

# Producción científica sobre depresión en poblaciones quechua hablantes: una revisión narrativa

## Scientific production on depression in Quechua-speaking populations: a narrative review

Julio Cjuno<sup>1</sup>

 0000-0001-6732-0381

jccjunoc@ucvvirtual.edu.pe

Gino Gabriel Marca-Dueñas<sup>4</sup>

 0000-0003-0498-8637

ginomarca@upeu.edu.pe

Joel Figueroa-Quiñones<sup>2</sup>

 0000-0003-3907-7606

joelfq.13@gmail.com

Renzo Felipe Carranza Esteban<sup>3</sup>

 0000-0002-4086-4845

rcarranza@usil.edu.pe

<sup>1</sup> Universidad César Vallejo, Escuela de Medicina, Piura, Perú.

<sup>2</sup> Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI, Trujillo, Perú.

Instituto de Investigación, Capacitación y Desarrollo Psicosocial y Educativo: PSYCOPERU.

<sup>3</sup> Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú.

<sup>4</sup> Universidad Peruana Unión, Escuela Profesional de Psicología, Lima, Perú.

### Resumen:

**Antecedentes:** Las poblaciones quechua hablantes se extienden por siete países latinoamericanos y por sus características requieren de atención diferenciada sobre la depresión. **Objetivo:** Describir la atención y producción científica sobre depresión en poblaciones quechua hablantes. **Método:** Revisión narrativa realizada con búsqueda en PUBMED, WEB OF SCIENCE y SCOPUS, incluyendo estudios en inglés y/o español, la estrategia de búsqueda se desarrolló con descriptores para depresión y población quechua hablante, la búsqueda fue realizada por dos revisores, quienes organizaron los resultados de la búsqueda en Microsoft Excel. Se incluyeron estudios que consideraron a la depresión y que se haya estudiado en poblaciones quechua hablantes de cualquier variante del quechua. **Resultados:** Se encontró 7 estudios, la prevalencia de la depresión en quechua hablantes fue de 38.9 % en Ayacucho Perú y (4 de 7 estudios) emplearon instrumentos psicométricos para evaluar la depresión. Existen escasas investigaciones sobre depresión en poblaciones quechua hablantes, principalmente son de tipo transversal y el instrumento utilizado es válida solo para una variante del quechua. **Conclusiones:** Se encontraron escasas investigaciones en poblaciones quechua hablantes, las publicaciones son principalmente estudios transversales, aún no se tienen instrumentos adaptados y validados a todas las variantes del quechua. Los síntomas depresivos parecen ser mayores especialmente en las mujeres. Por otro lado, el acceso a los servicios de atención en salud es limitada por las dificultades de aculturación, dominio del idioma por parte del profesional de salud; así como por el estigma y desconocimiento de la depresión por esta población.

**Palabras claves:** depresión; quechua; pueblos originarios; kichua; quichua.

### Abstract:

**Background:** Quechua-speaking populations span seven Latin American countries and, due to their characteristics, require differentiated attention to depression. **Objective:** Describe the attention and scientific production on depression in Quechua-speaking populations. **Method:** Narrative review carried out with a search in PUBMED, WEB OF SCIENCE and SCOPUS, including studies in English and / or Spanish, the search strategy was developed with descriptors for depression and Quechua-speaking population, the search was carried out by two reviewers, who organized the search results in Microsoft Excel. Studies that considered depression and that have been studied in Quechua populations speaking any variant of Quechua were included. **Results:** 7 studies were found, the prevalence of depression in Quechua speakers was 38.9% in Ayacucho Peru and (4 of 7 studies) used psychometric instruments to evaluate depression. There is little research on depression in Quechua-speaking populations, they are mainly cross-sectional and the instrument used is valid only for a variant of Quechua. **Conclusions:** Little research was found in Quechua-speaking populations, the publications are mainly cross-sectional studies, and there are still no instruments adapted and validated for all variants of Quechua. Depressive symptoms seem to be greater especially in women. On the other hand, access to health care services is limited by the difficulties of acculturation, command of the language on the part of the health professional; as well as the stigma and ignorance of depression by this population.

**Keywords:** depression; quechua; original towns; kichua; quichua.

Recibido: 26 de diciembre de 2020 - Aceptado: 22 de junio de 2021

Editado por: Alfonso Urzúa, Universidad Católica del Norte, Chile.  
Revisado por: Gonzalo Salas, Universidad Católica del Maule, Chile y  
Angélica Lechuga-Quiñones Universidad Juárez del Estado de Durango, México.



© 2021 Terapia Psicológica

## Introducción

En Latinoamérica existen 522 pueblos originarios distribuidos en 21 países, hablando un total de 420 lenguas, algunas de ellas han cruzado las fronteras como el caso del quechua que se extiende en los países como Perú, Ecuador, Colombia, Argentina, Chile y Bolivia (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2020). La historia reporta que el quechua tiene su origen en Perú; algunos académicos indican que el quechua es una familia lingüística, debido a sus variaciones que se clasifican de dos formas principales, como la clasificación genérica (Tremblay et al., 2009) y clasificación más específica (Salazar-Pousada et al., 2017) donde se describen la extensión del *Quechua sureño*, *Quechua central*, y *Quechua norteño*, en el Perú con sub variantes por cada lugar, se extienden en casi todos los departamentos (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2020), actualmente en este país se ha registrado 3 735 682 (13.9%) habitantes quechua hablantes (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2018), así también en los países vecinos como Chile registra 33 868 (1,5%) habitantes (Instituto Nacional de Estadística, 2018), Ecuador con más del 3% de la población total (Arias-Gutiérrez et al., 2016), Argentina con 35 155 (0.1%) habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina, 2010), Colombia con 481 (0.03%) personas de los pueblos originarios (Ministerio de Cultura, 2005) y Bolivia 1 837 105 (16.4%) de su población total (Instituto Nacional de Estadística, 2016), con ello se puede apreciar que se trata de una población de pueblos originarios de Latinoamérica que requieren de nuestra atención.

Poseer características cultural y lingüísticamente diferenciadas los convierte en poblaciones desfavorecidas en el acceso a la atención de la salud mental, sobre todo porque las autoridades tienen dificultades para atender a estas poblaciones por falta de personal capacitado y dominio de idiomas (Darghouth et al., 2006); por otro lado, existe un desconocimiento y estigma sobre el problema real de la depresión por estos pobladores y por ello, generalmente cuando se les presenta un episodio de *llaqui* (tristeza o preocupación) suelen acudir al *Yachactaita* (persona dedicada a curar con plantas y en algunos casos añadiendo rituales) por la confianza y la cercanía a sus comunidades, más que un profesional de salud formado para dicho fin (Abe, 2012). Aquellos problemas de salud mental también afectan las actividades laborales, sociales, familiares, y en un nivel grave conlleva al suicidio incluso en estas poblaciones (Espinosa Menéndez et al., 2012).

La depresión es una enfermedad de salud mental que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, la causa principal del suicidio y contribuye a la carga mundial de morbilidad con múltiples enfermedades; existen tratamientos eficaces pero no es una prioridad de las autoridades de salud a pesar de lo rentable que podría ser en temas de economía de la salud mundial (Organización Mundial de la Salud, 2020). Con el inicio de la pandemia por COVID-19, el problema de la atención de la depresión y otros problemas de la salud mental ha reducido muy a pesar de que los casos han incrementado exponencialmente,

pues más del 60% de los países han declarado que han sufrido perturbaciones en la atención de sus pacientes con estas necesidades, sobre todo por el temor a sufrir un contagio o contagiarse más del 70% de los países han optado por la atención telemedicina o teleterapia (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Para poder atender el problema de la depresión en poblaciones quechuas, existen muchas limitaciones, una de ellas es el idioma, otra limitación sería el uso de diferentes instrumentos para medir un mismo constructo o variable. Si bien existen escasos estudios en quechua hablantes, los datos hallados sobre depresión en estas poblaciones, también muestran indicadores preocupantes (Espinosa Menéndez et al., 2012), lo que complica aún más cuando se analiza acerca de las técnicas e instrumentos usados en el recojo de los datos, puesto que realizar estudios en pueblos originarios donde se habla el quechua, implicaría tener instrumentos adecuados o realizar validaciones de los instrumentos (Ramada-Rodilla et al., 2013). Algo que posiblemente no se realice justamente porque incluso los académicos e investigadores exploran poco estas poblaciones por la limitación del idioma y el difícil acceso por la distancia donde se encuentra esta población (Abe, 2012).

Debido a la extensión del quechua en varios países latinoamericanos, existe una diversidad cultural que implica una forma distinta de la comprensión y expresión de la depresión, por lo cual resulta importante conocer los estudios realizados para atender la depresión en esta población. Por ello, el objetivo del presente estudio fue describir la atención y producción científica sobre depresión en poblaciones quechua hablantes.

## Metodología

El presente es un estudio de revisión narrativa con la intención de sintetizar a nivel descriptivo (Siddaway et al., 2019) los resultados de estudios sobre la depresión en poblaciones que hablan quechua, debido a la variedad de diseños de investigación que estas presentan.

Para ello, se realizaron búsquedas de la literatura científica en diciembre del 2019, en tres fuentes (bases de datos o motores de búsqueda): PUBMED, WEB OF SCIENCE y SCOPUS, considerando estudios en inglés o español, sin limitar el período de búsqueda. Para aquella búsqueda se empleó una estrategia de búsqueda desarrollada usando términos y descriptores para depresión y población quechua hablante. En PubMed se utilizaron ajustadores de campo para la búsqueda en el título, resumen y términos Mesh, en Web Of Science en el título y temática, mientras que en Scopus en los títulos, resumen y palabras clave; dicha estrategia fue revisada por dos expertos en bibliometría (**ver Anexo 1**).

Una vez aprobada la estrategia de búsqueda, se procedió a buscar la información por dos colaboradores de forma independiente en las bases de datos previamente señaladas. Ambos

revisores organizaron los resultados de la búsqueda en una base de datos elaborado en el programa Microsoft Excel 2016. Una vez terminada la búsqueda el equipo de investigación en conjunto con los colaboradores se reunieron. Se incluyeron estudios que consideraron a la depresión como una variable principal o secundaria y que se haya estudiado en poblaciones quechua hablantes de cualquier variante del quechua; dichos estudios pueden haber sido artículos originales, originales breves, comunicaciones cortas, cartas al editor, revisiones sistemáticas y narrativas. Se excluyeron documentos tipo notas y erratas; así también, los elementos duplicados, los estudios que no se realizaron en poblaciones que hablan quechua o el tema en estudio no esté relacionado a depresión. Para ello, los títulos y los resúmenes se compararon con los criterios de inclusión y exclusión especificados antes de leer los textos completos. Sobre la base de los artículos obtenidos, todo el equipo revisó los estudios (incluidos vs excluidos) hasta llegar a un consenso del 100%.

Una vez obtenido la lista preliminar de artículos incluidos, se procedió a la recopilación de los datos en un formulario de recopilación de datos, las discrepancias entre los colaboradores se resolvieron internamente hasta llegar a un consenso. Finalmente, los datos de ambos colaboradores se verificaron de forma cruzada, todos los investigadores verificaron los resultados, y finalmente aprobaron la tabla de la revisión narrativa. Los datos recolectados fueron primer autor, año de publicación, tipo de artículo, diseño del estudio, objetivo, instrumento para medir depresión, muestra y resultados. Aquello, también se puede apreciar en la Figura 1.

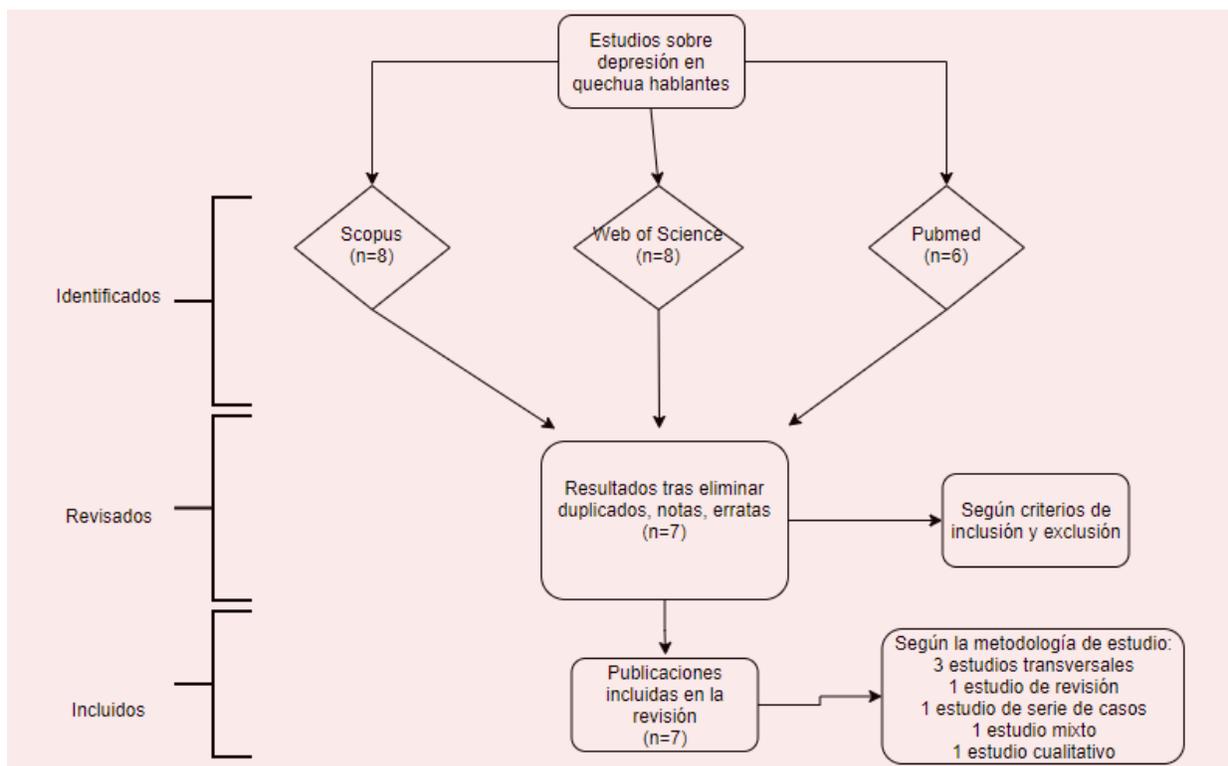


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios

## Resultados

Hasta junio del 2021, se encontró 6 estudios en PUBMED, 6 en SCOPUS y 7 en WEB OF SCIENCE logrando una cantidad de estudios de N=19. Tras cruzar los documentos, se eliminaron los aquellos que estuvieron duplicados y se evaluaron según los criterios de inclusión, logrando una muestra de n=7 estudios, de estos estudios, 02 fueron transversales, 01 instrumental (validación de instrumentos), 01 revisión, 01 serie de casos, 01 estudio mixto, 01 cualitativo etnográfico. Los objetivos de los estudios buscaron evaluar los síntomas depresivos, síntomas menopáusicos, efectos mentales y residuales de la exposición a la violencia política sostenida, explicar el discurso sobre sentimientos como tristeza, describir la construcción de expresiones de angustia y sufrimiento, y describir la comprensión de las experiencias con el dolor de cabeza (tabla 1).

**Tabla 1.** Características de los estudios seleccionados sobre depresión en quechua hablantes

Autor (año)	Tipo de artículo/ Diseño	Objetivo	Instrumento	Muestra	Resultados
Salazar-Pousada et al. (2017)	Original/ Transversal multicéntrico	Evaluar los síntomas depresivos y los factores asociados	Escala de Depresión corta (CESD-10) versión en español	864 mujeres de 40 a 65 años Colombia (afrocolombiana, n = 215), Ecuador (mestizo, n = 202), Perú (quechuas de distritos de Cusco: Paucartambo, Vellille, Santo Tomás, Chinchapujio, Huaraco y Tinta, n = 231) y Paraguay (mestizo, n = 216)	Las mujeres quechua hablantes tuvieron una media de 8.0± 3.5 (estado de ánimo deprimido)
Ojeda et al. (2011)	Original /Transversal multicéntrico	Evaluar los síntomas menopáusicos entre dos poblaciones originarias latinoamericanas	The Menopause Rating Scale (MRS) validado en español	575 mujeres de pueblos originarios posmenopáusicas de 45 a 59 años de Perú (comunidades originarias de Cusco Ancahuasi, Pitumarca, Espinar, Yaurisqui, Mallepata y Tinta quechuas n =288) y Colombia (Zenu n = 285)	Las mujeres quechuas presentaron síntomas depresivos casi cinco veces más intensos con una media de 1.9 ± 0.8 que las mujeres Zenu 0.4 ± 0.7 (p=0.00)
Tremblay et al. (2009)	Original/ transversal	Evaluar los efectos mentales y residuales de la exposición al SPV, (violencia política sostenida) Validar una herramienta de evaluación del trastorno de estrés posttraumático (TEPT) en el Perú de habla quechua	Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) versión en Quechua	375 personas de 15 años a más de ambos sexos (femenino = 226, masculino = 147), de zona rural alta de Ayacucho	El instrumento HSCL-25 alcanzó una fiabilidad de 0.82, sensibilidad y especificidad 77.2% y 74.0%. De toda la muestra el 38.9 % tenían síntomas de ansiedad o depresión, así también alcanzó significación estadística (F = 2.713, p = 0.0008) con aquellos con un grado de exposición a la violencia más alto.
Tousignant et al. (1989)	Revisión/ Artículo de revisión	explicar por qué hay un discurso elaborado sobre tales sentimientos como tristeza y depresión en pobladores quechuas de Ecuador.	-	Documentos de estudiantes de la Universidad Católica de Quito sobre culturas de los quechuas de Quito, Ecuador, Así también una entrevista semi estructurada a dos curanderos de Tungurahua e Imbabura, Cuenca.	La teoría indígena sobre la pena señala la importancia de los elementos corporales estrechamente asociados a las condiciones psicológicas. Los curanderos prestan mucha atención a la víctima de pena y tratan de mejorar las relaciones con la red social y la familia.

## Producción científica sobre depresión en poblaciones quechua hablantes: una revisión narrativa

Incayawar et al. (2009)	Original/ Estudio de series de casos descriptivos	(i) examinar las opiniones sobre el llaqui, una categoría generalizada de enfermedad quichua y (ii) determinar si los pacientes de llaqui padecen trastornos médicos o psiquiátricos, y documentar también las capacidades de diagnóstico de la yachactaita (curanderos quichua de los Andes)	Como comparador de la capacidad de diagnóstico se utilizó el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III-R), y la Escala de autorreporte de depresión de Zung versión quechua.	10 yachactaita de Otávalo, Imbabura, Ecuador, provenientes de tres comunidades.	Durante más de 18 meses, el yachactaita identificó 50 pacientes que padecían llaqui. El 82% de los pacientes cumplieron con los criterios del DSM III-R para los trastornos depresivos
Pedersen et al. (2010)	Original/ Estudio mixto	Describir la construcción de expresiones de angustia y sufrimiento en quechua hablantes, detrás de una historia reciente de violencia política, en los quechuas de las tierras altas del norte de Ayacucho, Perú.	Entrevista semiestructurada	Participaron un total de N = 575 quechua hablantes, de cinco comunidades de cuatro pueblos rurales de Ayacucho, Perú (Chaca, Cunya, Huaychao y Huaynacancha) del norte de Ayacucho y una marginal entorno urbano (Nueva Jerusalén en las afueras de la ciudad de Huanta).	Un total de 226 pobladores experimentó llaqui (sentimientos de sufrimiento y angustia) en relación a experiencias negativas del pasado
Darghouth, et al. (2006)	Original/ cualitativo etnográfico	Describir la comprensión y las experiencias con el dolor de cabeza en dos entornos de personas quechua hablantes	Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25) versión quechua.	Los datos fueron recopilados a través de entrevistas en profundidad y abiertas realizadas con diez mujeres enfermas de dolor de cabeza con edades de 49 a 80 años de Los distritos de Independencia y San Juan Bautista de Ayacucho, Perú.	Todas las mujeres mostraron presencia general de síntomas de ansiedad y depresión

Al menos 4 de 7 estudios usaron instrumentos psicométricos para evaluar la depresión o síntomas depresivos, como: a) Escala de Depresión corta (CESD-10) versión en español (Salazar-Pousada et al., 2017), b) The Menopause Rating Scale (MRS) validado en español (Ojeda et al., 2011) y c) Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) (Darghouth et al., 2006; Tremblay et al., 2009). Este último fue parte de un estudio instrumental de validación, que alcanzó una fiabilidad de 0.82, sensibilidad y especificidad 77.2% y 74.0% para quechua hablantes de la variante de Ayacucho, Perú.

Sobre la frecuencia de la depresión en quechua hablantes, los estudios reportaron una media de  $8.0 \pm 3.5$  (Salazar-Pousada et al., 2017) en quechua hablantes de Cusco Perú reportó que las mujeres quechuas de Cusco Perú, presentaron síntomas depresivos (The Menopause Rating Scale - MRS) casi cinco veces más intensos con una media de  $1.9 \pm 0.8$  que las mujeres Zenú (pueblo originario amerindio de Colombia)  $0.4 \pm 0.7$  ( $p=0.00$ ) (Ojeda et al., 2011). Mientras que otro estudio encontró que el 38.9 % de quechua hablantes de Ayacucho Perú, tenían síntomas de depresión (Tremblay et al., 2009).

Sobre el acceso a la atención de la depresión en esta población, ningún estudio buscó brindar un acercamiento de la atención de la depresión en esta población. Pero, un estudio realizado en Ecuador (Abe, 2012), empleó 10 *yachactaita* (curanderos), provenientes de tres comunidades, y encontraron que estos identificaron 50 pacientes que padecían *llaqui* (tristeza / pena) de ellos, el 82% de los pacientes cumplieron con los criterios del DSM III-R para los trastornos depresivos.

Respecto a las causas atribuidas a la depresión 01 estudio analizó las causas de la depresión, concluyendo que los pobladores quechua hablantes experimentan *llaqui* (sentimientos de sufrimiento y angustia) debido a experiencias negativas del pasado (Pedersen et al., 2010).

## Discusión

### Avances y prevalencia de depresión en poblaciones quechua hablantes

El presente estudio encontró que existe una escasa investigación en la población quechua hablante, pese a representar un idioma importante en Latinoamérica. Aquella baja producción científica es alarmante, sobre todo por tratarse de una población cultural y lingüísticamente importante por su presencia en varios países como Ecuador, Argentina, Chile, Bolivia, Colombia y Perú (Arias-Gutiérrez et al., 2016; Instituto Nacional de Estadística, 2018; Instituto Nacional de Estadística, 2016; Instituto Nacional de Estadística E Informática, 2018; Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina, 2010; Ministerio de Cultura, 2005) Las múltiples limitaciones, como la dificultad de comunicación de los profesionales de salud e investigadores con un quechua hablante y los escasos instrumentos adaptados al contexto cultural y lingüístico han influido notablemente en la producción científica de esta población (Guillemin, 1995; Valencia V. et al., 2011).

Se ha encontrado que la prevalencia de depresión en las mujeres quechua hablantes son casi cinco veces más elevados que en otros grupos poblacionales originarios (Ojeda et al., 2011). Sin embargo, la baja producción científica probablemente por la escasa o nula presencia de personal de salud que se hable al menos una de las variantes del quechua y la carencia de instrumentos adaptados a este contexto han impedido explorar con mayor precisión una prevalencia representativa de las poblaciones quechua hablantes. Los únicos reportes de prevalencia muestran que esta población es más propensa y vulnerable a padecer depresión, pues en Ayacucho, Perú encontraron que el 38.9% de quechua hablantes tenían síntomas de depresión (Tremblay et al., 2009). Otro estudio con pobladores de la sierra rural del Perú evidenció que el 14.6% presentaban episodios depresivos moderados (Instituto Nacional de Salud Mental, 2013). Los datos de estas prevalencias sobre esta población podrían deberse a la escasa importancia que le dan a las síntomas depresivos los pobladores, al estigma y desconocimiento del problema real, sumado a la ausencia de la promoción de la salud mental en estas poblaciones a comparación de la población general no quechua hablante que

vendrían a ser personas mayores de 18 años que no se encuentran en condición de pacientes y que hablan castellano o español, donde existen diversas estrategias de promoción de la salud mental en cuanto a depresión (Plataforma digital unica del estado peruano, 2005).

### **Evaluación de la depresión en quechua hablantes**

Para evaluar la depresión, dos estudios utilizaron la Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) (Darghouth et al., 2006; Tremblay et al., 2009) probablemente por sus excelentes propiedades psicométricas y porque fue adaptado y traducido al quechua ayacuchano (quechua central del Perú) por medio del método de traducción directa y retro traducción, además en el proceso contaron con la participación de lingüistas expertos, a diferencia de otros instrumentos como el CESD-10 y MRS que fue aplicado en su versión en español (Ojeda et al., 2011; Salazar-Pousada et al., 2017). Aquella traducción, pudo haber brindado a los investigadores la confianza para su uso en la evaluación de la depresión en esta población. Pues la adaptación cultural y lingüística a través del uso de algún método de traducción, asegura una mayor precisión del instrumento en un contexto diferente para el que fue creado inicialmente (Hambleton et al., 2004). Sin embargo, queda pendiente adaptar instrumentos que evalúen la depresión en poblaciones originarias que hablen las otras variantes del quechua como las del sur, norte y de la selva peruana, así como de las variantes de Ecuador, Argentina, Chile y Bolivia (Parker, 1963).

A pesar de la existencia de algunos instrumentos validados al quechua como la Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) (Darghouth et al., 2006), aún no abarca todas las variantes del quechua por ende, atiende parcialmente a los pueblos que hablan quechua y solo fue utilizado dos veces en los años 2006 y 2009 (Darghouth et al., 2006; Tremblay et al., 2009). Adicionalmente, no se tratan de instrumentos estandarizados a nivel internacional para la evaluación de la depresión como la Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Obbarius et al., 2017). Por ende, sus resultados no podrían ser comparables con otros grupos poblacionales, existiendo un sesgo en las interpretaciones generales y los sub registros dada la cuestión cultural, aquello complica la evaluación de una real diferencia de la depresión en diferentes grupos poblacionales.

### **Cobertura de la atención de la depresión en quechua hablantes**

Por otra parte, un estudio realizado en Ecuador, con 10 *yachactaita* (curanderos), provenientes de tres comunidades, encontraron que estos, identificaron 50 pacientes que padecían *llaqui* (tristeza). De este grupo, el 82% de los pacientes cumplieron con los criterios del DSM III-R para los trastornos depresivos (Abe, 2012). Este tipo de estudios podrían generar nuevas oportunidades de acceso a la atención de la depresión en quechua hablantes, pues muchas de las comunidades quechua hablantes confían más en los *Yachactaita* que en el profesional de salud (Abe, 2012). Asimismo, se podrían evaluar estudios la accesibilidad a la atención de la depresión involucrando al líder religioso de sus comunidades.

También se podría promover la atención de la salud mental a través de la telemedicina y teleterapia, debido a que el personal de salud formado en universidades de Lima, Perú mostraron mayor prevalencia de depresión al trabajar en zonas donde se habla quechua, dada la distancia entre el centro laboral que dificulta visitar a sus familiares, la aculturación y falta de dominio del idioma (Montesinos-Segura et al., 2018). Otro factor importante, sería que el personal de salud se forme en el dominio del quechua y puedan realizar sus prácticas en zonas rurales para familiarizarse con la cultura e idioma.

### **Causas atribuidas de la depresión en quechua hablantes**

Estudios sugieren que los pobladores quechua hablantes experimentan *llaqui* (sentimientos de sufrimiento y angustia) debido a experiencias negativas del pasado (Pedersen et al., 2010). Por el desconocimiento de los síntomas depresivos y de la misma depresión como enfermedad de salud mental, el quechua hablante generalmente identifica los síntomas de la depresión como el *llaqui*, valdría la pena crear o adaptar un instrumento que evalúe adecuadamente los síntomas depresivos, desde la teoría de la causalidad de la depresión en esta población cultural y lingüísticamente diferente a la población general.

### **Limitaciones y fortalezas**

Una de las limitaciones de este trabajo se relaciona con el criterio de búsqueda que puede no haber incluido a todos los estudios, sin embargo, para asegurar una buena sensibilidad de la estrategia de búsqueda, se realizaron consultas sobre la sensibilidad de la estrategia de búsqueda a dos expertos en bibliometría, por lo que, es posible que se hayan encontrado la totalidad de los estudios sobre depresión en poblaciones quechua hablantes, lo que acredita que este estudio mantiene su rigor y calidad científica.

### **Conclusiones**

Se encontraron escasas investigaciones en poblaciones quechua hablantes, las publicaciones son principalmente estudios transversales, aquellos reportan que aún no se tienen instrumentos adaptados y validados a todas las variantes del quechua. Los síntomas depresivos parecen ser mayores especialmente en las mujeres, pero se requieren estudios adicionales para determinar la real prevalencia de la depresión.

### **Referencias**

Abe, A.-M. (2012). Psychiatrists and traditional healers: unwitting partners in global mental health. *International Journal of Culture and Mental Health*, 5(2), 148-149. <https://doi.org/10.1080/17542863.2010.512732>

- Arias-Gutiérrez, R., Herrera Sorzano, A., & González Sousa, R. (2016). Poblamiento indígena amazónico y desarrollo local en Pastaza, Ecuador. *Revista Novedades en Población*, 12(23), 24-34. <https://tinyurl.com/a5p3jhsa>
- Darghouth, S., Pedersen, D., Bibeau, G., & Rousseau, C. (2006). Painful languages of the body: Experiences of headache among women in two Peruvian communities. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 30(3), 271-297. <https://doi.org/10.1007/s11013-006-9021-3>
- Espinosa Menéndez, N., Galindo Rosero, A., Bastidas Lopera, W., & Monsalve Rojas, J. E. (2012). Current status of the population victim of forced displacement as for its differential approach of its attention, the right to integrity, the minimum sustenance and the economic income. *Ágora U.S.B.*, 12(1), 19-46. <https://doi.org/doi.org/10.21500/16578031.220>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020). UNICEF presenta el Atlas sociolingüístico de pueblos indígenas en América Latina. <https://tinyurl.com/bacfspt8>
- Guillemin, F. (1995). Cross-cultural Adaptation and Validation of Health Status Measures. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 24(2), 61-63. <https://doi.org/10.3109/03009749509099285>
- Hambleton, R., Merenda, P., & Spielberger, C. (2004). *Adapting Educational and Psychological Tests for Cross-Cultural Assessment*. <https://doi.org/10.4324/9781410611758>
- Instituto Nacional de Estadística. (2018). *Síntesis de resultados censo 2017*. <https://tinyurl.com/3n6yzwn4>
- Instituto Nacional de Estadística. (2016). *Proyecciones señalan que en Bolivia existe 2.610.000 jóvenes*. INE. <https://tinyurl.com/p23stvv9>
- Instituto Nacional de Estadística E Informática. (2018). *Perú: Perfil Sociodemográfico - Informe Nacional - Censos Nacionales 2017*. <https://tinyurl.com/34h7k6vp>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina. (2010). *Pueblos originarios*. <https://tinyurl.com/3cndzr28>
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2013). *Estudio Epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao - Replicación 2012*. *Anales de Salud Mental*. <https://tinyurl.com/vfc46h7r>
- Ministerio de Cultura. (2005). Base de Datos de Pueblos Indígenas u Originarios. Pueblo Kichwa, Quechua. BDPI. <https://tinyurl.com/555vy69r>

- Montesinos-Segura, R., Maticorena-Quevedo, J., Chung-Delgado, K., Pereyra-Elías, R., Taype-Rondan, A., & Mayta-Tristán, P. (2018). Place of origin associated with depressive symptoms in health professionals performing social health service in Ancash, Peru, 2015. *Rural and Remote Health, 18*(2). <https://doi.org/10.22605/RRH4331>
- Obbarius, A., van Maasackers, L., Baer, L., Clark, D.M., Crocker, A. G., de Beurs, E., Emmelkamp, P. M. G., Furukawa, T. A., Hedman-Lagerlöf, E., Kangas, M., Langford, L., Lesage, A., Mwesigire, D. M., Nolte, S., Patel, V., Pilkonis, P. A., Pincus, H. A., Reis, R. A., Rojas, G., Sherbourne, C., Smithson, D., Stowell, C., Woolaway-Bickel, K. & Rose, M. (2017). Standardization of health outcomes assessment for depression and anxiety: recommendations from the ICHOM Depression and Anxiety Working Group. *Quality of Life Research, 26*(12), 3211-3225. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1659-5>
- Ojeda, E., Monterrosa, A., Blümel, J. E., Escobar-López, J., & Chedraui, P. (2011). Severe menopausal symptoms in mid-aged Latin American women can be related to their indigenous ethnic component. *Climacteric, 14*(1), 157-163. <https://doi.org/10.3109/13697130903576297>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Depresión*. OMS. <https://tinyurl.com/depvt6sc>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS*. <https://tinyurl.com/ytsm9fyz>
- Parker, G. (1963). La clasificación genética de los dialectos quechuas. *Revista del Museo Nacional, 32*, 241-252. <https://tinyurl.com/4kmp5aw>
- Pedersen, D., Kienzler, H., & Gamarra, J. (2010). Llaki and Ñakary: Idioms of distress and suffering among the highland Quechua in the Peruvian Andes. *Culture, Medicine and Psychiatry, 34*(2), 279-300. <https://doi.org/10.1007/s11013-010-9173-z>
- Plataforma digital unica del estado peruano. (2005). *Minsa realizará campaña para detectar depresión y riesgo de suicidio*. Minsa. <https://tinyurl.com/s4pf5rhm>
- Ramada-Rodilla, J.M., Serra-Pujadas, C., & Delclós-Clanchet, G. L. (2013). Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública de México, 55*(1), 57-66. <https://tinyurl.com/pfjp5mkw>
- Salazar-Pousada, D., Monterrosa-Castro, A., Ojeda, E., Sánchez, S. C., Morales-Luna, I. F., Pérez-López, F. R., & Chedraui, P. (2017). Evaluation of depressive symptoms in mid-aged women: Report of a multicenter South American study. *Menopause, 24*(11), 1282-1288. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000924>

Siddaway, A. P., Wood, A. M., & Hedges, L. V. (2019, enero 4). How to Do a Systematic Review: A Best Practice Guide for Conducting and Reporting Narrative Reviews, Meta-Analyses, and Meta-Syntheses. *Annual Review of Psychology*, 70, 747-770. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102803>

Tremblay, J., Pedersen, D., & Errazuriz, C. (2009). Assessing mental health outcomes of political violence and civil unrest in Peru. *The International journal of social psychiatry*, 55(5), 449-463. <https://doi.org/10.1177/0020764009103214>

Valencia V., T., León H., B., Lezarneta B., U., & Vidal T., M. (2011). Principales dificultades del profesional de salud encontrados durante el Serums en el departamento de Ancash, zona sierra. *Aporte Santiaguino*, 4(1), 118. <https://doi.org/10.32911/as.2011.v4.n1.537>

### Para citar en APA

Cjuno, J., Figueroa-Quiñones, J., Marca-Dueñas, G. G. y Carranza Esteban, R. F. (2021). Producción científica sobre depresión en poblaciones quechua hablantes: una revisión narrativa. *Terapia Psicológica (En línea)*, 39(2), 163-174. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082021000200163>