

**Estudios ecuatorianos:
un aporte a la discusión
Tomo II**

William F. Waters y Michael T. Hamerly
Compiladores

Estudios ecuatorianos: un aporte a la discusión

Tomo II

Ponencias escogidas del III Encuentro
de la Sección de Estudios Ecuatorianos LASA
Quito 2006

FLACSO - Biblioteca



986.6
E 150
V. 2
p. 3

REG. 00020308
CUT. 12442
BIBLIOTECA - FLACSO

BIBLIOTECA - FLACSO - E C
Fecha: 07-III-2008
Compra:
Proveedor:
Ganjo:
Origen: Flaco - Ecuador

© De la presente edición:

FLACSO, Sede Ecuador
La Pradera E7-174 y Diego de Almagro
Quito - Ecuador
Telf.: (593-2-) 323 8888
Fax: (593-2) 3237960
www.flacso.org.ec

Ediciones Abya Yala
Av. 12 de Octubre 14-30 y Wilson
Casilla 17-12-719
Quito - Ecuador
Telf. (593) 2 2506247 y 2506251
Fax: (593) 2 2506267 y 2506255
www.abayala.org
editorial@abayala.org

ISBN:
Cuidado de la edición: Paulina Torres
Diseño de portada e interiores: Antonio Mena
Imprenta:
Quito, Ecuador, 2007
1ª. edición: octubre, 2007

Índice

Presentación	7
Introducción	9
<i>William F. Waters y Michael T. Hamerly</i>	
Procesos: revista ecuatoriana de historia: 15 años y 21 números	15
<i>Michael T. Hamerly</i>	
Las fuentes grabadas de la pintura quiteña colonial	25
<i>Ángel Justo Estebaranz</i>	
Relaciones diplomáticas entre el Ecuador y Francia en el siglo XIX: ¿el proyecto de un protectorado francés para el Ecuador?	39
<i>Michèle Olsina</i>	
Más allá del folklore: la yumbada de Cotacollao como vitrina para los discursos de la identidad, de la intervención estatal, y del poder local en los Andes urbanos ecuatorianos	55
<i>Kathleen S. Fine-Dare</i>	
Celebrando el pasado del futuro: la negociación de la identidad indígena en Lumbisí, Ecuador	73
<i>Julie L. Williams</i>	
Bipolaridad cultural y desarrollo en el Ecuador	87
<i>Luis Augusto Panchi</i>	

Género y educación intercultural bilingüe shuar: un avance de investigación	111
<i>Carmen Martínez Novo</i>	
Salud mental: depresión en el indígena de la sierra rural andina como un problema social y de salud pública	125
<i>Carlos Andrés Gallegos y Gabriela Jara</i>	
Concepciones de la salud en la cultura kichwa de la sierra ecuatoriana	147
<i>Jos Demon</i>	
Sobre los autores	181

Salud mental: Depresión en el indígena de la sierra rural andina como un problema social y de salud pública

Carlos Andrés Gallegos Riofrío*

Gabriela Jara Argudo**

Introducción

Existe una desvinculación entre salud y salud mental, y este suceso, especialmente presente en la perspectiva de occidente, es más agudo en los países en vías de desarrollo, sobre todo en sus zonas rurales. Esta relación dis-asociada de la salud, se expande a los servicios sanitarios y sociales, lo que causa, no sólo que no existan planes claros, presupuestos, planificación de políticas y desarrollo de servicios frente a las psicopatologías, sino que contribuye a que la población en general no perciba las cuestiones relacionadas a la salud mental como un problema social.

En principio, la propuesta fue tratar de explicar por qué las personas del sector rural no recurren al psicólogo o a servicios de asistencia sanitaria para asuntos relacionados con la salud mental, y por qué no se han implementado propuestas y proyectos en torno al tema. Así, la pregunta se concentraba en barreras que, activamente y pasivamente, generan una brecha entre individuos y asistencia en salud mental, y el análisis de estas barreras comprendía dos factores: económicos y psicosociales.

Las barreras psicosociales incluyen conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) y resistencias; considerando el estigma social que recae en la idea de que recibir ayuda psicológica se asocia con locura, de tal manera, la enfermedad psicológica puede ser vista como algo terrible, vergonzoso,

*/** Universidad San Francisco de Quito.

de brujos, etc. Además, como la mayoría de enfermedades de carácter mental no son evidentes, no se las trata y entiende como algo real; enfermedad mental no entendida como enfermedad por no ser simplemente visible.

En esta línea, argumentalmente se toma en cuenta algunos estudios sociológicos como los de Durkheim (1897), sobre el suicidio, que destacan que hay elementos sociales en el acto individual; por ello, consideramos que salud mental no es un problema exclusivo del individuo, sino que es un problema psicosocial, y es por ello que usamos esta dimensión. Este tema también se relaciona con lo que en sociología se conoce como el *suicidio anómico*, entendido como la descomposición del orden colectivo, siendo este un fenómeno social.

Por otro lado, la segunda dimensión comprende el factor económico, en donde se considera el acceso a servicios, específicamente existencia y disponibilidad (real y percibida), también consideramos distancia, logística, canales de información y costos. Además en el caso de que exista, nos preguntamos si es el adecuado. Esto básicamente puede ser entendido como: ¿Existe asistencia de algún tipo en salud mental en el sector rural? ¿La gente del sector rural sabe que existe este tipo de asistencia y para qué sirve?

En el proceso de la investigación, la propuesta toma matices y se convierte en: ¿Qué es lo que sucede en el pueblo indígena con respecto al tema de salud mental y qué factores configuran su psiquis? Este tema, especialmente profundo, exige la participación de un grupo muy capacitado y multidisciplinario. Además, siendo complejamente amplio, es importante focalizar el trabajo alrededor de la depresión en medio de los fenómenos globales actuales y la ancestral cosmovisión andina.

Las preguntas resultantes son:

- ¿La depresión en el indígena de la sierra andina es diferente o se manifiesta de distinta manera?
- La gente del sector rural experimenta barreras psico-sociales y económicas; ¿Cuáles, en qué forma y en qué medida?

Los objetivos de la investigación buscan dar importancia a un sector socialmente marginado, con miras hacia el enriquecimiento humano y a entender el tema a fin de canalizar esfuerzos, políticas y otras acciones de forma coherente a la realidad, fortaleciendo las identidades, al desarrollo y la valoración de los diferentes grupos humanos.

Justificación

Investigar el tema de salud mental del indígena rural de la sierra andina se sustenta en dos fenómenos: la transición demográfica y el traslape. El DALY o AVISA (Años de Vida Saludables Perdidos) entra como herramienta de investigación. Dentro del análisis, observamos que la salud mental tiene consecuencias directas sobre la productividad de la persona, por ejemplo, la provincia de Chimborazo con un 18.5% del total de la población indígena rural (INEC, VI Censo de Población), la mayor concentración de la sierra andina, es la más pobre del país. A pesar de ser la provincia con mayor inversión en proyectos de desarrollo por parte de organismos no gubernamentales y una de las que más recibe inversión pública como el bono de desarrollo humano, su realidad no ha cambiado. Consideramos que un factor más profundo como la salud mental se encuentra inmerso en el estancamiento de la productividad y mejoramiento de la calidad de vida. La depresión es una de las enfermedades más discapacitantes en el ser humano y puede ser la principal barrera para el crecimiento económico y al éxito de políticas públicas, como de educación, encaminadas al desarrollo.

El Ecuador vive una transición demográfica que se ha marcado desde la segunda mitad del siglo XX hasta la actualidad. Según estimaciones de la población, la mortalidad general ha disminuido de 14.6 en 1965 a un 5.8 en el año de 2005, al mismo tiempo la natalidad ha disminuido de un 44.1 en 1965 (5 144.208 habitantes) a un 23.2 en el año 2005 (13 798.126 habitantes) (Lozada 1999: 109). También, la esperanza de vida en las provincias de Chimborazo, Cotopaxi y Pichincha ha incrementado en un 39.75 %, a 69.82 años promedio desde 1965 hasta 1995 (Lozada 1999: 111). Como resultado, el crecimiento de la población es visible y

por consiguiente, existe un mayor número de personas con la posibilidad de sufrir en algún momento de su vida alguna enfermedad mental como la depresión.

También, en el Ecuador se evidencia un traslape en donde las enfermedades tradicionales como las infecciosas y parasitarias se han combinado con las enfermedades modernas como la hipertensión y diabetes, por lo que no resultaría osado el suponer también la presencia de la depresión como resultado de este traslape.

A nivel mundial, 450 millones de personas sufren de algún trastorno mental y 121 millones de éstas sufren depresión. Además, para el año 2020 se estima que la morbilidad incrementará en 15% debido a trastornos mentales (OMS 2002). Según el DALY (Disability Adjusted Life Year) o AVISA (Años de vida saludables perdidos) en Ecuador, las enfermedades neuropsiquiátricas son consideradas como enfermedades emergentes siendo una de las diez principales enfermedades de pérdida de AVISA con un peso de 6.3% (Lozada 1999: 50).

La depresión, una de las principales enfermedades neuropsiquiátricas, tiene un AVISA de 12.555 (Lozada 1999: 52). Sin embargo, debemos considerar que durante 8 años desde el último cálculo del DALY o AVISA en 1999 (Lozada 1999: 48) en el Ecuador, el sector rural de la sierra andina ha sufrido las consecuencias directas y colaterales de flujos económicos caracterizados por la crisis y la inestabilidad, lo que ha provocado, por citar algunos efectos, desempleo, migración y emigración, desintegración de la familia e incremento en el consumo de alcohol, para el caso de numerosas comunidades. A la ola de permutaciones, se suma el avance tecnológico, los cambios ambientales, el fortalecimiento en el escenario político del sector indígena, la introducción de nuevas tendencias ideológicas, religiosas y políticas, entre otras. Por lo tanto, es muy probable que el peso total de la depresión en términos de AVISA para el sector rural de la sierra haya sufrido incrementos considerables.

El suicidio, una de las posibles consecuencias de la presencia de la depresión en el sentido clínico, tiene una tendencia creciente en el Ecuador (Lozada 1999: 58). Las provincias de Chimborazo, Bolívar, Cotopaxi y Pichincha donde se encuentra el 44.9% de la población indígena total (INEC, VI Censo de Población), tienen las tasas más altas de

suicidio de todo el país, con un promedio de 6.4% por cada 100.000 habitantes (Lozada 1999: 78). Así, estas cifras demuestran en parte el impacto de las transiciones que la población indígena vive. Mas a esto se debe sumar una deficiente y al punto ignorada atención en lo que respecta a salud mental.

En Ecuador, la provincia de Chimborazo tiene la expectativa de vida más baja en comparación con el resto de provincias (Lozada 1999: 111) lo que demuestra la poca inversión en salud pública. Esta realidad explica también la poca atención, a todo nivel, que reciben los problemas de salud mental, tales como la depresión. Saliendo de este ejemplo puntual, el estudio mostró que desde las direcciones provinciales de salud indígena de Quito y Chimborazo, pasando por médicos especialistas que trabajan en el sector rural hasta los promotores en salud de las comunidades estudiadas, subestiman los efectos que produce la desatención de la salud mental e ignoran sustancialmente los temas relacionados a la depresión y sus efectos en términos de salud, estilo de vida, desarrollo de los grupos humanos y productividad.

En los países en desarrollo, muchos de los esfuerzos internacionales y locales se deben canalizar hacia el sector rural, por ser un sector altamente marginal, desprovisto de varias garantías humanas, como lo son salud y educación. Este estudio es parte de los esfuerzos locales para dar paso a políticas y proyectos en temas de salud mental. Se debe enfatizar que toda acción sobre el sector rural indígena debe tomar en cuenta su cosmovisión, pues de no ser así, toda intromisión médica podría ser considerada como una violación a su cultura sanitaria, causar rechazo y terminar en métodos y terapias tan inapropiadas como ineficaces.

Esta investigación que es principalmente de carácter científico, pretende contribuir como una herramienta para el entendimiento y la consecuente aplicación de políticas de salud pública, enfocadas particularmente a dar una mejor atención, control y tratamiento a todo lo referente a la salud mental del indígena rural de la sierra andina con el fin de mejorar su calidad de vida y brindar resultados fehacientes y concretos que puedan ser enfocados hacia el desarrollo.

Cuerpo teórico

Cosmovisión andina desde la óptica de Amauta Yachac

En esta parte pretendemos poner de manifiesto la existencia de elementos culturales del pasado que persisten actualmente e influyen en el comportamiento del grupo indígena, como es el valor tierra, conceptos, estructuras lingüísticas y canales cognitivos que son parte de su psicología. Para el caso ecuatoriano, los indígenas se manifiestan y se autodefinen como tales, esto se muestra en un amplio espectro de factores como la política. La base de estos factores es la construcción de su cosmovisión que constituye un pilar de sus manifestaciones y de su autodefinición. Desde el enfoque psicosocial, es un hecho tangible y perceptible que las reconstrucciones en base a abstracciones del pasado influyen sobre el comportamiento, la forma en la que se define su identidad y se reconstruye su cultura. De esta manera, el hecho fundamental no es si es real o no, sino que es parte de su psicología y tiene impacto en su vida y a nivel macro en el resto de la sociedad.

La cosmovisión ancestral o su tradicional y reconstruida filosofía para entenderse y relacionarse con el mundo que les rodea, según Jaime Pilatuña, Amauta Yachac de la Universidad Indígena Amauta Wasi, tiene mucha relación con la *Pacha Mama* o Tierra, no limitada al ámbito solamente físico sino que se extiende a una concepción más amplia como la “Madre Naturaleza, Madre Tierra, Madre Cosmos, todo lo que esta a mi alrededor”. Esta estrecha relación con la *Pacha Mama* se expresaba en las fiestas o rituales.

En la fiesta se manifiesta el Randy – Randy (tu me das, yo te doy), es un tributo al fruto de la tierra, es un principio que luego se ve reflejado en la forma en la que se desarrolla el trabajo agrícola. En la fiesta se expresa el simbolismo profundo, siendo el lenguaje de lo sagrado el rito y el mito, en un encuentro que difiere de lo profano, lo cotidiano, es en ella en donde se conjuga la armonía del cosmos, la unión de la naturaleza con el cuerpo y el alma del grupo. Al mismo tiempo, la fiesta genera cohesión, es un espacio en donde se estrecha la relación social y en donde se fortalece la visión de colectividad dentro de la comunidad.

Por otro lado, quien hace la fiesta gana estatus, reconocimiento y es su forma de “curarse en sano”; esto se explica desde el punto de vista que la comunidad trabaja para elevar el autoestima del “prioste” o el gestor de la fiesta, y a su vez es una forma de escudo frente a la enfermedad. También se entiende a la fiesta como *hambi* que significa equilibrar y esta situación es coherente con los conceptos contemporáneos de homeostasis, ya que la salud es equilibrio. Así, la fiesta es en esencia la fuente que canaliza el equilibrio de la comunidad y por tanto el principio de la salud del colectivo.

La *Allpa Pacha* o tierra cultivable es de vital importancia en la interrelación de individuo – comunidad, mientras que, la *Pacha Mama* o Tierra (con mayúscula) es la relación de la psicología colectiva con el mundo que le rodea. Esta es la Tierra entendida como un organismo viviente y espiritual que es matriz de la existencia humana. Esta conjugación de tierra y Tierra integra al individuo a la comunidad, lo hace parte de un organismo funcional que difiere del individuo urbano que es un organismo funcional para sí mismo. Por ejemplo, la minga es una forma de participación de los agentes individuales dentro de la comunidad por medio de la actividad con la tierra.

Las distintas etapas de la vida son llamados *alli*; el *alli* de la niñez, juventud, ancianidad, de los estados petrificados. Alcanzar cada *alli* representa subir un escalón espiritual. El *alli pacha* es estar en plenitud completa con la Tierra, mente, espíritu, cuerpo y a nivel comunitario. En este contexto, el hacer la fiesta es acrecentar el espíritu, es subir un peldaño más al *alli pacha*. Cuando se llega al *alli pacha* ya no hay el “susto” o la enfermedad.

“La suerte de nuestros ancestros dependía de lo que los demás pensarán de ellos. Sus posibilidades de supervivencia aumentaban al estar protegidos por el grupo... como herederos suyos seguimos necesitando pertenecer, por ello sufrimos al tener una baja autoestima cuando enfrentamos situaciones como la exclusión racial.”

(Mark Leary. *et al.* 1995)

En la *Pacha Mama* no sólo interactúan los vivos, sino también los muertos... “Para nosotros los muertos no están muertos, los muertos están vivos, y ellos son los que nos crían a nosotros”. De tal manera que los muertos o ancestros trabajan el doble y preparan la existencia del mundo de los vivos, las plantas y animales. Los muertos crían al mundo de los vivos, la comunidad cría al individuo. Consideramos que a la palabra “criar” es de vital importancia. “Criar” es formar. En la *Pacha Mama*, el criar genera una interrelación existencial generándose una dependencia entre individuo – comunidad, mundo de los vivos – mundo de muertos.

Como el mundo de los vivos y el de los muertos interactúan, la muerte del ser humano se entiende como parte del proceso del continuo devenir, por ello, ellos dicen que no aprenden, sino que recuerdan, y por ello la aserción verbal típica de la sierra de “hazme de mostrar”, es decir, déjame hacer para recordar como lo hacía en mi otra vida.

El *rurai*, que es hacer, tiene relación con factores fisiológicos como la segregación de endorfinas, puesto que el trabajo en el medio rural es intensivo, el trabajo te mantiene ocupado el cuerpo y el *yuyai* (pensamiento), mientras estás haciendo, no cabe la tristeza. Además, en el campo la sensación de soledad es más complicada, no es fácil sentirse solo porque están y se consideran parte del entorno social de las montañas y los animales, y la reunión social es una constante de la forma de organización humana.

Dentro de cada comunidad, el papel del *yachac* o sanador cumple una misión importante como puente con lo Divino para curar. El *yachac* solamente puede llegar a serlo si llega a la plenitud o al *alli pacha*. Dicho esto, la pregunta que queda es si hoy por hoy el *yachac* desempeña la función del psicólogo, o más bien, abría que preguntar si la desaparición del *yachac* o de su importancia o prestigio, y lo que éste constituye dentro de la fiesta y el ritual han generado la necesidad del psicólogo. Y esto a su vez nos llevaría a preguntarnos si los temas de salud mental se ven acrecentados o influenciados por esta carencia.

La depresión

En la actualidad, las estadísticas coinciden en afirmar que alrededor de 121 millones de personas sufren de depresión y que la carga que representa dicha enfermedad va en aumento según la Organización Mundial de la Salud (2006).

Desde la ciencia contemporánea, es una de las principales causas de discapacidad, ubicándose entre las diez principales a nivel mundial; estimaciones de la OMS la situaron para 1993 como la cuarta, y se la proyecta como la segunda para el 2020. En el 2001 se estimó que contribuye con el 12% del peso mundial de enfermedades y al 31% de los DALY. Es un desorden mental caracterizado por tristeza, pérdida del interés en actividades y un decremento de la energía, de causas variables. Se diferencia de los estados de ánimo normales por su impacto en la vida cotidiana, el conjunto de los síntomas y la duración del trastorno. Este desorden está estrechamente relacionado con el alcoholismo y el suicidio. Los factores psicosociales, tales como condiciones de vida precarias y marginales, pueden influir en la persistencia de los episodios depresivos, así como los factores genéticos. Este trastorno tiene una incidencia directa sobre la cognición, las emociones y el comportamiento, e interfiere con la habilidad de los niños para aprender y con la habilidad de los adultos para funcionar en sus familias, trabajo y en la sociedad que les rodea.

Síntoma, síndrome y cuadro clínico

Si decimos que es un estado de ánimo bajo, el resultado sería sencillamente el dar con un síntoma presente en algunos momentos de la vida de una persona normal. En un sentido más amplio podemos entenderla como un síndrome o conjunto de síntomas covariantes: baja autoestima, desesperanza, apatía, desinterés por la cosas o por los demás, dolores corporales, etc. Desde esta perspectiva, estos síntomas pueden tener una relación estrecha con muchos de los síntomas que hemos visto en las comunidades estudiadas, sin embargo, insistimos en que existen matices especiales, que hacen que el síndrome sea particularmente diferente. Ahora bien, lo

siguiente que deberíamos tomar en cuenta es su posibilidad como cuadro clínico o categoría diagnóstica, para esto habría que ser más restrictivos, pues no basta con que la persona cumpla con los síntomas, sino que también debe cumplir con otras condiciones; para el caso sería el crear un sistema de clasificación que bien podría tomar elementos del DSM-IV conjugados con los factores particulares, así bien, deberíamos considerar, por ejemplo, los problemas de adaptación, ausencia de otros trastornos psiconeurológicos y otros factores orgánicos. Dentro de la distinción clínica, se debe tener además una dimensión que nos permita entender y cuantificar el grado de los síntomas y su duración.

A nivel de emociones existe una dificultad para construir conceptos, en este caso, se pretende construir una idea de depresión más ajustada a la realidad de la sierra andina del Ecuador, un conjunto de criterios que si bien tienen relaciones con los cuadros clínicos típicos, en realidad resulta en un cuadro independiente. Sin embargo, pese a cualquier esfuerzo, hay que dejar en claro que el concepto puro no puede darse, ya que la depresión está intrínsecamente relacionada con otros síntomas y síndromes adyacentes.

¿Depresión andina: síntomas diferentes, un síndrome diferente, un cuadro clínico diferente?

Para el caso vemos que según lo encontrado en la investigación, no podemos pretender encasillar a la depresión en un prototipo clásico e ideal, por lo tanto, también hay la dificultad de evaluarla con los métodos convencionales que en su momento surgieron a partir de estos prototipos, para muestra de ello, las aplicaciones del Test de Beck realizadas en las comunidades de Cochaloma y Esperanza (Chimborazo) a un grupo de 300 adultos y que dio como resultado apenas dos casos de depresión, de los cuales el primero era un caso de depresión secundaria debido a un evento particular (duelo) y el segundo caso era más bien un conjunto de causas atípicas que aparentemente incluían trastorno de personalidad antisocial y trastorno esquizotipo.

Estos resultados fueron contundentemente contradictorios con la información que surgió a través de entrevistas a profundidad, ya que interconectada con factores que asociamos y dedujimos como particulares, se evidenciaban claros síntomas de depresión; un trastorno que pasó inadvertido frente a los métodos convencionales; estas entrevistas desarrolladas y sistematizadas mediante la inclusión de factores como la situación de la comunidad y la relación del individuo con la Tierra, dio una proyección estimada de un 30% de personas con una depresión de media a severa sólo tomando en cuenta la comunidad de Cochaloma. De ahí que llegamos a la conclusión de que la forma en la que estábamos estudiando este fenómeno era fundamentalmente etnocéntrica de la patología, lo cual limitaba nuestra capacidad para comprender, enfocar y generalizar los trastornos y su tratamiento en las comunidades de la sierra rural andina del Ecuador.

La única forma de verificar confiablemente que la depresión del individuo indígena de la sierra rural andina es diferente a la depresión como se la entiende bajo los criterios clínicos convencionales, sería aplicar un instrumento científico, sea una escala o un cuestionario, que incorpore los matices particulares que se asumen en este tipo de depresión, y someterlo a todo lo que se requiera para validarlo y hacerlo confiable.

He ahí que mientras no se disponga de tal instrumento, a lo único que podemos limitarnos es a presentar la información por la cual, nosotros como investigadores consideramos que la depresión del indígena de la sierra andina, no se limita a síntomas diferentes, sino que es diferente, por tanto no se puede medir por los mecanismos científicos usados en otros contextos, requiere un instrumento de medición específico, y hay que seguir profundizando el tema e incluso el concepto en ese sentido. Además, parte del argumento para ello es que la cultura determina aspectos fundamentales del comportamiento; son estos matices culturales evidenciados en la conducta lo que nos lleva a la hipótesis sobre un cuadro clínico típico de la región de sierra andina y diferente del cuadro estandarizado que se maneja convencionalmente para clasificar y tipificar la depresión, su origen, la forma en la que se manifiesta, el conjunto de los síntomas y sus dimensiones, e incluso nos lleva a buscar alternativas en cuanto a los tratamientos y a las políticas sanitarias que deberían empre-

der los gobiernos locales. Por ejemplo, para el caso que nos ocupa sería un error desconocer la presencia e influencia del shaman o *yachac* y de las prácticas medicinales basadas en plantas y rituales.

Traditional healers are amongst the most influential people in rural areas and have been much ignored by 'western medicine'. We spent time in each area with "Sangomas", discussing how medicines are made and tested and what placebos were and how we could work together. Two support groups have been started by traditional healers.

(Making Mental Health Accessible in Rural South Africa 2004)

Someramente diríamos que las causas de la depresión que clásicamente se pueden identificar, dependientes de contextos, son la pérdida de un familiar, migración, problemas económicos (en especial endeudamiento), consumo de alcohol, problemas de tierras, de herencias y conflictos familiares, sin embargo, la investigación muestra factores colaterales que podrían tener un gran impacto, tal es el caso de la violencia familiar, la necesidad de apego especialmente presente en los niños, la baja autoestima, el vivir bajo un sistema racista, el miedo, el silencio, el castigo comunal, la desvinculación con la Tierra, la desarticulación de factores culturales como la fiesta y otros rituales, el olvido y el desprestigio de técnicas médicas tradicionales, una poderosa desigualdad de género y otros.

Los síntomas de un trastorno pueden ser muy distintos dependiendo de la cultura, por ejemplo, los nigerianos que sufren de depresión manifiestan pesadez o calor en la cabeza, sensaciones horribles en la misma región o en las piernas, sensaciones abrasadoras en el cuerpo y sienten el vientre abotagado de agua (Ebigno 1986), si comparamos los criterios establecidos en el DSM-IV podemos notar extensas diferencias, y lo mismo sucede si tomamos en cuenta los estudios realizados en China, en donde los individuos no manifiestan anhedonia o pérdida de placer, el desamparo o desesperanza, la culpa o los pensamientos suicidas presentes en los criterios estándares para la depresión (Kleinman 1986).

La idea de salud y enfermedad para el caso indígena, se fundamenta en su vida práctica en base al monismo, en este sentido cotidianamente

no separan a la mente del cuerpo, sin embargo, producto de mestizajes e influencias culturales foráneas, en el discurso manejan un sentido dualista, en donde parecería que tratan al cuerpo y a la mente por separado, de esta forma surgen ideas más difusas y sin delimitaciones conceptuales claras, obviamente más difusas y menos claras de lo que se dice y entiende cotidianamente en las urbes occidentales, lo que hace que lo práctico y el discurso sea una mezcla confusa que a nivel institucional, comunal o particular simplemente no se trata, y por ende es difícil crear el espacio para que se priorice.

La investigación mostró que en los grupos estudiados y en sus respectivos entornos sociales e institucionales, tales como sus médicos tratantes, direcciones de salud y promotores, hay un desconocimiento completo de la depresión como enfermedad. La información extraída muestra que tienen percepción sobre los síntomas pero no existe el concepto de depresión como posibilidad diagnóstica, aquí cabe volver a hacer énfasis en el factor lingüístico, porque en el kichwa no existe una palabra para depresión, además se puede notar que se les hace difícil manejar el parámetro lingüístico hacia el sentimiento. El mismo factor se reproduce para el caso del psicólogo y el psiquiatra, saben que existen, pero no para qué sirven, de ahí el hecho que mientras no estén convencidos del beneficio que prestan, y la salud mental se incluye en esto, no lo van a buscar, aceptar o entender, es un tema por el momento que aparece como irrelevante a pesar de sus implicaciones.

La Tierra es un pilar fundamental para comprender el trastorno y para enfocar su tratamiento. Existe una relación profunda entre el individuo y la Pacha Mama, para fortalecer esta posibilidad se efectuó un cuestionario dirigido a establecer esta relación llamado *Inventario Noo-Psicosomático de Gaia* (Crombach Alpha 0.74, para la consistencia interna), así bien, la salud y la enfermedad del ser humano está vinculada a la salud y a la enfermedad que se percibe de la Tierra. La Tierra juega un papel fundamental, es el mecanismo integrador del ritual, el *ayllu* como espacio sagrado, y de la comunidad como tal. En la depresión del individuo de la sierra andina se puede considerar como un síntoma la ausencia de la Pacha, que también se puede interpretar como la ausencia del sí mismo, el vacío.

*Pacha Mama, se vive de ella, produce las plantas medicinales,
trabajamos en la Pacha Mama*

Actualmente, la conexión con la Pacha ha sufrido notables cambios, como se expresa en los movimientos migratorios del campo hacia la ciudad, lo que genera un resquebrajamiento de la sensación de seguridad existencial en el órgano que en la ciudad se convierte en individuo, y el ente que antes formaba parte de un organismo que suplía su sensación de carencia y de necesidades es enfrentado a una amenazante realidad. En esta óptica, la ciudad es entendida como contraria a lo que es la Tierra, siendo esta última concebida como protectora; Randy – Randy, “si se trabaja la Tierra ella alimenta”, y por otro lado “si tengo frío, meto los pies en la tierra y ella me calienta, si tengo calor, meto mis pies en la tierra y ella me enfría” (Waira Core).

Para el indígena de la sierra rural la ciudad no tiene estos elementos, lo que hace que las posibilidades de subsidencia sean percibidas de otra manera, además de que se hace latente que frente a la idea de frío o calor el individuo se enfrenta al concreto, y esto aunque parezca metafórico es más bien un hecho psicológico. De esta manera, cuando se pierde el vínculo con la Tierra se genera un vacío y una pérdida de la sensación de seguridad existencial, lo que hace que el individuo se enfrente a la necesidad de buscar un propósito o sentido y a la incertidumbre que genera el ver al futuro como incierto. Estos factores son argumento para justificar la depresión del indígena del campo cuando migra a la ciudad, sin embargo, no explica del todo la depresión del indígena en su contexto original.

En el campo, encontramos la percepción de que la tierra no produce lo que producía antes. La erupción del Tungurahua se entiende como el enojo de la Tierra, y es en estos casos, en los que poblaciones enteras se ven desplazadas, lo que significa que se los desprende de su *ayllu* y de los animales de su responsabilidad, esto genera lo que llamamos depresión anómica, producida por la ruptura del orden colectivo y la desarticulación del organismo social, que al perder su espacio ritual de *randy-randy* es arrojado a los brazos de la incertidumbre. La evacuación es una experiencia terriblemente dolorosa para una comunidad. Cuando está mal la comunidad se dice que está enferma. En la comunidad tú eres parte de la comunidad y eres responsable de lo que pasa en la comunidad.

*Se ha enojado porque la estamos contaminando.
Sufre también, llora por estar enferma*

Así, en la enfermedad se encuentra la asociación de los síntomas depresivos junto a la percepción de una falta de producción.

*En la tristeza ya no hay producción, y el hombre entristece
por no tener la producción*

Por otra parte, el organismo comunal es una especie de arma de doble filo, por un lado, es altamente resistente a la depresión y cumple la función de escudo protector, pero por otro, puede ser la fuente de la depresión individual y ser el motivador del suicidio. Antes “cuando una persona o un integrante de esa comunidad cumple este *alli pacha*, la comunidad le cría a esta persona, en esa manera, cuando la persona se siente perdido, la comunidad le ayuda a esa persona a fortalecerse espiritualmente con otros guías que están a la mano, puede ser una mama, un anciano, una anciana, un curandero, un sacerdote curandero un *yachac*.”

De ahí que se evidencie también una resistencia a contar estas cosas, por recelo, “para que no se sepa”, y es porque la comunidad en estos temas es represivamente hermética, no se cuenta nada, no se dice nada, además de que los juicios de valor que se puedan dar en la comunidad lastiman gravemente la integridad y el autoestima de las personas; existe a manera de normativa social un castigo implícito en la vergüenza de que se entere la comunidad que estás enfermo, deprimido, ya que si estás enfermo no produces, y por tanto no aportas al organismo comunal. Por ello, manejamos la hipótesis de que aún en la depresión grave, que sería en otros contextos motivo de incapacidad total, la gente del sector rural experimenta una grave disminución de su capacidad productiva y una serie de problemas relacionados al funcionamiento de sus vidas personales, no se incapacita del todo, se levanta a trabajar, o dicho de otro modo, si no te levantas, la comunidad te levanta. Esto genera también, que sea más difícil de percibir la depresión y sus dimensiones.

En la misma línea de los criterios, el famoso mal viento, por ejemplo, más que un síntoma es un diagnóstico que aparentemente parte de un conjunto de síntomas que particularmente coinciden con algunos de los síntomas que se encuentran en la depresión:

Viene diferente, vienen escalofríos, viene dolor de cabeza, viene dolor del cuerpo, viene al cuerpo cansancio, ya no se puede comer, ya no es lo que era ya se va decayendo, entonces el medicamento claro que calma pero a veces ya no calma.

(Tomado de la entrevista a Matilde y Manuel Chushing, Mama y Taita yachaks respectivamente, de la comunidad de San Miguel de Calderón).

Alli Pacha, cuando estás en plenitud no recibes el susto (o diagnóstico de mal viento)

...no hay esa enfermedad que entra tanto espiritual, biológico, mental a mí, a mi ser, a mi cuerpo, estoy Alli Pacha, estoy en paz o estoy en plenitud... enfermedad es la ausencia del Pacha...

(Tomado de entrevista a Jaime Pilatuña, Amauta Yachak de la Universidad Indígena Amauta Wasy).

De esta cita entendida a nivel personal o micro, podemos extendernos a lo que es el *Huirashca* que es el susto a nivel macro o comunal, y esta situación bien podría ser parte de lo que estamos tratando de configurar como depresión anómica, cabe anotar que es interesante que exista el susto a nivel personal y el *Huirashca* para el nivel comunal, el mal viento colectivo, como afirma la comunidad experimentar en situaciones de evaluación, y esto fortalece la tesis del organismo comunal.

Los cambios a todo nivel y la pérdida de tradiciones son causas posibles para que se produzca el trastorno de la depresión, conjuntamente a eso, creemos que el tema de la autoestima también es clave para evaluar y entender la depresión indígena de la sierra andina rural, y el hecho de que

se esté desintegrando el factor fiesta, junto a sus efectos terapéuticos, influye en el autoestima, con lo que se está perdiendo un aspecto psico-social que formaba parte de su forma de hacer medicina preventiva, con lo cual en contrabalance se darían más posibilidades para que se generen trastornos depresivos. Cuando no puedes pasar la fiesta, caes en depresión, puesto que la fiesta es la malla anímica.

El suicidio y las ideas sobre este acto es un síntoma convencional, sin embargo en este caso, no sólo que están presentes en los individuos deprimidos, sino que está cruzado con la complicación cognitiva de entender el tiempo, por ejemplo, en una de las entrevistas a profundidad se le pregunta a un individuo ¿cuándo fue la última vez que pensó en suicidarse?, y responde, que no últimamente. Se le pregunta ¿cuándo fue la última vez que lo pensó, fue hace un mes, una semana...? Y responde que aquel día en la mañana.

Cuando el indígena rural andino se deprime, pierde la sensación de sentirse conectado con la Tierra, y por lo tanto, busca actividades que lo justifiquen dentro de la comunidad, pero que al mismo tiempo le permitan evitar el contacto con la tierra, por ello resulta curioso que los individuos que a través de las entrevistas pudieron ser diagnosticados bajo el trastorno depresivo, no participaban de la minga, y estaban inmersos en otras actividades, generalmente de corte político. Estos mismos individuos manifestaban la percepción de sentir que había más personas deprimidas a parte de ellos, pero que sin embargo, no es fácil ver a simple vista por las condiciones en las que funciona la comunidad, entre esas el hermetismo, el castigo, el miedo y la capacidad del organismo comunal para poner a todos los órganos de ella a trabajar, independientemente de sus capacidades productivas.

El pensamiento le ha quitado el ánimo de trabajar la Pacha Mama y, eso lo enferma más. (Tomado de una entrevista a profundidad)

Finalmente, cabe decir que el indígena deprimido, más allá de ser un pensador negativo, es el producto de un contexto generador de un desamparo aprendido que es también anómico; un sistema que se autocondena al

fracaso, en donde cualquier intento por cambiar una circunstancia, entendida como la acción de pasar de una situación a otra mejor es inexistente y en la mayoría de los casos es infructuosa ya que se comparte con el fenómeno de profecía autocumplida, orquestada a efecto de este desamparo, es decir, si estás programado para el fracaso terminas por generar fracasos, si crees que tus circunstancias no pueden ser cambiadas no van a cambiar. Los indígenas deprimidos no sólo no ven que su futuro puede ser mejor, sino que al estar en una condición de desamparo en la práctica no logran ser actores de su desarrollo. Esto muestra porque los intentos por mejorar las condiciones de provincias en condiciones marginales como Chimborazo, a pesar de todo el apoyo y la ayuda, sean contundentemente infructuosos.

La investigación

Técnicas

La investigación exige la combinación de métodos cualitativos y cuantitativos. En principio porque queremos explicar el fenómeno, y secundariamente mostrar evidencia de que existe y que es parte de una realidad que se mezcla con fuerzas globales y que requiere un entendimiento profundo y una intervención adecuada: “Grounded Theory” (Strauss), en donde los datos permiten que emerja la teoría.

Las técnicas cualitativas consisten básicamente en entrevistas a profundidad a expertos y a informantes claves y grupos focales (Debus) desarrollados en el seno de las comunidades rurales. Todo grabado, transcrito y codificado según las técnicas de Strauss.

La investigación tiende a desarrollar herramientas que sean eficaces y confiables como técnicas cuantitativas que aplicarán instrumentos que comprenden tests psicológicos adaptados que permitan diagnosticar depresión en sus diferentes grados y en sus diferentes tipos. Los instrumentos de medición considerarán aspectos neuropsicológicos, factores cognitivos y ambientales.

Aplicación

Ámbito territorial y datos sobre la población:

En esta fase se ha trabajado con el pueblo Kitu-Kara que concentra las parroquias de Píntag, Calderón, Nono y Pifo, lo que corresponde a Quito, Distrito Metropolitano, y las zonas norte y nororiente de la Provincia de Pichincha. Conjuga características mixtas urbano-rurales. Se autodefinen como un grupo fragmentado a lo largo de los últimos 500 años pero que conserva su memoria histórica y origen común.

El pueblo Kitu Kara tiene una población de 21.000 personas. Los servicios básicos se les acusa de mala calidad y de baja cobertura en lo que refiere agua, telefonía, educación, salud y vivienda. Específicamente, los datos extraídos de esta investigación han provenido de la comunidad de San Miguel de Calderón.

También, consideramos la aplicación de esta investigación a las comunidades de Cochaloma y la Esperanza en la provincia de Chimborazo. Los servicios básicos son recientemente atendidos en lo que respecta a la distribución de agua y letrinas. En conjunto, las dos comunidades suman no más de 5.000 habitantes.

Conclusiones preliminares

La Pacha Mama, el papel de la Tierra es fundamental, es el elemento que brinda seguridad, pues profundamente conduce la energía psíquica de la madre (arquetipo mayor), es lo protectivo. Pero globalmente, también se trata de vivir la tierra, sentir la tierra, tocar la tierra. La madre tierra reduce la incertidumbre y la sensación de carencia, pues se entiende desde la cosmovisión indígena que cuando estás en contacto con la Allpa Mama o Tierra, todas las necesidades están cubiertas.

No obstante, esta cosmovisión andina ancestral mitificada no se encuentra puramente en la forma de ver la vida del indígena rural contemporáneo de la sierra andina que ahora padece cambios a los que todavía no logra adaptarse y choques culturales de todo tipo. La interrelación

con el mundo occidental y sus consecuencias, por ejemplo la migración, ha borrado mucha de su filosofía ancestral. Muchos ritos relacionados con el calendario agro astronómico han desaparecido, de esta manera, se ha eliminado un puente de contacto con la tierra, de equilibrio espiritual, mental, comunal. Entonces, llegar al *Alli Pacha*, plenitud, puede resultar cada vez más difícil y con ello la depresión más presente.

El organismo comunidad es más resistente a la depresión que el individuo en medio de la sociedad urbana. Hay que hacer una clara distinción entre sociedad como el conjunto de individuos con distinciones comunes y comunidad como un ente en sí mismo, compuesto por individuos que no sólo comparten distinciones comunes como el lugar, el idioma, el sistema político y económico, sino que comparten el pasado, el presente y configuran un futuro. Las relaciones cercanas promueven la salud, e incluso tienden al campo de la felicidad.

Consideramos que la depresión se presenta de distinta manera en el indígena rural de la sierra andina porque a pesar de tener algunos de los síntomas típicos de una depresión clínica, por otra parte presenta características particulares como por ejemplo, el individuo no descuida por completo sus actividades diarias en el campo, a pesar de que el trabajo se presente de una forma deficiente. La comunidad levanta al individuo aunque esté deprimido. El desamparo es una condición que se produce a partir de elementos culturales y se presenta de forma colectiva. El papel de la autoestima también entra en la concepción sintomatológica, sin embargo, presenta elementos que ponen de manifiesto la pérdida del ritual desde un punto de vista terapéutico. Entre otros puntos que al detalle se afirman en el cuerpo teórico de este trabajo.

Producto de estas intromisiones culturales, cuestiones tradicionales y rituales se perdieron, por ejemplo, los evangélicos no pueden bailar y la danza era importante para los pueblos antiguos, en el sector de Cochaloma y en Esperanza, la gente no baila. A simple vista, el efecto de cortar con el ritual, posiblemente no te muestra gente deprimida, pero sí es notorio el ver gente triste, por ejemplo, los ancianos indígenas manifiestan en su rostro mucho de su vida.

La salud mental deteriorada está afectando al desarrollo de las comunidades indígenas rurales de la sierra andina. Inversión en proyectos por

parte de Organizaciones no gubernamentales, políticas públicas como el bono de desarrollo humano, educación e incluso inversión en salud pública no darán resultados si no se toma en cuenta la problemática de la salud mental. Además, no descartamos que la depresión pueda estar relacionada con otros factores como el racismo, violencia familiar.

Si queremos desarrollo es fundamental que se trabaje en torno a la salud mental, ya que como se dijo, si los actores están en condiciones de desamparo, deprimidos, como pueden ser productivos, emprendedores y transformadores de sus condiciones, y según cualquier concepto contemporáneo de desarrollo, éste debe partir de esfuerzos locales, es decir de los actores sobre los que recaen los resultados del desarrollo.

Agradecimientos

Nuestros más sinceros sentimientos de gratitud para quienes integran el espacio de crecimiento del pensamiento y las capacidades humanas que es la LASA. Esta gratitud se hace más especial para con William Waters, por su constante apoyo a lo largo de la investigación y por tener la actitud y las ganas de formar jóvenes en el campo de la investigación.

Agradecemos también a todos los que conforman el CODEMPE, Doctora Lourdes Tibán, Isabel Farinango, Ana Lucía Tasiguano, Waira Core y Gloria Carvajal.

Extendemos este agradecimiento a Cecilia Vaca Jones y Susana Oleas, de la Fundación Ayuda Directa. Al Sr. Manuel Simbaña, presidente de la comuna, y al resto de miembros de la Comunidad de San Miguel de Calderón. A las personas que conforman el Consejo Provincial de Salud Intercultural, en especial para la Licenciada Matilde Farinango. A Jaime Pilatuña, Yachac Tacura y Decano de la Universidad Indígena Amauta Wasy. A Susana Araujo, Directora de la ONG Reto Rural (FOES). A Teresa Borja, Coordinadora del Área de Psicología de la USFQ y a Manuela Picq, Directora del Instituto Santiago de Quito.

Bibliografía

- Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador (CODEMPE) (2001). "Plan Estratégico de Desarrollo Sustentable con Identidad del Pueblo Quito-Cara". Informe Final.
- Debus, M. Manual Para la Excelencia en la Investigación Mediante Grupos Focales. Preparado para: Academia para el Desarrollo Educativo, Healthcom. Washington, DC.
- Durkheim, E. (1897). *Suicide*. J.A Spaulding y G. Simpson (trad.). Glencoe, IL: Free Press, 1951.
- Ebigno, P. (1986). "Development of a culture-specific screening scale of somatic complaints of Nigerian females using the Enugu Somatization Scale". *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 10, 167-186.
- INEC (2001). VI Censo de Población y V de Vivienda. Población que se declaró indígena.
- Kleinman, A. (1986). *Social origins of distress and disease: Depresión neurastenia, and pain in modern China*. New Heaven, CT: Yale University Press.
- Leary, M.R.; Tambor, E.S.; Terdal, S.K. and Dows, P.L. (1995). "Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis". *Journal of personality and Social Psychology*.
- Lozada, P. (1999). *El peso de la enfermedad en el Ecuador*. Quito: Centro de Estudios de Población y de Desarrollo Social (CEPAR).
- OMS (2002). 55 Asamblea Mundial de la Salud, "Salud Mental: Respuesta al llamamiento a favor de la salud". Punto 13.13 del orden del día provisional. 11 de abril.
- Strauss, A. y Corbin, J. (1996). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Sage Publications. Thousand Oaks.
- World Bank (2004). "Making Mental Health Accessible in Rural South Africa". Northern Cape and the North West Province". Final Report. <http://siteresources.worldbank.org/DEVMARKETPLACE/Resources/205097-1090596582429/2144sum.pdf>