puede definir como un conjunto de mecanismos estructurales que impiden a ciertos grupos sociales participar plenamente en las esferas económica, social, política y cultural de la sociedad, con la consiguiente falta de acceso a los servicios de salud, marginación residencial, inadecuada inserción en el mercado laboral, tendencias hacia la segregación ocupacional, limitaciones para recibir una educación de buena calidad y falta de una representación política efectiva en el Estado³². Así, la exclusión social enfatiza las dinámicas e interacciones sociales que se han ido reforzando en el tiempo y se han vuelto parte del sentido común y no únicamente los procesos individuales de empobrecimiento y marginalidad³². No es casual entonces desde esta perspectiva, encontrar que la población quechua está expuesta a una mayor prevalencia de depresión, sino además a mayor pobreza y menor escolaridad, tanto a nivel urbano, cuanto a nivel rural. El estancamiento de la productividad y la consecuente mejora en la calidad de vida se encuentran inmersos e interdependientes de un factor más profundo como es la salud mental y la depresión podría ser la principal barrera para el crecimiento económico y el éxito de políticas públicas encaminadas al desarrollo, como la de educación³³.

Correspondencia:

Sonia E. Zevallos Bustamante
Correo electrónico: soniazevallos@hotmail.com

Referencias

- 1 Hosseinpoor A, Bergen N, Mendis S, Harper S, Verdes E, Kunst A et al. Socioeconomic inequality in the prevalence of non communicable diseases in low and middle income countries: Results from the World Health Survey. *Public Health* 2012 2(1) 474. Disponible en: www.biomedcentral.com/1471-2458/12/474. Acceso: 09 de octubre de 2012.
- 2 Bromet E, Andrade L, Hwang I, Sampson N, Alonso J, De Girolamo G et al. Cross-National Epidemiology of DSM-IV Major Depressive Episode. *BMC Medicine* 2011 9(90). Disponible en: www.biomedcentral.com/1741-7015/9/90/prepub. Acceso: 09 de octubre de 2012.
- 3 Brhlikova P, Pollock A, Manners R. Global Burden of Disease Estimates of Depression-How reliable is the Epidemiological Evidence? *J R Soc Med.* Jan 2011; 104 (1): 25-35. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3014564/>. Acceso: 26 de marzo de 2014.
- 4 Kessler R. The Costs of Depression. *Psychiatr Clin North Am.* 2012 Vol.35(1): 1-14. Abstract disponible en: <http://psychiatristupdate.wordpress.com/2012/10/09/how-much-do-depression-cost-kessler-psychiatr-clin-n-am-2012/>. Acceso: 26 de marzo de 2014.
- 5 Khon R, Levav I, Caldas J, Vicente B, Andrade L, Caraveo J et al. Los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe: Asunto Prioritario para la Salud Pública. *Pan Am J Public Health* 2005 18(4/5) p. 229-40. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900002. Acceso: 27 de marzo de 2014.
- 6 Vicente B, Riosco P, Saldivia S, Kohn R, Torres S. Prevalencia de Trastornos Psiquiátricos en Latinoamérica: Revisión Crítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría.* 2005; 34(4):506-514.
- 7 Instituto Especializado en Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental. 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2002; XVIII(1-2):1-197. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2002-ASM-EESM-M/files/res/downloads/book.pdf>. Acceso: 27 de marzo de 2014.
- 8 Specialized Mental Health Institute. Epidemiological Study on Mental Health in the Peruvian Andes. General report 2003. *Anales de Salud Mental.* 2003; 19(1 - 2):1- 211. ISSN-1023-389X. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2003-ASM-EESM-SPeng/files/res/downloads/book.pdf>. Acceso: 27 de marzo de 2014.
- 9 Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2009; 25(1-2):1-318. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2008-ASM-EESM-SR/files/res/downloads/book.pdf>. Acceso: 27 de marzo de 2014.
- 10 Kirmayer L. Culture, context and experience in psychiatric diagnosis. *Psychopathology.* 2005; 38:192-196.
- 11 Breslau J, Aguilar-Gaxiola S, Kendler K, Su M, Williams D, Kessler R. Specifying race-ethnic differences in risk for psychiatric disorder in a US national sample. *Psychol Med.*2006;36(1):57-68. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1924605/>. Acceso: 27 de marzo de 2014.
- 12 Ramirez M, Ford ME, Stewart AI, Teresi J. Measurement issues in health disparities research. *HSR: Health Services Research.* 2005; 40(5-2): 1640-57. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361222/>. Acceso: 27 de marzo de 2014.
- 13 Baker D, Mead N, Campbell S. Inequalities in morbidity and consulting behavior for socially vulnerable groups. *British Journal of General Practice.* Feb 2002, 52 : 124-30. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314218/pdf/11885821.pdf>. Acceso: 28 de marzo de 2014.
- 14 Villaseñor SJ, Rojas C, Albarrán AJ, González S AG. Un Enfoque Transcultural de la Depresión. *Rev. de Neuro-Psiquiat.*2006; 69(1-4):43-50. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/famed/revista/index.php/RNP/article/viewFile/670/707>. Acceso: 27 de marzo de 2014.
- 15 Alarcón RD. ¿Psiquiatría Folklórica, Etno-Psiquiatría o Psiquiatría Transcultural? Examen crítico de la perspectiva de Carlos Alberto Segúin, editor. Disponible en http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc7159.pdf. Acceso: 18 de octubre de 2012.
- 16 Instituto Nacional de Salud Mental. Confiabilidad y validez de los cuestionarios de los estudios epidemiológicos de salud mental de Lima y de la Selva Peruana. *Anales de Salud Mental.* 2009; XXV Suppl. 1: S1-259. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-CVCEESMLSP/files/res/downloads/book.pdf>. Acceso: 27 de marzo de 2014.
- 17 Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Rural 2007. Informe General. *Anales de Salud Mental.* 2008; 24(1 y 2) : 1-247. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2007-ASM-EESM-LR/files/res/downloads/book.pdf>. Acceso: 27 de marzo de 2014.

Prevalencia de Depresión en Poblaciones Andinas

- ¹⁸ Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Rural 2009. Informe General. Anales de Salud Mental. 2011; 27(1 y 2). ISSN-1023-389X (En prensa).
- ¹⁹ Zuñiga M. El uso del quechua y castellano en el sur andino: Hallazgos de un estudio sociolingüístico. En: Zuñiga M. El uso de lenguas quechua y castellano en la Ruta del Sol. Ed. Foro Educativo 2009. Lima-Perú pp. 1-22.
- ²⁰ Pozzi-Escot Inés. Ideas y planteamientos propuestos en el desarrollo y debate de la educación bilingüe en el país. En: Zuñiga M. Pozzi-Scott I, López L.E. (Eds): Educación Bilingüe Intercultural. Reflexiones y Desafíos. Ed. FOMCIENCIAS 1991; Lima-Perú pp. 121-147.
- ²¹ Ministerio de Educación-Dirección Nacional de Educación Intercultural Bilingüe y Rural. La participación de los pueblos indígenas y comunidades rurales en el Proyecto de Educación en Áreas Rurales-PEAR 2005-2007. Documento de trabajo. Disponible en: <http://www.minedu.gob.pe/dineibir/xtras/ParticipacionPI-CRenPEAR.pdf>. Acceso: 14 de mayo de 2012.
- ²² Instituto Nacional de Estadísticas e Informática (INEI), Perú. Informe técnico : Evolución de la pobreza 2007-2011. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/DocumentosPublicos/Pobreza_Informe-Tecnico.pdf. Acceso: 25 de abril de 2012.
- ²³ Incayawar M, Maldonado-Bouchard S. The forsaken mental health of the Indigenous Peoples. A moral case of outrageous exclusion in Latin America. BMC International Health and Human Rights. 2009 9:27. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-698X/9/27>. Acceso: 09 de octubre de 2012.
- ²⁴ Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico en Salud Mental en la Selva Peruana 2004. Informe general. Anales de Salud Mental. 2005; XXI (1 y 2): 1-212. ISSN-1023-389X. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2004-ASM-EESM-SP/files/res/downloads/book.pdf>. Acceso: 27 de marzo de 2014.
- ²⁵ Spitzer R, Wakefield J. DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: does it help solve the false positives problem? Am. J. Psychiatry. 1999; 156 (12): 1856-64. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/data/Journals/AJP/3707/1856.pdf>. Acceso: 27 de marzo de 2014.
- ²⁶ Wakefield J, Schmitz M. When does depression become a disorder? Using recurrence rates to evaluate the validity of proposed changes in major depression diagnostic thresholds. World Psychiatry. 2013; 12 (1): 44-52. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3619177/>. Acceso: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3619177/>.
- ²⁷ Brhlikova P, Pollock A, Manners R. Global burden of disease estimates of depression. How reliable is the epidemiological evidence? J R Soc Med. Jan 2011; 104(1): 25-35. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3014564/>. Acceso: 26 de marzo de 2014.
- ²⁸ Cronehed J. Identidad y nacionalismo en el Perú. El espejo del conflicto de los indígenas quechuas. Ed. DEMOS 1996; Lunds Universitet Socialantropologit. ISBN 91-630-4563-X pp.1-6.
- ²⁹ Mendo JV. Educación e Identidad Cultural. En Educación/Los Andes. Noticias Puno Perú. Disponible en <http://www.losandes.com.pe/Educación/20091227/31331.html>. Consultado 09/10/2012.
- ³⁰ Quijano A. Colonialidad del poder, cultura y conocimiento en América Latina. En Crítica Cultural en Latinoamérica: Paradigmas globales y enunciaci-ones locales (1999), Vol. 24, No. 51, pp. 137-148.
- ³¹ Mejía JA, Moncada G. Las variables de etnia y raza en las encuestas de hogares de América Latina y el Caribe. 1er Encuentro Internacional "Todos Contamos. Los Grupos Étnicos en los Censos". Cartagena-Colombia. 7-10 Nov. 2000.
- ³² Valdivia N, Benavides M, Torero M. Exclusión, identidad étnica y políticas de inclusión social en el Perú: El Caso de la población indígena y la población afrodescendiente. En: Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE) Investigación, políticas y desarrollo en el Perú. Lima: GRADE. 2007:603-655.
- ³³ Gallegos CA, Jara G. Salud Mental. Depresión en el indígena de la sierra rural andina como un problema social y de salud pública. En: Waters WF, Hamerly MT. Estudios ecuatorianos: Un aporte a la discusión. Tomo II. Ponencias escogidas del III Encuentro de la Sección de Estudios Ecuatorianos LASA. Quito 2006. FLACSO-Ecuador. 1ra.Ed. Abya Yala. Quito-Ecuador 2007:125-46.