



Acta Colombiana de Psicología

ISSN: 0123-9155

ISSN: 1909-9711

Universidad Católica de Colombia

Sánchez-Villena, Andy Rick; Ventura-León, José
Depresión según identidad étnica en población peruana: un estudio nacional mediante análisis de redes
Acta Colombiana de Psicología, vol. 27, núm. 1, 2024, Enero-Junio, p. 1
Universidad Católica de Colombia

DOI: <https://doi.org/10.14718/ACP.2024.27.1.10>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79878612011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Depresión según identidad étnica en población peruana: un estudio nacional mediante análisis de redes

Depression According to Ethnic Identity in Peruvian Population: A National Study Using Network Analysis

Recibido: julio 14/2022; **Concepto de evaluación:** octubre 3/2023; **Aceptado:** octubre 18/2023

Andy Rick Sánchez-Villena¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7828-5884>

Universidad Privada del Norte, Cajamarca, Perú

José Ventura-León

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2996-4244>

Universidad Privada del Norte, Lima, Perú

Resumen

El objetivo principal de este estudio fue examinar la dinámica de los síntomas depresivos en población peruana según identidad étnica, y encontrar el síntoma central mediante análisis de redes. Para ello, se analizó la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), 2020. La muestra fue aleatoria y estuvo conformada por 32 634 participantes, a quienes se les administró el *Patient Health Questionnaire* 9. Se realizó un análisis de redes para conocer los síntomas centrales de la depresión de acuerdo con su identidad étnica. Los hallazgos señalaron que, en todos los grupos étnicos, el síntoma central fue el ánimo deprimido, a excepción de la población aymara, en quienes la centralidad recae en los problemas del sueño. Además, la menor interacción entre síntomas se presentó en quienes se identificaron como nativos amazónicos. Se concluye que la depresión puede manifestarse de manera distinta entre los grupos étnicos, especialmente en la población aymara, donde se encontró una expresión más somática, expresada en los problemas del sueño.

Palabras clave

Depresión; diferencias étnicas; identidad étnica; salud mental; análisis de redes.

Abstract

The aim of this study was to examine the dynamics of depressive symptoms in the Peruvian population according to ethnic identity and identify the central symptom by network analysis. For this purpose, the database of the Demographic and Family Health Survey (ENDES) 2020 was analyzed. The sample was random and consisted of 32.634 participants who were administered the Patient Health Questionnaire 9. A network analysis was performed to find out the core symptoms of depression according to their ethnic identity. The findings indicated that, in all ethnic groups, the central symptom was depressed mood, with the exception of the Aymara population, in whom sleep problems were central. In addition, the least interaction between symptoms was found in those who identified themselves as Amazonian natives. It is concluded that depression may manifest itself differently among ethnic groups, especially in the Aymara population, where a more somatic expression was found, such as sleep problems.

Keywords

Depression, ethnic differences, ethnic identity, mental health, network analysis.

Cómo citar este artículo:

Sánchez-Villena, A., & Ventura-León, J. (2024). Depresión según identidad étnica en población peruana: un estudio nacional mediante análisis de redes. *Acta Colombiana de Psicología*, 27(1), 181-194. <https://doi.org/10.14718/ACP.2024.27.1.10>

-
- 1 Autor de correspondencia. Carrera profesional de Psicología, Universidad Privada del Norte. Dirección: Av. Vía de evitamiento S/N cuadra 15, Cajamarca, Perú. Correo electrónico: andysavi92@gmail.com.

Nota de autor: la base de datos y los códigos utilizados en este estudio están disponibles en <https://osf.io/bcy2q/>

Introducción

La depresión es uno de los trastornos psicológicos más prevalentes en la población mundial, la cual durante la pandemia del COVID-19 aumentó significativamente (Zhang et al., 2022). Además, se pronostica que para el 2030, será el trastorno más frecuente, incluso, más que el cáncer y los problemas respiratorios o cardiovasculares (Geraei et al., 2018). Perú no es ajeno a esta situación, ya que la depresión, junto con la ansiedad, son los trastornos psicológicos más frecuentes (Ministerio de Salud [MINSA], 2021), pues los últimos reportes indican un aumento del 12 % en su prevalencia durante el último año (MINSA, 2022).

La depresión se conceptualiza como un trastorno debilitante e incapacitante, caracterizado por un estado de ánimo decaído y la pérdida del interés o la capacidad de disfrute de las actividades (Beck, 2008; Gałeczki et al., 2022). Su estudio se considera importante debido a su asociación con diversas alteraciones como las del sueño (Raman et al., 2022) o las enfermedades cardiovasculares (García & Pintor, 2021). También se relaciona con el aumento en el consumo de tabaco (Korchia et al., 2022), los bajos ingresos económicos (Stathopoulou et al., 2018), la región geográfica (Vyas et al., 2021), el sexo, la edad (Basta et al., 2022) e incluso, la pertenencia a determinados grupos étnico-raciales en relación con experiencias de discriminación (Abdulhamed et al., 2022).

Considerando los últimos factores, existe evidencia de que la depresión, así como otros problemas psicológicos, pueden manifestarse de manera diferenciada según la identidad étnica (Berganza et al., 2002). Así, por ejemplo, en Estados Unidos de América se ha visto más prevalencia en población caucásica, pero la duración y la resistencia al tratamiento estuvo más presente en afroamericanos (Bailey et al., 2019). Por otro lado, en países como China, Tailandia, Marruecos y Emiratos Árabes Unidos existe una tendencia a manifestar la depresión mediante síntomas somáticos antes que afectivos (Villaseñor et al., 2006), y en Europa, se tiende a una mayor expresión de tristeza, sentimientos de vacío, trastornos del sueño y alteraciones cognitivas, aunque pueden variar según el país, ya que existe mayor predominio de ideación suicida en Francia (69.6 %), Italia (58.4 %) y España (55.7 %) que en Alemania (39 %); de hecho, se han encontrado diferencias en los síntomas iniciales de depresión, pues en Estados Unidos puede comenzar con estados de ánimo decaídos, mientras que, en Corea, las primeras manifestaciones son las

dificultades de concentración, culpa y sentimientos de inutilidad (Juhász et al., 2012). En cuanto a México y Perú, se ha encontrado mayor proporción de depresión en población indígena o en pobladores de la región andina (Antiporta et al., 2021; Franco-Díaz et al., 2017; Hernández-Vásquez et al., 2020). Incluso, en Bolivia, la población indígena (Quechua-Aymara) expresa su tristeza mediante una tendencia a la desmotivación, el descuido laboral y la aparición de ideas suicidas, dependiendo del motivo de sus penas (Hollweg, 2003).

Dentro de las razones de tales diferencias, se encuentran las características culturales, pues en algunos países es menos aceptada la expresión de las emociones y prefieren guardarlo para sí mismos; mientras que, en otros lugares, los sentimientos de culpa están asociados a creencias religiosas (Juhász et al., 2012; Villaseñor et al., 2006). Otra explicación es la visión que tienen sobre la depresión y los trastornos psicológicos; de ese modo, algunos grupos étnicos no buscan ayuda profesional, ya que los consideran problemas sociales o morales, y otros, los conceptualizan como una enfermedad que necesita ser tratada (Karasz, 2005).

Algunas posibles explicaciones del porqué la población indígena muestra mayor nivel de depresión, señalan que se debe a la disparidad en el acceso a servicios de salud, al estatus socioeconómico, al alto porcentaje de violencia doméstica, principalmente hacia la mujer indígena, así como el alcoholismo, las experiencias de discriminación, eventos adversos del pasado y la falta de acceso de profesionales cualificados a las comunidades por limitaciones lingüísticas (Abdulhamed et al., 2022; Cjuno et al., 2021; Contreras-Pulache et al., 2014; Kohn & Rodríguez, 2009; Lopera & Rojas, 2012; Paradies et al., 2015; Perreira & Telles, 2014). No obstante, otra explicación tentativa que llama la atención es la que asume al indígena como alguien con rasgos tristes o melancólicos en su personalidad, debido a que fue conquistado, lo cual se refleja en sus tradiciones y su música (Earle, 2008; Guillén et al., 2018).

En este contexto, Perú es uno de los países con mayor diversidad cultural (Ministerio de Cultura [MINCUL], 2014). Sin embargo, son escasos los antecedentes que hayan estudiado a la depresión según la identidad étnica. De hecho, las investigaciones más cercanas son aquellas que han encontrado una mayor prevalencia en población que vive en la región andina (Antiporta

et al., 2021; Hernández-Vásquez et al., 2020). Por lo tanto, resulta conveniente realizar estudios sobre la depresión teniendo en cuenta este factor, pues la cultura propia de los diferentes grupos étnico-raciales, puede modular las expresiones psicopatológicas en general, y de la depresión en particular (Berganza et al., 2002; Smith, 2005). Así mismo, debido a prejuicios e ideas racistas, los grupos minoritarios como afroperuanos y la población indígena suelen experimentar más discriminación, la cual está asociada a un mayor nivel de depresión (Abdulhamed et al., 2022; MINCUL, 2018; Paradies et al., 2015). En tal sentido, conocer la dinámica de los síntomas depresivos en cada grupo étnico-racial puede contribuir en su comprensión, de modo que los criterios diagnósticos y su tratamiento puedan estar más adaptados a cada cultura.

Método

Diseño del estudio

La investigación sigue un diseño comparativo y transversal, debido a que se pretende identificar las diferencias de la depresión entre seis grupos étnico-raciales, en tanto se analiza la relación entre variables de estudio en un solo momento (Ato et al., 2013).

Muestra

La base de datos contiene las respuestas de 34 403 participantes, quienes fueron elegidos siguiendo un muestreo aleatorio, bietápico y estratificado. Fue aleatorio porque cada unidad de estudio tuvo

Dicho lo anterior, el presente estudio se justifica por dos razones: primero, porque son escasos los antecedentes que hayan abordado la depresión según identidad étnica en Perú (Cjuno et al., 2021); y segundo, porque la metodología a utilizar (análisis de redes), permitiría comprender la interacción entre los síntomas de la depresión e identificar cuál de ellos es el más relevante con el propósito de enfocar la intervención sobre este (Contreras et al., 2019), teniendo en cuenta la identidad étnico-racial. Por lo tanto, hay un fin práctico que pueden aprovechar los profesionales de la salud como psicólogos o psiquiatras, principalmente aquellos que trabajan con grupos minoritarios.

En suma, la presente investigación tiene como objetivo examinar la dinámica de los síntomas depresivos en población peruana, según identidad étnica mediante análisis de redes.

la misma probabilidad de ser elegido; bietápico porque primero se eligieron los hogares y luego a los participantes; y estratificado puesto que se crearon conglomerados para cada departamento del Perú. Sin embargo, se eliminaron 1 769 datos correspondientes a casillas vacías en los ítems del *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9). Por lo tanto, el total de participantes fue de 32 634.

De dicho total, el 53.92 % eran mujeres y el 46.08 % eran varones con rango de edad de entre 15 y 97 años ($M = 40.11$, $DT = 16.85$). En la Tabla 1 se resumen los datos sociodemográficos de los participantes.

Tabla 1. Distribución de los participantes

Características	Grupos étnicos	<i>n</i>	%
Identidad étnica	Mestizo	13.803	42.30
	Quechua	9.894	30.32
	Afroperuano	3.273	10.03
	Blanco	1.874	5.74
	No sabe	1.663	5.10
	Aymara	1.155	3.54
	Otro	461	1.41
	Nativo amazónico	446	1.37
	Perteneciente a otro pueblo	65	0.20

Características	Grupos étnicos	<i>n</i>	%
Lengua materna	Castellano	24.473	74.99
	Quechua	6.844	20.97
	Aymara	851	2.61
	Otra lengua nativa	141	0.43
	Shipibo/konivo	107	0.33
	Ashaninka	73	0.22
	Shawi	43	0.13
	Awajun/aguaruna	40	0.12
	Portugués	37	0.11
	Achuar	12	0.04
	Otra	9	0.03
	Machiguenga	4	0.01
Nivel educativo	Secundaria	14.731	45.14
	Primaria	7.546	23.12
	Superior no universitaria	4.541	13.91
	Superior universitaria	4.147	12.71
	No respondió	1.264	3.87
	Posgrado	352	1.08
	Inicial	53	0.16

Procedimiento

Para el análisis de datos se extrajo la base de datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2020), la cual es de acceso público y se encuentra en la página web del INEI (<http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>). De todas las variables, se seleccionaron los datos sociodemográficos descritos previamente y los puntajes del PHQ-9. De las 34 403 respuestas, se eliminaron 1 769 debido a datos faltantes en los ítems del instrumento PHQ-9. Posteriormente, se realizó la evaluación estadística con el software R mediante análisis de redes.

Instrumentos

El *Patient Health Questionnaire 9* (PHQ-9) (Spitzer et al., 1999) es un instrumento de autorreporte con nueve ítems que miden la depresión en una escala de tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta. La validez y confiabilidad en población peruana se halló mediante

análisis factorial confirmatorio, cuyos resultados indicaron una estructura unidimensional ($CFI = .936$, $TLI = .914$, $RMSEA = .089$, $SRMR = .039$; $\omega = .87$) (Villarreal-Zegarra et al., 2019).

Análisis estadístico

Para el análisis se utilizó el software estadístico R y se implementó la técnica del análisis de redes mediante la librería *bootnet* (Epskamp, 2023) y *qgraph* (Epskamp et al., 2012). El análisis de redes consiste en examinar la intercorrelación que existe entre distintas variables, lo cual da lugar a un modelo gráfico constituido por nodos y aristas que representan a los síntomas depresivos y a su asociación, respectivamente (Fonseca-Pedrero, 2018). Para interpretar dicha red, se debe considerar que las aristas más gruesas implican mayor correlación entre nodos, y el color indica la dirección de tal relación; es decir, las aristas verdes significan correlación directa o

positiva, y las rojas, indirectas o negativas (Epskamp & Fried, 2018). Finalmente, el cálculo permite determinar cuál es el nodo (síntoma) más relevante en la red, cuya identificación tiene implicancias prácticas, ya que las intervenciones que se concentran en este implicarían una modificación de toda la red, logrando mayor efectividad y eficacia (Borsboom & Cramer, 2013).

El cálculo de las redes se ejecutó con correlaciones parciales no regularizadas con la función *ggmModSelect*, ya que esta configuración permite examinar nodos centrales controlando la relación entre variables (Epskamp & Fried, 2018); la matriz de correlación se calculó con coeficientes de Spearman debido a la naturaleza ordinal de las variables (Isvoranu & Epskamp, 2021). Para conocer la centralidad de los nodos, se utilizó el índice de centralidad *Strenght*, el cual es apropiado cuando las correlaciones entre nodos son positivas. La

estabilidad y la precisión de los pesos de las aristas se analizó mediante *Bootstrap* con el paquete *bootnet*. Por último, para comparar las redes, se construyeron redes para cada grupo étnico y se calcularon sus índices de centralidad. Cabe señalar que se excluyeron los datos de quienes refirieron no saber a qué grupo pertenecen y de aquellos que pertenecían a otros pueblos, pues no brinda información precisa sobre su identidad étnica.

Consideraciones éticas

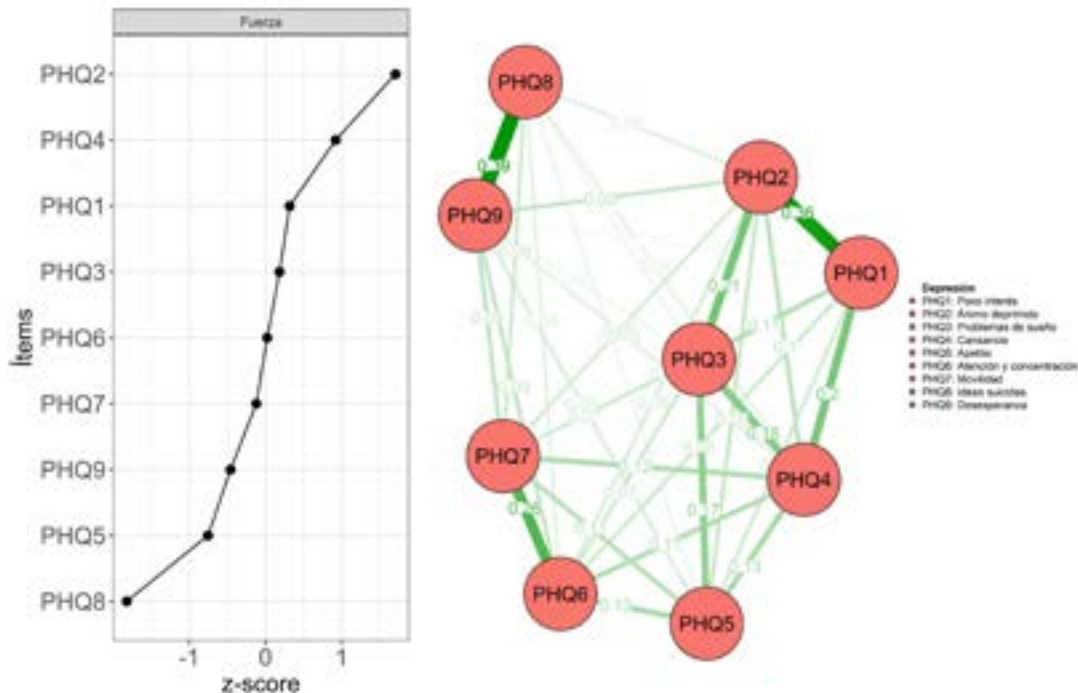
Al ser un análisis secundario de una base de datos pública, no fue necesaria la aprobación de un comité de ética. No obstante, en la ENDES sí se administran los permisos necesarios, así como el consentimiento y el asentimiento informado de los participantes, además, la base de datos no contiene información que permita identificar a los participantes, cumpliendo así con pautas éticas.

Resultados

Los resultados del análisis de redes de forma global se muestran en la Figura 1, en la cual existen nueve nodos, correspondientes a cada síntoma de depresión del PHQ-9. La conexión más fuerte (.39) se encontró entre *ideas suicidas* (PHQ8) y *sentimientos de inutilidad* (PHQ9). Por otro lado, el índice de centralidad señala

que el nodo PHQ2 correspondiente a *ánimo deprimido* y PHQ4 a *fatiga o poca energía*, son los más relevantes; mientras que, el menos central es el nodo PHQ8 de *ideas suicidas*. El cálculo de la densidad de red indicó que existen 35 de 36 conexiones diferentes de cero. Por lo tanto, hay una densidad de red del 97.22 %.

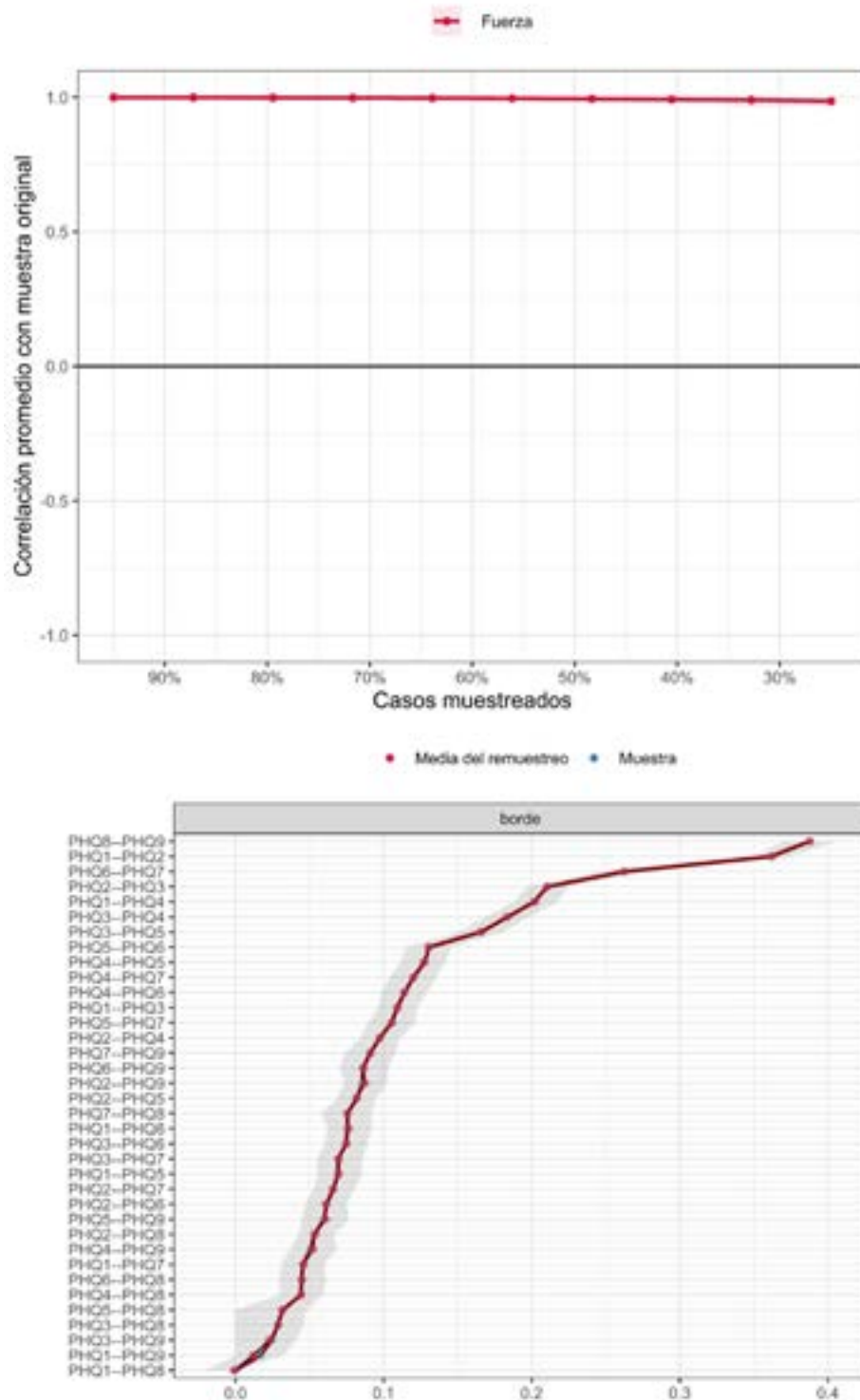
Figura 1. Red de los síntomas depresivos e índice de centralidad



Respecto a la estabilidad y precisión, la Figura 2 evidencia la robustez de la red, pues los intervalos de confianza son muy estrechos, tanto para la centralidad

como para las aristas, lo cual significa que la variación entre los remuestreos es muy baja; además, el coeficiente de correlación de la estabilidad es superior a .50 ($CS = .75$).

Figura 2. Estabilidad y precisión de la red



Comparación étnica

Con relación a la comparación según identidad étnica, los resultados expuestos en la Tabla 2 revelaron que hubo invarianza para todos los grupos. Sin embargo, no se evidenció invarianza en la conectividad entre ellos. Así mismo, la mayor y menor correlación

se halló entre las redes de quechuas y mestizos ($r_s = .90$), y Aymaras con blancos ($r_s = .49$), respectivamente. Por último, la densidad de red señaló un 69.4 %, 72.2 %, 91.6 %, 91.6 %, 69.4 %, 47.2 % para blancos, afroperuanos, mestizos, quechuas, aymaras y amazónicos, respectivamente.

Tabla 2. Invarianza de red por identidad étnica-racial

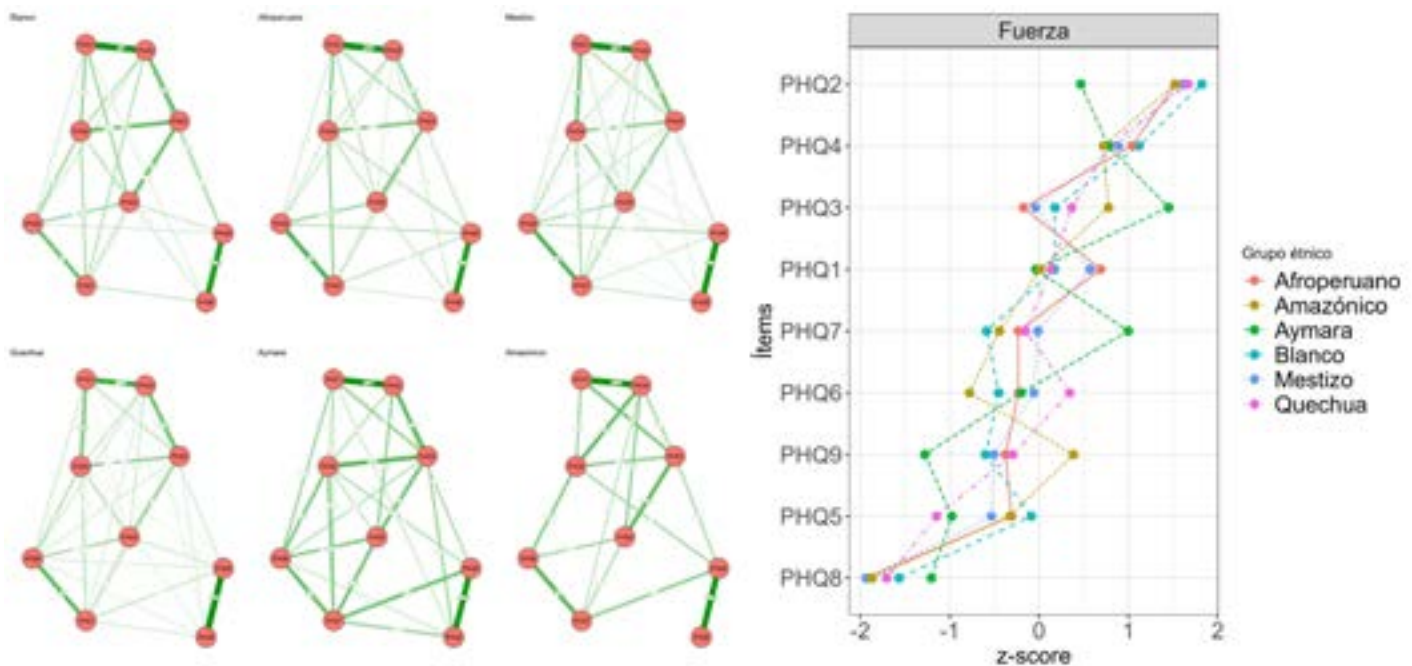
Grupos	M	<i>p</i>	S	<i>p</i>	<i>rs</i>
Blanco - Afroperuano	0.13	.40	0.07	.19	.65
Blanco - Mestizo	0.12	.13	0.06	.17	.79
Blanco - Quechua	0.10	.43	0.16	.00	.74
Blanco - Aymara	0.19	.15	0.21	.00	.49+
Blanco - Amazónico	0.20	.49	0.27	.07	.50+
Afroperuano - Mestizo	0.08	.48	0.01	.77	.80*
Afroperuano - Quechua	0.09	.31	0.09	.00	.71
Afroperuano - Aymara	0.13	.52	0.14	.02	.61
Afroperuano - Amazónico	0.16	.79	0.34	.01	.61
Mestizo - Quechua	0.06	.09	0.10	.00	.90*
Mestizo - Aymara	0.13	.29	0.15	.04	.70
Mestizo - Amazónico	0.16	.64	0.33	.02	.63
Quechua - Aymara	0.13	.21	0.05	.22	.79
Quechua - Amazónico	0.15	.76	0.43	.00	.67
Aymara - Amazónico	0.17	.90	0.05	.00	.71

Nota: * = correlaciones más altas, + = correlaciones más bajas, *rs* = correlación de Spearman, M = estadístico M para conocer la invarianza de la red general, S = estadístico S para conocer la invarianza de las interconexiones, *p* = p-valor (nivel de significancia .05).

En la Figura 3, se observa que en el grupo de personas identificadas como blancos, quechuas, mestizos, amazónicos y afroperuanos, el nodo PHQ2 (ánimo deprimido), tiene mayor centralidad. No obstante,

en quienes se identificaron como aymaras, destacan el PHQ3 (problemas del sueño), el cual se relaciona en mayor medida con PHQ4 (fatiga o pérdida de energía).

Figura 3. Redes e índices de centralidad según identidad étnica



Discusión

Este estudio es el primero en analizar la relación entre los síntomas de depresión del PHQ-9 y compararlos según la identidad étnica en población peruana, mediante análisis de redes. Esta técnica permite analizar la relación entre los nodos, controlando la asociación con las demás variables, con el propósito de examinar la interacción entre ellos (Epskamp & Fried, 2018).

Para ello, primero se creó un modelo general con el total de participantes. Los resultados indicaron que, de los nueve síntomas, las relaciones más fuertes se dieron entre PHQ8 (*ideas suicidas*) y PHQ9 (*desesperanza*), seguido de PHQ1 (*pérdida de interés*) y PHQ2 (*ánimo deprimido*). Por otro lado, los resultados también indican que los nodos centrales de la depresión son PHQ2 (*ánimo deprimido*) y PHQ4 (*cansancio*).

Ahora bien, una cuestión aún sin responder en el contexto peruano es si la sintomatología depresiva puede diferir según la identidad étnica, ya que aún no existe evidencia de ello. De hecho, los antecedentes han reportado que vivir en la región andina puede ser

un factor asociado a la depresión porque existe más disparidad en el acceso a servicios de salud, menor nivel socioeconómico, mayor cantidad de experiencias de discriminación y eventos adversos del pasado, así como la falta de acceso de profesionales por limitaciones lingüísticas (Antiporta et al., 2021; Hernández-Vásquez et al., 2020), pero no hay un análisis por identidad étnica. Este estudio plantea que sí puede ser un factor asociado, ya que los grupos minoritarios tienen mayor probabilidad de experimentar discriminación, lo que, a su vez, puede aumentar la severidad de la depresión (Abdulhamed et al., 2022; Paradies et al., 2015; Telles & Bailey, 2013). Además, estudios anteriores han señalado que factores inherentes a la identidad étnica, como su cosmovisión o sus costumbres, pueden influir en la manifestación de las psicopatologías como la depresión (Bailey et al., 2019; Berganza et al., 2002; Juhasz et al., 2012; Villaseñor et al., 2006).

En respuesta a lo anterior, el análisis señala que, si bien la manifestación de la depresión es la misma según

identidad étnica, los síntomas depresivos pueden diferir, ya que el ánimo deprimido es más central en blancos, quechuas, mestizos, amazónicos y afroperuanos, en tanto que, los problemas del sueño son más relevantes en población Aymara. Estos hallazgos coinciden con aquellos que señalan a la cultura como fuente de variación en la expresión de los trastornos psicológicos (Berganza et al., 2002; Villaseñor et al., 2006). De hecho, llama la atención ver que en la población Aymara se exprese la depresión mediante problemas del sueño, cuyo nodo está mayormente asociado al cansancio y la falta de energía, pues se ha visto que en este grupo étnico la depresión suele manifestarse principalmente mediante somatizaciones, sin embargo, la sintomatología podría variar según los motivos de sus penas; por ejemplo, la tristeza por desamor, se caracteriza por dolor en el pecho, sensación de falta de aire y descuidos laborales (Hollweg, 2003; Villaseñor et al., 2006).

Por otro lado, se encontró que el grupo autoidentificado como blanco, presentó el ánimo deprimido como síntoma central entre todos los demás grupos étnicos. Estos resultados coinciden con lo encontrado en Estados Unidos, en donde la población caucásica presentó más prevalencia de depresión; no obstante, la resistencia al tratamiento, así como la duración, fue menor en comparación con los afroamericanos (Bailey et al., 2019). Esto puede deberse a que, desde su perspectiva, la depresión es considerada una enfermedad que requiere atención profesional, lo cual los lleva a buscar tratamiento psicológico, a diferencia de quienes la conciben como el producto de un problema social o moral (Karasz, 2005). Incluso, en este estudio, los afroperuanos fueron uno de los grupos con menor centralidad en el ánimo deprimido, lo cual tendría sentido si se considera que a ellos se les caracteriza por ser alegres y festivos (Guillén et al., 2018). Otra explicación a tales resultados está en que los grupos étnicos que tienen menos experiencias de discriminación, tales como los blancos, no tienen la necesidad de desarrollar estrategias de afrontamiento a este estresor social, lo que los hace más propensos a presentar depresión a diferencia de otros grupos étnicos que están más expuestos a la discriminación, generando así mecanismos para lidiar con estos eventos (Smith, 2005).

Otro hallazgo interesante fue que la población quechua presenta, después de los blancos, la centralidad más grande en el ánimo deprimido y, además, las cargas de red son muy similares con las de los mestizos. No obstante, dado que existe evidencia de sus altos niveles de

depresión (Antiporta et al., 2021; Hernández-Vásquez et al., 2020), se podría hipotetizar que la cronicidad puede ser mayor en este grupo étnico (Bailey et al., 2019). De hecho, a ello se suman factores como la disparidad en el acceso a servicios de salud, el bajo nivel socioeconómico, el alto consumo de alcohol, la discriminación racial de la cual son víctimas, los eventos pasados adversos y la falta de atención a los problemas de salud física y mental, por limitaciones lingüísticas de los profesionales (Abdulhamed et al., 2022; Cjuno et al., 2021; Kohn & Rodríguez, 2009; Paradies et al., 2015; Perreira & Telles, 2014). Razones por lo cual, no es sorprendente que se los asocie con un estado de ánimo melancólico o triste (Earle, 2008; Guillén et al., 2018).

Por un lado, llama la atención que el grupo de nativos amazónicos presente la menor densidad de red, es decir, los síntomas depresivos se interrelacionan menos a diferencia de los otros grupos; no obstante, el estado de ánimo deprimido sigue siendo el principal. Una explicación tentativa puede ser que viven en una situación similar a otros grupos de indígenas, ya que están expuestos a factores estresores que afectan su salud mental, tales como la pobreza o la disparidad en el acceso a servicios básicos de salud (Contreras-Pulache et al., 2014). De igual manera, es importante rescatar el rol de la cultura y la cosmovisión de este grupo étnico, ya que podrían influir en la aparición, y, por lo tanto, en la manifestación de trastornos psicológicos como por ejemplo la creencia en demonios, la pérdida del alma o del ánimo, los cuales estarían vinculados a mayor malestar psicológico y a no recurrir a profesionales de la salud por considerarlos problemas de índole sobrenatural (Karasz, 2005; Lopera & Rojas, 2012). En tal sentido, es imperativo que el personal cualificado no solamente se forme en modelos psicoterapéuticos de intervención, sino también en el manejo de un idioma originario y el conocimiento ancestral de la cultura de cada pueblo.

Estos resultados son los primeros en dar evidencia de los principales síntomas depresivos en población peruana, según la identidad étnica y tienen implicancias prácticas. En particular, conocer que los síntomas depresivos con mayor relevancia clínica sean el ánimo depresivo en ciertos grupos y la pérdida de interés o los problemas de sueño en otros, nos lleva a prestarles mayor atención en el tratamiento de este trastorno, cuando se pretende intervenir psicológicamente en pacientes pertenecientes a determinados grupos étnicos. Lo anterior es útil, principalmente, para los profesionales de la salud mental, ya que pueden plantear planes de

intervención basados en estos hallazgos. No obstante, es importante recalcar la importancia de los factores culturales propios de cada grupo étnico en el diagnóstico y tratamiento (Berganza et al., 2002).

Entre las fortalezas de esta investigación, se puede mencionar que la muestra es representativa a nivel de Perú, por lo cual presentaría un mayor nivel de generalización de los hallazgos. Por otro lado, es el primer estudio que examina la relación entre los síntomas de la depresión mediante análisis de redes según identidad étnica en el Perú, lo cual lo convierte en un antecedente importante en la toma de decisiones en el tratamiento de este trastorno, ya que existe gran diversidad cultural en el país (MINCUL, 2014).

No obstante, el estudio también presenta limitaciones. Entre ellas, destaca el hecho de que, si bien hubo una cantidad adecuada de participantes para realizar las comparaciones entre los grupos étnicos, estos no han sido proporcionales. Hay mucha más cantidad de participantes identificados como mestizos y quechuas, lo cual podría afectar las comparaciones realizadas. Además, se trata de un estudio transversal, por lo tanto, no se ha analizado la estabilidad temporal de las redes ni su dinámica a lo largo del tiempo, lo cual toma relevancia cuando se tiene en cuenta que los grupos minoritarios como afroperuanos, quechuas, aymaras o comunidades nativas de la Amazonía, podrían presentar mayor cronicidad en las psicopatologías (Bailey et al., 2019). Otra limitación recae en que la autoidentidad es subjetiva, por lo tanto, futuros estudios podrían considerar no solamente la autoidentidad étnica, sino la lengua materna, que es un indicador más objetivo.

Entre otras limitaciones, se encuentran el hecho de que se desconoce cómo se recolectaron los datos

en aquellos grupos étnicos que tienen su propia lengua y que no necesariamente hablan español; esta brecha idiomática puede haber incidido en los resultados. Del mismo modo, se desconocen estudios de validación del instrumento en los distintos grupos culturales. En tal sentido, sería oportuno el análisis de las propiedades psicométricas del instrumento en cuestión para cada grupo étnico. Así mismo, es recomendable que futuros estudios realicen comparaciones de acuerdo con el sexo, debido a que la depresión es más prevalente en mujeres, pero la literatura científica que considera a la población femenina de distintos grupos étnicos, es escasa.

Sin embargo, los hallazgos muestran datos valiosos que pueden ser implementados para una intervención de la depresión más personalizada en población peruana, considerando su origen étnico y su cultura.

En conclusión, esta investigación examinó la dinámica entre los síntomas depresivos según identidad étnica, cuyos resultados indicaron que los síntomas clínicamente relevantes en todos los grupos étnicos son el ánimo deprimido en blancos, quechuas, mestizos, afroperuanos y amazónicos, mientras que en aymaras, fueron los problemas del sueño. Es decir, estos nodos son los que presentan mayor interconexión con los otros y, por lo tanto, si se modifican, podrían cambiar los demás. De la misma manera, es importante recalcar que, en el diagnóstico, evaluación y tratamiento de la depresión, así como en el de otras psicopatologías, se deben tener en cuenta factores culturales para que haya una mayor efectividad en pro del bienestar psicológico de la población, en especial, de aquellos grupos minoritarios, pues ellos son los más expuestos a situaciones estresantes que pueden agravar su bienestar psicológico.

Referencias

- Abdulhamed, R., Lonka, K., Hietajärvi, L., Ikonen, R., & Klemetti, R. (2022). Anxiety and depression symptoms and their association with discrimination and a lack of social support among first- and second- generation immigrant adolescents. *International Journal of Intercultural Relations*, 87, 193-205. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2022.03.001>
- Antiporta, D. A., Cutipé, Y. L., Mendoza, M., Celentano, D. D., Stuart, E. A., & Bruni, A. (2021). Depressive symptoms among Peruvian adult residents amidst a National Lockdown during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 21(1), 111. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03107-3>
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Bailey, R., Mokonogho, J., & Kumar, A. (2019). Racial and ethnic differences in depression: Current perspectives. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 603-609. <https://doi.org/10.2147/NDT.S128584>
- Basta, M., Micheli, K., Koutra, K., Fountoulaki, M., Dafermos, V., Drakaki, M., Faloutsos, K., Soumaki, E., Anagnostopoulos, D., Papadakis, N., & Vgontzas, A. N. (2022). Depression and anxiety symptoms in adolescents and young adults in Greece: Prevalence and associated factors. *Journal of Affective Disorders Reports*, 8, Article 100334. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2022.100334>
- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165(8), 969-977. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721>
- Berganza, C. E., Mezzich, J. E., & Jorge, M. R. (2002). Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis (GLDP). *Psychopathology*, 35(2-3), 185-190. <https://doi.org/10.1159/000065143>
- Borsboom, D., & Cramer, A. O. J. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 91-121. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608>
- Cjuno, J., Figueroa-Quñones, J., Marca-Dueñas, G. G., & Carranza-Esteban, R. F. (2021). Producción científica sobre depresión en poblaciones quechua hablantes: una revisión narrativa. *Terapia Psicológica*, 39(2), 163-174. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082021000200163>
- Contreras, A., Nieto, I., Valiente, C., Espinosa, R., & Vázquez, C. (2019). The study of psychopathology from the network analysis perspective: A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88(2), 71-83. <https://doi.org/10.1159/000497425>
- Contreras-Pulache, H., Pérez-Campos, P., Huapaya-Huertas, O., Chacón-Torrco, H., Champin-Mimbela, D., Freyre-Adrianzén, L., Arévalo-León, C., Torres-Llaque, S., & Black-Tam, C. (2014). La salud en las comunidades nativas amazónicas del Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, 18(1), 1-5. <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203131355012.pdf>
- Earle, R. (2008). Algunos pensamientos sobre “El indio borracho” en el imaginario criollo. *Revista de Estudios Sociales*, 29, 18-27. <https://journals.openedition.org/revestudsoc/pdf/18383>
- Epskamp, S. (2023). *Bootnet: Bootstrap methods for various network estimation routines*. Bootnet citation info. <https://cran.r-project.org/package=bootnet>
- Epskamp, S., Cramer, A. O. J., Waldorp, L. J., Schmittmann, V. D., & Borsboom, D. (2012). qgraph: Network visualizations of relationships in psychometric data. *Journal of Statistical Software*, 48(4), 1-18. <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i04>
- Epskamp, S., & Fried, E. I. (2018). A tutorial on regularized partial correlation networks. *Psychological Methods*, 23(4), 617-634. <https://doi.org/10.1037/met0000167>

- Franco-Díaz, K. L., Fernández-Niño, J. A., & Astudillo-García, C. I. (2017). Prevalencia de síntomas depresivos e invarianza factorial de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) en población indígena mexicana. *Biomédica. Revista del Instituto Nacional de Salud*, 38(1), 127-140. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3681>
- Fonseca-Pedrero, E. (2018). Análisis de redes en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 39(1), 1-12. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2852>
- Gałęcki, P., Samochowiec, J., Mikułowska, M., & Szulc, A. (2022). Treatment-resistant depression in Poland—Epidemiology and treatment. *Journal of Clinical Medicine*, 11(3), 1-16. <https://doi.org/10.3390/jcm11030480>
- Geraei, E., Shakibaei, F., & Mazaheri, E. (2018). Depression: Detecting the historical roots of research on depression prevention with reference publication year spectroscopy. *International Journal of Preventive Medicine*, 9(1), 53. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6028989/pdf/IJPVM-9-53.pdf>
- García, P., & Pintor, L. (2021). Análisis de las relaciones entre depresión y enfermedad cardiovascular: una revisión de la literatura. *Psicosomática y Psiquiatría*, 17, 56-67. <https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1705>
- Guillén, H., Cueto, R. M., & Olano, G. (2018). Bases psicosociales del prejuicio étnico en el Perú: el caso de las categorías afroperuanos, peruanos andinos y peruanos blancos. *Summa Psicológica UST*, 15(2), 123-133. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7009164.pdf>
- Hernández-Vásquez, A., Vargas-Fernández, R., Bendezu-Quispe, G., & Grendas, L. N. (2020). Depression in the Peruvian population and its associated factors: Analysis of a national health survey. *Journal of Affective Disorders*, 273, 291-297. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.100>
- Hollweg, M. G. (2003). Trastornos afectivos en las culturas bolivianas. Un enfoque etnopsiquiátrico transcultural. *Investigación en Salud*, 5(1), 1-14. <https://www.redalyc.org/pdf/142/14200106.pdf>
- Isvoranu, A.-M., & Epskamp, S. (2021). Which estimation method to choose in network psychometrics? Deriving Guidelines for applied researchers [Preprint]. PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/mbycn>
- Juhasz, G., Eszlari, N., Pap, D., & Gonda, X. (2012). Cultural differences in the development and characteristics of depression. *Neuropsychopharmacologia Hungarica: A Magyar Pszichofarmakologiai Egyesület Lapja = Official Journal of the Hungarian Association of Psychopharmacology*, 14(4), 259-265. http://epa.niif.hu/02400/02454/00048/pdf/EPA02454_neurohun_2012_259-265.pdf
- Karasz, A. (2005). Cultural differences in conceptual models of depression. *Social Science & Medicine*, 60(7), 1625-1635. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.08.011>
- Kohn, R., & Rodríguez, J. (2009). La salud mental de las poblaciones indígenas. En J. Rodríguez, R. Kohn & S. Aguilar-Garxiola (Eds.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (Publicación Científica y Técnica No. 632, pp. 223-233). Organización Panamericana de la Salud.
- Korchia, T., Faugere, M., Suc, N., Garosi, A., Andrieu-Haller, C., Breyton, M., Godin, O., Aouizerate, B., Arbus, C., Bennabi, D., Bellivier, F., Bougerol, T., Camus, V., Courtet, P., Doumy, O., El-Hage, W., Genty, J.-B., Haffen, E., Holtzmann, J., ... Fond, G. (2022). Recommendations of the treatment-resistant depression expert center network for promoting tobacco smoking cessation based on the results from the real-world FACE-TRD national cohort. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 114, Article 110479. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2021.110479>
- Lopera, J. S., & Rojas, S. (2012). Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública. *Medicina UPB*, 31(1), 42-52. <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159024332007.pdf>
- Ministerio de Cultura. (2014). *La diversidad cultural en el Perú*. Ministerio de Cultura.

- Ministerio de Cultura. (2018). *I Encuesta Nacional Percepciones y actitudes sobre diversidad cultural y discriminación étnico-racial*. Principales resultados. Centro de Recursos Interculturales. <https://centroderecursos.cultura.pe/es/registrobibliografico/i-encuesta-nacional-percepciones-y-actitudes-sobre-diversidad-cultural-y>
- Ministerio de Salud. (2021, 2 de octubre). *Ministerio de Salud atendió 813 426 casos de salud mental entre enero y agosto de 2021*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/542324-ministerio-de-salud-atendio-813-426-casos-de-salud-mental-entre-enero-y-agosto-de-2021>
- Ministerio de Salud. (2022, 13 de enero). *Minsa: más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de-300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021>
- Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., Gupta, A., Kelahe, M., & Gee, G. (2015). Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 10(9), Artículo e0138511. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>
- Perreira, K. M., & Telles, E. E. (2014). The color of health: Skin color, ethnoracial classification, and discrimination in the health of Latin Americans. *Social Science & Medicine*, 116, 241-250. <https://doi.org/10.1016/j.socsci-med.2014.05.054>
- Raman, S., Hyland, P., & Coogan, A. N. (2022). Temporal associations between insomnia and depression symptoms in adults during the COVID-19 pandemic: A cross-lagged path modelling analysis. *Psychiatry Research*, 312, Article 114533. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114533>
- Smith, V. (2005). Discriminación percibida y autoestima en jóvenes de grupos minoritarios y mayoritarios en Costa Rica. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 39(1), 93-106. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28439110>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J., & Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD The PHQ primary care study. *JAMA*, 282(18), Article 1737. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Stathopoulou, T., Avrami, L., Mouriki, A., Cavounidis, J., & Kostaki, A. (2018). Self-reported depression among migrant and native populations in Greece in times of crisis. *European Journal of Public Health*, 28(5), 32-37. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky205>
- Telles, E., & Bailey, S. (2013). Understanding Latin American beliefs about racial inequality. *American Journal of Sociology*, 118(6), 1559-1595. <https://doi.org/10.1086/670268>
- Villarreal-Zegarra, D., Copez-Lonzoy, A., Bernabé-Ortiz, A., Melendez-Torres, G. J., & Bazo-Alvarez, J. C. (2019). Valid group comparisons can be made with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): A measurement invariance study across groups by demographic characteristics. *PLOS ONE*, 14(9), Article e0221717. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221717>
- Villaseñor, S., Rojas, M. C., Albarrán, A. J., & Gonzáles, A. G. (2006). Un enfoque transcultural de la depresión. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 69(1-4), 43-50. <https://www.redalyc.org/pdf/3720/372039389004.pdf>
- Vyas, C. M., Reynolds, C. F., Donneyong, M., Mischoulon, D., Chang, G., Cook, N. R., Manson, J. E., & Okereke, O. I. (2021). Geographic Region, racial/ethnic disparities, and late-life depression: Results From a large US cohort of older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(6), 703-716. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.11.010>
- Zhang, S. X., Miller, S. O., Xu, W., Yin, A., Chen, B. Z., Delios, A., Dong, R. K., Chen, R. Z., McIntyre, R. S., Wan, X., Wang, S., & Chen, J. (2022). Meta-analytic evidence of depression and anxiety in Eastern Europe during the COVID-19 pandemic. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(1), Article 2000132. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2000132>