



Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología Clínica

Tema:

Evaluación de sintomatología depresiva en adultos mayores de una comunidad Shuar.

Trabajo de graduación, previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

Autor

Raphael Ernesto León Chacha

Directora:

Mst. María Verónica Serrano Crespo

Cuenca – Ecuador 2020

DEDICATORIA

Al valeroso pueblo shuar fuente de sabiduría y riqueza ancestral.

A mi madre Concepción por creer siempre en mí y apoyarme incondicionalmente.

A mis hermanos Alexis y Daniel por ser mi más grande inspiración para alcanzar lo que me
propongo.

AGRADECIMIENTO

A mi tutora, Mst. María Verónica Serrano por brindarme su apoyo y asesoría en la
realización de este trabajo.

A los miembros de la Junta Parroquial de Bomboiza y a cada uno de los adultos
mayores participantes en este estudio por brindarme su colaboración y apertura en la
realización del mismo.

ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice.....	iv
Indice de tablas	viii
Indice de gráficos.....	ix
Indice de anexos.....	x
Resumen.....	xi
Abstract	xii
Introducción	1
CAPÍTULO I	2
1. COMUNIDAD SHUAR	2
1.1. Introducción	2
1.2. Historia	2
1.3. Cosmovisión shuar.....	3
1.4. Origen del Shuar.....	6

1.5. Ubicación, territorio y población	7
1.6. Organización social	7
1.7. Religión	10
CAPITULO II	11
2. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADULTOS MAYORES	11
2.1. Introducción	11
2.2. Concepto de depresión	11
2.3 Depresión en adultos mayores	12
2.4 Factores desencadenantes	12
2.5 Impacto	14
2.6 Complicaciones	15
2.7 Diagnóstico	16
2.8 Tratamiento:	18
CAPITULO III	20
3. METODOLOGIA	20
3.1 Hipótesis y / o Preguntas de Investigación:	20
3.2 Objetivo general	20

3.3 Objetivos específicos:	20
3.4 Población y Muestra	20
3.5 Criterios de inclusión:	21
3.6 Criterios de exclusión:	21
3.7 Tipo de Estudio	21
3.8 Instrumentos Utilizados	21
3.9 Análisis Estadístico	23
CAPITULO IV.....	24
4. RESULTADOS.....	24
4.1. Análisis e interpretación de resultados	24
4.1.1. Escala de depresión geriátrica de “Yesavage”	24
4.1.2. Características socio-demográficas.....	25
4.1.3. Grado de malestar producido por enfermedad.....	26
4.1.4. Actividades a las que se dedican.....	27
4.1.5. Tiempo invertido en su actividad.....	27
4.1.6. Servicios Básicos	28
4.1.7. Materiales de las que están hechas las viviendas.....	29

4.1.8. Opinión acerca de la llegada de los mineros a sus tierras.....	30
4.1.9. Presencia de depresión.....	31
4.1.10. Depresión y variables relacionadas como factores de riesgo.....	34
Discusión.....	37
Conclusiones	41
Recomendaciones	43
Referencias.....	44
Anexos	49

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Factores de riesgo y protectores en el adulto mayor.....	15
Tabla 2. Características demográficas de los adultos mayores del programa del GAD Parroquial de Bomboiza, Gualaquiza.	25
Tabla 3. Opinión de los adultos mayores respecto a cómo la llegada de mineros y la explotación minera ha afectado la manera de vivir de la comunidad shuar.	31
Tabla 4. <i>Probable diagnóstico de depresión en los adultos mayores del programa por el GAD Parroquial de Bomboiza, Gualaquiza.</i>	<i>31</i>
Tabla 5 <i>Depresión en los adultos mayores del programa por el GAD Parroquial de Bomboiza, Gualaquiza.</i>	<i>33</i>
Tabla 6. Depresión y variables relacionadas como factores de riesgo en los adultos mayores del programa por el GAD Parroquial de Bomboiza, Gualaquiza	34
Tabla 7. Probable diagnóstico de depresión y variables relacionadas como factores de riesgo en los adultos mayores del programa por el GAD Parroquial de Bomboiza, Gualaquiza.....	35
Tabla 8. Depresión – Probable diagnóstico de depresión y variables relacionadas como factores de riesgo en los adultos mayores del programa por el GAD Parroquial de Bomboiza, Gualaquiza.	36

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Arqueología iberoamericana.....	4
Gráfico 2 Padecimientos físicos asociados a la depresión en adultos mayores	13
Gráfico 3 Diagnóstico de depresión según la "Escala de depresión geriátrica de Yesavage"	24
Gráfico 4 Grado de malestar general que ocasiona el padecimiento de su enfermedad en los adultos mayores del programa por el GAD Parroquial de Bomboiza, Gualaquiza	26
Gráfico 5 Actividades a las que se dedican los adultos mayores del programa por el GAD Parroquial de Bomboiza, Gualaquiza	27
Gráfico 6 Tiempo por semana que los adultos mayores dedican a su actividad ocupacional	28
Gráfico 7 Acceso a servicios básicos de los adultos mayores del programa por el GAD Parroquial de Bomboiza, Gualaquiza	29
Gráfico 8 Materiales de los que están hechas las viviendas de los adultos mayores del programa por el GAD Parroquial de Bomboiza, Gualaquiza	30

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Mini Examen Cognitivo.....	49
Anexo 2 Consentimiento informado.....	51
Anexo 3 Ficha sociodemográfica	53
Anexo 4 Escala de depresión de Yesavage.....	58

RESUMEN

La depresión en la vejez es un problema de salud pública de primera magnitud que implica varios aspectos de la vida diaria. El objetivo de este estudio fue evaluar la sintomatología depresiva en los adultos mayores del programa implementado por el GAD Parroquial en la comunidad Shuar de la parroquia Bomboiza, Gualaquiza. Se trató de un estudio transversal correlacional no experimental, se consideró una muestra de 30 participantes a quienes a través de una entrevista se les aplicó una ficha sociodemográfica y la escala de depresión de Yesavage. En los resultados se identificó depresión establecida en el 7% de la muestra, los factores sociodemográficos que mostraron una relación estadísticamente significativa fueron: bajos niveles de educación, problemas de salud y tener más de una pareja. La vejez como tal es un factor de riesgo para desarrollar depresión en el caso de la población estudiada el hecho de pertenecer a una comunidad rural los convierte en un grupo vulnerable.

Palabras claves: adulto mayor, depresión, shuar

ABSTRACT

Depression in elder people is a first magnitude public health problem that involves various aspects of life. The objective of this study was to evaluate the depressive symptoms in elderly at a program implemented by the GAD Parroquial de Bomboiza, Gualaquiza. The study was transversal, correlational and non-experimental. A sample of 30 participants was considered who, through an interview, were applied a sociodemographic record and the Yesavage depression scale. The results showed that depression was present in 7% of the sample. The sociodemographic factors that showed a statistically significant relationship were low levels of education, health problems and having more than one partner. Old age as such was a risk factor to develop depression in the population studied. The fact of belonging to a rural community made them a vulnerable group.

Keywords: elder, depression, shuar

Translated by

Handwritten signature in blue ink, reading "Hlapeli Aiteaga".Handwritten signature in blue ink, appearing to read "Raphael León Ch.".

Raphael León Ch.

INTRODUCCIÓN

El Ecuador es cuna de múltiples culturas y etnias, hecho que a más de significar riqueza cultural, ha desencadenado varios conflictos e intentos de conquista a lo largo de la historia. La cultura shuar pese a vivir por muchos años luchando con bravía por defender su cultura, territorio y tradición, fue finalmente doblegada a través de la catequización y adoctrinación cristiana. Enfrentando a raíz de esto, un fuerte proceso de aculturación, presenciando fenómenos sociales como la inmigración y emigración de sus miembros, a más de la contaminación indiscriminada de su territorio.

Con estos antecedentes, conocer sobre el estado mental de estos pueblos se convierte en un tema de salud pública y la poca o nula investigación realizada, hace evidente la necesidad de conocer e indagar sobre la misma. Ya que de ese modo, como profesionales de la salud mental se generarían pautas que ayuden a mejorar la calidad de vida y socializar los resultados de estos estudios en la colectividad ayudaría a obtener una mejor comprensión y respeto.

En el presente trabajo, se plantea conocer a profundidad lo que comprende ser un adulto mayor perteneciente a la cultura Shuar, realizando un análisis de su cosmovisión y las características que presentan y a su vez evaluar la existencia de sintomatología depresiva como consecuencia de conflictos emocionales propios de esta etapa vital y posiblemente derivados del contexto cultural, el grupo a evaluar está conformado por adultos mayores de la comunidad shuar de Bomboiza, en el cantón Gualaquiza, Provincia de Morona Santiago.

Para orientar el presente estudio se ha organizado el trabajo en varios capítulos, los mismos que están determinados por las variables de investigación (la comunidad Shuar y la sintomatología depresiva), la metodología aplicada se establece en el tercer capítulo y el análisis de los resultados en el cuarto. Además, las herramientas utilizadas para la presente investigación, son la Escala de depresión geriátrica de Yesavage, cuestionario utilizado para el cribado de la depresión en personas de 65 años en adelante y la ficha sociodemográfica que ayudará a analizar y distribuir de mejor manera las características de la muestra.

CAPÍTULO I

1. COMUNIDAD SHUAR

1.1. Introducción

La constitución de 1998 reconoce al Ecuador como pluricultural y multiétnico, lo que evidencia la presencia de varios grupos de individuos, diferentes en sus costumbres, tradiciones e ideologías. La población Shuar existente en Gualaquiza no ha sido la excepción, esta se ha visto afectada por la presencia de ciertos conflictos durante su progreso, tales como la explotación minera, la inmigración y emigración de sus miembros, hechos que han significado el debilitamiento de las comunidades; lo aún más preocupante es la poca o nula investigación sobre salud mental desarrollada en este grupo étnico, que pudiera detallar las consecuencias de todos estos acontecimientos en su bienestar mental, es necesario e importante recalcar que los adultos mayores son las personas que podrían verse más afectadas ya que son más propensos a desarrollar conflictos emocionales como la depresión, en vista de la dificultad para adaptarse a los cambios relatados anteriormente en la comunidad y así mismo la modificación de su forma de vida (Tello, Alarcón, & Vizcarra, 2016).

Por lo cual, la motivación para realizar el tema presente es evaluar sintomatología depresiva, en 30 adultos mayores de 65 años de edad de la comunidad Shuar de Bomboiza en la ciudad de Gualaquiza, provincia Morona Santiago, que participan en el programa implementado por el GAD Parroquial de Bomboiza.

1.2. Historia

Inicialmente, es importante conocer la historia de Gualaquiza, la cual según el Gobierno Autónomo Descentralizado de la Municipalidad de Gualaquiza (2014) se remonta a tiempos ancestrales, durante los cuales este espacio terrenal era habitado sólo por nativos Shuar. Sin embargo, el registro histórico de este cantón se desarrolla a partir de la llegada de los primeros colonizadores españoles; los cuales al igual que muchos otros individuos se encontraban intentando a lo largo de siglos llegar a la región, atraídos por las oportunidades de explotación de oro y la colonización de tierras aptas para la ganadería. El acto oficial de fundación del pueblo de Gualaquiza, sería obra del Padre José Prieto el 2 de octubre de 1815.

A partir de este momento, se moderaron los asentamientos de los colonizadores con siembras de caña de azúcar, maíz y otros productos de la zona. Solo el 16 de agosto de 1944 el pueblo de Gualaquiza sería establecido como cantón, para luego formar parte de la provincia de Morona Santiago.

Este cantón se encuentra principalmente conformado por nativos Shuar ubicados en las parroquias rurales, quienes se han visto afectados por fuertes procesos de aculturación, según Pillacela (2016), históricamente han soportado distintos intentos de conquista de su territorio y cultura por parte de muchos pueblos foráneos, pese a que supieron soportar con bravía las fuertes arremetidas, fueron finalmente sometidos, aunque no con la fuerza de las armas sino a través de la catequización y adoctrinación cristiana.

1.3. Cosmovisión shuar.

La cosmovisión sencillamente es una “visión del mundo”, una manera de ver, de pensar cómo es el universo, su origen, los elementos que le constituyen, las leyes que lo gobiernan, la evolución o el destino que le espera. La cosmovisión se la conoce como un mito que recurre más a lo imaginativo que a lo racional, lo que se ha producido a lo largo de la historia, los filósofos y los científicos (Sánchez, 2010).

Según Sonderegger (2013), mientras no se continúe instaurando investigaciones multidisciplinarias e interinstitucionales y no se arribe a adhesiones conclusivas de la plástica indoamericana, se continuará en una cognición parcializada; por lo que, para abordar la complejidad de las representaciones históricas y contemporáneas la cosmovisión se considera la categoría de los elementos de ordenadores de la existencia humana.

La cosmovisión de los indígenas actuales, tiene una importancia semejante a la que le otorgaron los antiguos mesoamericanos, puesto que físicamente se describen como el interior de la tierra, como una región fría, húmeda y oscura, la cual es recorrida por ríos subterráneos y entreverada de cuevas, las mismas que son las aberturas que comunican el inframundo con la superficie terrestre y el almacén donde se guardan las semillas nutricias; tal es el caso que, en los relatos indígenas las cuevas del interior de los cerros son representadas como almacenes donde se conservan los alimentos preciosos y se acumulan las aguas fertilizadoras.

Comunidades como la de los Nauas de la sierra de Cuetzalan, consideran el interior de la tierra como un mundo esplendente, ya que ahí, residen las fuerzas de la fertilidad y se multiplican los bienes terrenales (Florescano, 2000). Por otro lado, desde un punto de vista etnográfico, la cosmovisión, para la antropología cultural es el principal objeto subjetivo de la cultura de un pueblo; por esta razón, en la cosmovisión shuar, los elementos de la naturaleza, animados e inanimados, aparecen dotados de espíritu, la cual se trata de una cosmovisión íntimamente ligada a la naturaleza y las leyes que rigen el universo, por lo que, al estar tan relacionado con ésta, el sistema de subsistencia shuar estuvo basado en la caza, la pesca y la recolección, además de los trabajos de horticultura; por lo que se encargaba de mantener un equilibrio bio-ecológico al tiempo que proveía una alimentación equilibrada; ante lo cual es claro acentuar la importancia que *pacha mama* o madre tierra, representa para esta comunidad, pues es quien le da cobijo y provee de alimentación (Ríos & Carretero, 2017).

Estudios etnológicos describen que la cosmovisión shuar está relacionada con los animales y la naturaleza mediante estudios arqueológicos, históricos y antropológicos, los cuales surgen en la Amazonía Indoamericana, lo que se considera un equilibrio arqueológico que no expresan una epistemología sistematizada. En el sitio arqueológico de Wapula, en donde observamos un importante monolito de andesita, en uno de sus laterales se presenta una figura antropomorfa y en el contrario una figura zoomorfa, los cuales han sido motivo de estudio para incorporarse en la cosmovisión shuar. (Ríos & Carretero, 2017)

Gráfico 1 Arqueología iberoamericana



Fuente: Extraído de Ríos & Carretero, 2017

Pereira Valarezo y Escobar (2009) citado por Yucci, León, & Torres, (2017, p. 7) menciona “en su libro que la Fiesta de la Chonta o rito Uwí, es conocida como fiesta de la abundancia y está ligada a la cosmovisión del pueblo Shuar de la Amazonía ecuatoriana”. La cosmovisión se da también no solo en rituales arqueológicos, sino además en las fiestas que se encargan de ser tradicionales en los pueblos indígenas cargada de frutas tanto pintonas como ya maduras. Los uwi, son plantas conocidas como chonta; una larga y espinosa palmera, y su fruto es conocido como el chontaduro. Para los pueblos aborígenes esta figura es la representación mitológica de la abundancia.

No obstante, el pueblo shuar está conformado por los Aratum, quienes están considerados como una entidad espiritual dentro de las creencias de su comunidad, pues se piensa que es la expresión de un poder divino que impregna el universo. A su vez, las palabras: superior o eterno, transmiten una fuerza especial al hombre shuar; pues se cree que es quien los protege y los dota de facultades para sobrevivir a los peligros. Denominado Aratum Wakan, es “el espíritu de nuestros antepasados cuyo poder fue adquirido del Aratum eterno” (Delgado, 1986, p.1).

Taylor (1993) citado por Mader (1999) manifiesta “La praxis ritual y las interpretaciones de la cosmovisión y la mitología articulan un pluralismo que ofrece un amplio espacio para las posibilidades de organización o estructuración individuales”, esto se relaciona con la integración entre el individuo y la sociedad; no obstante, Landívar (2009) , menciona que esta cultura tiene un gran respeto por sus creencias, lo que no le permite una comunicación profunda con otras culturas, sin embargo la interrelación humana que se realiza con el turismo, hace necesario un diálogo entre culturas, pero no quiere decir que va a llegar a una interdependencia cultural y esto determina que la cosmovisión es una socialización que se relaciona con la psique de los individuos y la cosmovivencia de los pueblos, para recuperar la esencia y la ideología de las culturas de los pueblos ancestrales latinoamericanos.

Hay que destacar que el pueblo shuar posee una serie de mitos, rituales y ceremonias propias, con las que trata de comunicarse para así, esperar algunas influencias benéficas de ellas. En la cultura shuar todo está provisto de un espíritu, y no existe material sin un alma, lo

que justifica ampliamente su inmenso respeto hacia la naturaleza y el medio ambiente (Sarmiento, 2004).

El pueblo shuar tiene algunos mitos y personajes míticos, como Nunkui, personaje que enseña las mujeres a cultivar la huerta a preparar la chicha y a desarrollar algunas otras actividades domésticas (Sarmiento, 2004).

El hombre, por otro lado, cuenta con la figura de Shakaim y Etsa mismos que ayudan a explicar el trabajo y elaboración de las armas, muchos secretos de cacería y la construcción de viviendas (Sarmiento, 2004).

Los brujos chamanes cumplen un papel muy importante en el pueblo Shuar, pues se cree que estos personajes por medio de estados disociados de la conciencia y hierbas del bosque pueden curar enfermedades. Su influencia incluso ha sido tan grande que estos chamanes han empezado a ofrecer sus conocimientos ancestrales a la cultura occidental (Ventura, 2012).

1.4. Origen del Shuar

Resulta difícil establecer el origen del pueblo Shuar o la procedencia del mismo; aunque algunos estudiosos han manifestado que este pueblo se asentó en la Cordillera de los Andes incursionando en la provincia de Loja, donde se tomaron el pueblo preincaico Paltas. Otros autores manifiestan que el pueblo Shuar es una fusión de pueblos antiguos, entre los que están Arawak y Caribes, Puruáes-Mochicas (Lucero & Moreno, 2018).

Algunos expertos manifiestan que el pueblo Shuar tiene antepasados cercanos en el antiguo Japón. Aunque la teoría más aceptada es la que menciona que los Shuar habrían llegado desde Melanesia, quienes habrían cruzado el océano para luego sentarse en la Amazonía, dónde se ha encontrado un hábitat similar al de su origen; esta teoría se basa en las similitudes culturales de los pueblos melanesios, con evidencias lingüísticas tradiciones y costumbres que hacen presumir el origen del pueblo Shuar. Además, la selva amazónica es conocida por ser un ambiente de armonía y de supervivencia en donde se guardan secretos culturales y se posee tradiciones únicas en el Ecuador y el mundo (Meza, 2009).

1.5. Ubicación, territorio y población

El pueblo Shuar, está ubicado en el oriente ecuatoriano. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los pueblos asentados en esta región han tenido problemas con los encuentros con la civilización, por lo cual algunos grupos aún se encuentran aislados y son catalogados como pueblos no contactados, debido a que se trata de asentamientos aislados; son considerados como una cultura excéntrica y primitiva debido a sus prácticas culturales incomprendidas para muchos, como los rituales que realizan; un claro ejemplo de esto es la reducción de cabezas de sus enemigos simbolizando un trofeo. El pueblo shuar ha sido catalogado incluso como *jíbaro* sinónimo de salvaje (Sarmiento, 2004).

Puede decirse que la cultura Shuar no está presente únicamente en Ecuador, pues existen asentamientos de ésta en Perú. Las provincias con mayor presencia de estas personas en el territorio nacional ecuatoriano son Morona Santiago, Pastaza y Zamora Chinchipe, existiendo otros asentamientos en Sucumbíos y Orellana en el Oriente y, en la Región Litoral, en Guayas y Esmeraldas. Su territorio se extiende a 900688 hectáreas, con una población aproximada de 110000 habitantes distribuidos en 668 comunidades aproximadamente (Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador, 2014).

El pueblo Shuar, se caracteriza por ser una localidad guerrera. Los asentamientos de los pueblos shuar se encuentran en cerros. Muchos shuar viven en ciudades a lo largo de la cordillera oriental de los Andes, como Puyo y Macas, pero la mayoría vive en pequeños pueblos familiares, accesibles a pie, avioneta o canoa (Bustamante, 1988).

1.6. Organización social

El orden jerárquico en las comunidades va siempre enmarcado por un régimen de la tribu; el que tiene mayor jerarquía dentro de la comunidad es el de mayor edad, si una persona llega con la necesidad de ser atendida en algún tipo de problema, el que la debe atender es el Shuar de mayor jerarquía (Ortiz, 2018).

En el mundo shuar tanto el hombre como la mujer tienen su propio espacio vital, en ambientes totalmente distintos en donde cada uno tiene sus propios derechos y deberes (Garcés, 2006).

El hombre shuar es el encargado de proteger a su comunidad, proveerle de lo que obtiene a través de la cacería y de la toma de decisiones, por otro lado, la mujer shuar se encarga de la concepción y cuidado de los hijos, el cultivo de la huerta y el mantenimiento de la casa (Garcés, 2006).

Otra parte de la cultura muy representativa de esta población es el respeto que manejan hacia los adultos mayores, pues se considera que los mismos, son fuente de sabiduría; además de basar su cultura y cosmovisión en la honestidad, el trabajo y el respeto a lo que posee otra persona, que son impartidos con el ejemplo y el diario vivir en la selva (Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador, 2014).

Su única organización social la constituye la familia, la cual crece con la costumbre de casar a sus hijos entre primos, logrando obtener control y unidad. La concepción y nacimiento de un hijo es motivo de mucha felicidad ya que las familias con más miembros poseen mayor poder y prestigio (Sarmiento, 2004).

Se destaca que el pueblo lucha constantemente por mantener costumbres arraigadas en su cultura, como ciertos cantos y el adorno del rostro al momento de realizar la siembra de la yuca, con el afán de conseguir una buena cosecha, sin el empleo de herramientas; aunque esta tradición se ha ido perdiendo por el contacto con las costumbres introducidas por la cultura occidental (Sarmiento, 2004).

“Antiguamente, el matrimonio se realizaba sin enamoramiento. La sociedad shuar se regía por la práctica de la poligamia que beneficiaba a los jefes con poder” (Chriap et al., 2013, p. 91). La poliginia o matrimonio entre un hombre y varias mujeres, está permitido en la tradición shuar y fue preferentemente sororal, es decir con las hermanas de su esposa que no hayan encontrado esposo (sus cuñadas) y el levirato (matrimonio con la viuda del hermano) para lo cual el hombre debía cumplir muchas cualidades, mismas que eran evaluadas por el suegro para poder consentir el matrimonio. Hoy son pocos los hombres que

tienen dos mujeres, este privilegio lo poseen algunos ancianos o shamanes, ya que debido a las relaciones interétnicas con otras culturas se ha producido una transición al matrimonio monógamo (Fundación Chankuap, 2014).

Hofstede (1994) manifiesta que la cultura organizacional puede modificarse, mientras que la cultura de un país es una variable rígida y sostiene que las culturas organizacionales residen más en las prácticas conscientes que suceden en los miembros de una organización y que son percibidos por los miembros de esta. Es decir se podría tomar en cuenta los valores y costumbres de una cultura para analizar la manera como sus miembros interactúan con el mundo.

Para Hofstede (1998) la cultura es un concepto un tanto confuso que, en un sentido antropológico tiene que ver con las distintas formas de pensar, sentir y actuar, es decir con esa programación colectiva de la mente que distingue a la persona de un grupo de las de otro u otros.

Hofstede (1980) detalla 4 dimensiones culturales a través de las características organizativas que esta posea:

- La distancia con el poder: en la cultura shuar como se menciona en el presente estudio, el líder es muy cercano, ya que están organizados en clanes o familias y es el padre o adulto mayor el que lidera este grupo. Esto genera accesibilidad a poder expresarse y solventar necesidades, gozando todos de los mismos derechos, en los que los niños son vistos como iguales.
- Individualismo frente a colectivismo: en esta cultura predomina la colectividad ya que están organizadas en familias o vecindarios autodenominándose comunidades, sus relaciones están basadas en el “nosotros” es decir en el bien común de cada uno de sus miembros por lo que las relaciones son más importantes que el deber. Cada miembro debe cumplir con las obligaciones propuestas por el grupo. Se busca mantener la armonía por lo que se evita la confrontación directa entre sus miembros, la comunicación generalmente es de alto contexto, es decir mucho más llevadas por lo que se hace que por lo que se dice.

- Aversión a la incertidumbre: el shuar debido a su continua interacción con el “mestizo” encuentra muchas situaciones nuevas en su cotidianidad, esto los ha convertido en una cultura flexible al cambio, por lo que tienden a minimizar la preocupación por lo desconocido.
- Masculinidad frente a feminidad: las diferencias entre lo masculino y lo femenino están basadas en antecedentes históricos y es probable que desaparezcan en el futuro. Están ligados a las características de una cultura y los valores asignados a ambos sexos, el shuar al considerarse una cultura liderada en su mayoría por hombres guarda altos nivel de masculinidad por lo que según Hofstede (1980) podría considerarse una cultura muy competitiva y ambiciosa. En contraposición si se tratara de una cultura predominantemente femenina, predominarían el énfasis en las relaciones humanas.

1.7. Religión

La religión propia de este pueblo es el respeto al Tsunki, o la fiesta de la culebra; sin embargo, con la introducción de los pueblos mestizos en la zona con las misiones de evangelización de la iglesia católica, se ha generado una dispersión de los rituales originales involucrando símbolos del catolicismo. Aun así, es fácil identificar la veneración al tigre como la representación de la Deidad masculina y a la Culebra como la deidad Femenina, recalcando así el respeto hacia la madre tierra (CONAIE, 2014)

En la actualidad puede observarse una práctica de la religión con combinaciones del cristianismo y chamanismo. Ya que con la llegada de los misioneros salesianos se logró insertar en el shuar la adoctrinación Sin embargo, se observa una presencia muy fuerte del animismo chamánico, incorporando algunos elementos cristianos como el rezo del “Padre Nuestro” en los ritos de curación (Rubenstein, 2005). Cabe mencionar que la creencia de la religión ancestral del pueblo Shuar, se relaciona directamente con el hombre, la naturaleza y algunos seres mitológicos. Se expresa mediante cantos y alabanzas que buscan la conexión con sus antepasados y divinidades (CONAIE, 2014)

CAPITULO II

2. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADULTOS MAYORES

2.1. Introducción

En Ecuador se estima que el 7% de la población está conformado por adultos mayores que tienen alta morbilidad y padecen especialmente de enfermedades crónicas como la depresión que tiene alta prevalencia en adultos mayores a 65 años (Calderón, 2018). Estos adultos mayores, además, están expuestos a factores derivados de su situación de vida, por lo que es necesario poner énfasis en el entorno en que viven, situación social e incluso algunos factores sociodemográficos como trabajo, estado civil, entre otros.

Según la Organización Mundial de la Salud (2020) la depresión es un trastorno mental frecuente que afecta alrededor de 300 millones de personas a nivel mundial, está manifestado por tristeza, pérdida de alegría o frustración. La depresión en todas las edades es un problema de salud pública de primera magnitud, no obstante, en la vejez este problema implica a la familia, la sociedad y servicios de salud pública, los ancianos con este problema no son diagnosticados oportunamente lo cual impide recibir un tratamiento adecuado (Rivera, Benito, & Pazzi, 2015).

2.2. Concepto de depresión

El término depresión se utiliza para referirse a cualquiera de los trastornos depresivos, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición del año 2014 (DSM-V) la encasilla dentro de los trastornos del estado de ánimo y la clasifica según los síntomas y la etiología que muestra. Definiéndolo como un conjunto de cuadros clínicos en los que predomina el estado de ánimo deprimido mismo que puede o no ser explícito y una reducción del interés, con cambios en el patrón del sueño y la alimentación, por mencionar los más comunes (American Psychiatric Association, 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud (2017), es un trastorno mental frecuente caracterizado por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o

falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, la misma que puede llegar a ser crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria.

2.2.1 Formas

Leve: se puede tratar sin necesidad de medicamentos.

Moderado: se necesita de medicamentos y psicoterapia profesional.

Grave: puede conducir al suicidio se necesita de psicoterapia profesional y medicamentos.

2.3 Depresión en adultos mayores

Es un conjunto de síntomas que se manifiestan por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. En el adulto mayor se manifiesta por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad, existiendo diferentes niveles de severidad (Consejo de Salubridad General, 2011).

Un adulto mayor deprimido ve los días como un camino largo que quiere terminar lo más rápido posible, la depresión en su mayoría se caracteriza por la soledad y por el abandono de sus hijos los adultos con este problema sienten que ya nada tiene sentido, sintiéndose desmotivados con un estado de ánimo que no le permite darse cuenta que la vida sigue (Monterroso, 2012).

Diversos estudios muestran que la prevalencia de síntomas depresivos entre los adultos mayores en los países occidentales oscila entre el 6 y el 49% en individuos no institucionalizados, lo cual al no diagnosticarlo a tiempo incurre en mayores costes asociados a los servicios de salud y la preocupación de la familia (Rivera et al., 2015).

2.4 Factores desencadenantes

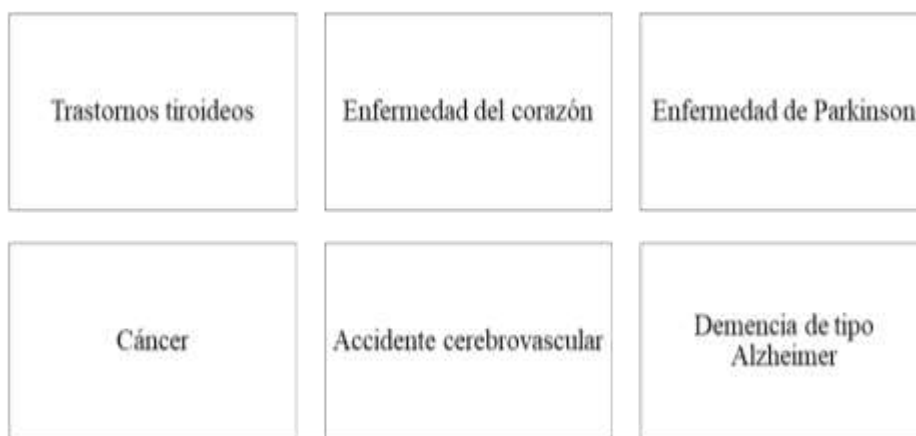
Según James (2018) existen algunos factores que desencadenan este problema como:

- Cambios de vida
- Mudanza del hogar (centro de la tercera edad)

- Dolor o padecimiento crónico
- Hijos que dejan el hogar
- Cónyuge y amigos cercanos que mueren
- Pérdida de la independencia

Así también la depresión está relacionada directamente con algún tipo de padecimiento físico como:

Gráfico 2 Padecimientos físicos asociados a la depresión en adultos mayores



Fuente: James, 2018

En la depresión del adulto mayor influyen varios factores, tanto demográficos, biológicos, psicológicos y ambientales (James, 2018). En cuanto a los factores demográficos, se ha identificado que la frecuencia de depresión es mayor en mujeres que en hombres; además es más probable que una mujer viuda, un anciano aislado, con situación económica carente desarrollen esta patología. El aislamiento es un factor social importante asociado con la depresión en el adulto mayor ya que puede por sí mismo provocar depresión o agravarla.

Los factores biológicos que influyen en este trastorno son principalmente las enfermedades orgánicas, el deterioro funcional y cognitivo, y el insomnio. Se ha visto que varias enfermedades están relacionadas con la depresión, por ejemplo, en un estudio realizado en 2017 con 11 personas, se concluyó que para disminuir la carga de enfermedades

crónicas, los adultos menores de 65 años con enfermedades crónicas deben recibir el tratamiento que necesitan para reducir la probabilidad de desarrollar más enfermedades crónicas a medida que envejecen, el objetivo final es mejorar el estado de salud y reducir los costos de atención médica para padecimientos crónicos en adultos mayores (Adams, 2017). Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, los accidentes cerebrovasculares han mostrado una importante asociación con depresión (Camus, Kraehenbühl, Preisig, Büla, & Waeber, 2004; Freitas, Deschênes, Au, Smith, & Schmitz, 2016; O'Neil et al., 2012). La limitación funcional y el deterioro cognitivo en los adultos mayores está relacionada con depresión y sentimientos de inutilidad. En cuanto al deterioro cognitivo y el insomnio pueden ser considerados factores causales o efectos de la depresión, sin embargo es claro que al encontrarnos con un adulto mayor que presente estas dos manifestaciones debe considerar la posibilidad de depresión (Calderón, 2018).

2.5 Impacto

La depresión en el adulto mayor agrava las comorbilidades e incrementa las necesidades de atención en salud, hospitalización y emergencia, genera mayor discapacidad, deteriora la calidad de vida, conduce al consumo de drogas y alcohol, aumenta el riesgo de muerte especialmente en síndromes depresivos mayores (Calderón, 2018). El control y tratamiento de la depresión en los adultos mayores con enfermedades crónicas tiene un efecto positivo ya que además de mejorar la depresión mejora la calidad de vida. El impacto sobre la mortalidad es negativo ya que la depresión aumenta la tasa de mortalidad por cualquier causa en los adultos mayores; la depresión se considera como un factor de riesgo para la demencia aunque como ya mencionamos no se sabe si es causal o es un efecto de esta, también se ha visto que el 80% de los adultos mayores que tuvieron un intento suicida padecían depresión (Calderón, 2007).

Tabla 1 Factores de riesgo y protectores en el adulto mayor

Factores de riesgo	Factores protectores
Conducta suicida previa y presencia de ideación suicida.	Hábitos de vida saludables
Trastornos mentales y adicciones	Contacto con la familia y amigos
Trastornos y rasgos disfuncionales de la personalidad	No consumo de alcohol
Enfermedad física	Mantenerse activo
Baja autoestima	Práctica religiosa y sentimiento de tener un propósito en vida
Eventos vitales estresantes	Extroversión, apertura a la experiencia, responsabilidad
Déficit funcional	Percepción de auto eficiencia
	Orientación al futuro y espiritualidad

Fuente: Calderón, 2018

2.6 Complicaciones

El sistema nervioso central, inmune y endócrino son sistemas complejos que interactúan unos con otros por lo que las alteraciones inmunológicas causadas por eventos estresantes podrían generar afecciones importantes para la salud física del individuo. Así en individuos estresados se ha observado una mayor predisposición a enfermedades infecciosas o a modificar la complejidad de las mismas. Otra causa importante de este desequilibrio es un

aumento de la producción de citosinas proinflamatorias y su espectro asociado de síndromes y enfermedades relacionadas con la edad (Moscoso, 2009).

El mecanismo por el cual el estrés crónico produce depresión se ha identificado por la secreción de la hormona liberadora de corticotropina (CRH), que se sintetiza en el cerebro estresado y que afecta a la liberación de dopamina en el núcleo accumbens, una región del cerebro relacionada con la motivación, la recompensa, el placer y el comportamiento social. En circunstancias normales, cuando algo excitante o motivador sucede, o cuando un acontecimiento nos despierta curiosidad, la CRH se une a un receptor cerebral y desencadena la liberación de dopamina, lo que nos hace sentir bien. Sin embargo, cuando el estrés se alarga en el tiempo, este mecanismo falla, la dopamina se deja de liberar y, alterada la cascada química que es la que aporta la sensación de bienestar y placer, y como resultado todo a nuestro alrededor deja de resultarnos interesante (Camps, Sánchez, & Sirera, 2006; Hernández, Coronel, Aguilar, & Rodríguez, 2016).

Los mecanismos por los cuales se cree que la depresión sería capaz de inducir cambios permanentes en los circuitos cerebrales que regulan el estado de ánimo estarían vinculados a la hipersecreción de cortisol, pérdida del pulso cortisolémico propio de estos estados, así como a la inducción de apoptosis debida a la disregulación del sistema glutamatérgico, así como a una disminución de la secreción del factor de crecimiento neuronal (Post, 2007). Las complicaciones más frecuentes derivadas de este trastorno son el suicidio, el aumento de peso que a su vez incrementa el riesgo de enfermedades cardíacas o diabetes, enfermedades físicas como la fibromialgia, abuso de alcohol o drogas, trastornos de ansiedad, dificultad en las relaciones, etc. (Bousoño et al., 2008).

2.7 Diagnóstico

La depresión está relacionada con enfermedades crónicas incapacitantes que en el caso de los adultos mayores provoca lesiones frecuentes que agudizan el problema hasta cuatro veces más en relación a otras edades, en tal virtud, la salud de los adultos mayores tiende a deteriorarse con el paso de los años (Acosta & García, 2007).

La depresión puede darse en cualquier tipo de persona ya que esta enfermedad mental no discrimina, es decir afecta a ricos, pobres, negros y blancos, pero los adultos mayores son

más propensos a este tipo de enfermedad; para poder diagnosticar se presentan los siguientes síntomas: estado de ánimo irritable, no pueden conciliar el sueño, pérdida de apetito, cansancio, odio a sí mismo, culpabilidad, entre otros (Acosta & García, 2007).

Según la guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V los criterios para un diagnóstico de trastorno depresivo mayor son los siguientes (American Psychiatric Association, 2014):

- A. Ánimo depresivo casi diario desde hace 2 semanas y desde un momento preciso y reconocible, junto con la presencia de 5 o más de los siguientes síntomas y uno de ellos debe ser el estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer:
- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
 - Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades la mayor parte del día.
 - Aumento o pérdida significativa (> 5%) de peso, o disminución o aumento del apetito.
 - Insomnio (a menudo insomnio de mantenimiento del sueño) o hipersomnia.
 - Agitación o retardo psicomotor observado por otros (no informado por el mismo paciente).
 - Fatiga o pérdida de energía.
 - Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada
 - Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión
 - Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, intento de suicidio o un plan específico para suicidarse
- B. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o afección médica.

La depresión es una patología compleja, multifactorial y de alto impacto en la salud y calidad de vida de quien la padece y de las personas que lo rodean. Sus manifestaciones clínicas derivan de la alteración del estado de ánimo, existe un amplio abanico de

sintomatología, se debe considerar en toda persona que presente un estado de ánimo triste, acompañado de sentimiento de inutilidad y alteraciones del sueño y la alimentación. La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) ha establecido criterios para diagnosticar esta patología, por ende, es sabido que el diagnóstico es netamente clínico y rara vez requiere de exámenes complementarios. El tratamiento es integral basado en fármacos, psicoterapia y redes de apoyo familiar.

2.8 Tratamiento:

El ministerio de Salud pública del Ecuador en la Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento del episodio y del trastorno depresivo recurrente en adultos mayores (2017), establece los siguientes tipos de psicoterapias para su tratamiento

- **Terapia cognitivo conductual (TCC):** Terapia psicológica, el paciente trabaja en colaboración con el profesional para identificar los tipos de pensamientos, creencias, interpretaciones y sus efectos en los síntomas actuales, los sentimientos o las áreas problemáticas. El paciente desarrolla habilidades para identificar, monitorizar y contrarrestar apropiadamente los pensamientos, creencias y las interpretaciones problemáticas relacionadas con los síntomas.
- **Psicoterapia interpersonal (TIP):** Su enfoque se centra en las relaciones actuales y en los procesos interpersonales. Esta terapia se enfoca en las dificultades que surgen en la experiencia diaria de las relaciones interpersonales y la resolución de dificultades durante el episodio depresivo. Las principales tareas se relacionan con ayudar a los pacientes a aprender a vincular su afecto con sus contactos interpersonales y a reconocer que,

mediante el adecuado manejo de las situaciones interpersonales, pueden mejorar tanto sus relaciones como su estado depresivo.

- **Psicoterapia psicodinámica:** Se define como una intervención psicológica derivada de un modelo psicodinámico/psicoanalítico, y donde el terapeuta y el paciente exploran y trabajan sobre los conflictos y sobre cómo estos se hallan representados en las situaciones actuales y en las relaciones, incluida la relación terapéutica. Esto genera una oportunidad para que los pacientes exploren sus sentimientos y sus conflictos, conscientes e inconscientes, que se originan en el pasado, mediante un enfoque técnico en la interpretación y el trabajo a través de los conflictos.
- **Activación comportamental:** Tratamiento mediante el cual la persona con depresión y el terapeuta trabajan en conjunto para identificar el efecto de la conducta en los síntomas, los sentimientos y los problemas. Fomentar el desarrollo de conductas más positivas, como la planificación de actividades y la realización de actividades constructivas que usualmente son evitadas.
- **Psicoterapia grupal:** Este enfoque tiene un fuerte componente psicoeducativo. Se centra en la enseñanza a los pacientes de las técnicas y las estrategias para hacer frente a los problemas que, se supone, están relacionados con su depresión. Tales estrategias incluyen la mejoría de las habilidades sociales, el abordaje de los pensamientos negativos, el aumento en las actividades placenteras y el entrenamiento de relajación. Los grupos son altamente estructurados, y, por lo general, consiste en seis a diez adultos y dos líderes de grupo.

CAPITULO III

3. METODOLOGIA

3.1 Hipótesis y / o Preguntas de Investigación:

Los adultos mayores del programa implementado por el GAD Parroquial de Bomboiza en la comunidad Shuar de Bomboiza de la ciudad de Gualaquiza presentan sintomatología depresiva.

3.2 Objetivo general.

Evaluar la sintomatología depresiva en los adultos mayores del programa implementado por el GAD Parroquial de Bomboiza en la comunidad Shuar de Bomboiza, de la ciudad de Gualaquiza

3.3 Objetivos específicos:

- Determinar niveles sintomatológicos de depresión presentes en el grupo antes mencionado.
- Describir los resultados obtenidos luego de la aplicación de la escala de depresión geriátrica de Yesavage.
- Analizar las relaciones existentes entre la sintomatología depresiva y las características sociodemográficas de la población.

3.4 Población y Muestra

La población del presente estudio, está representada por los adultos mayores pertenecientes a la comunidad Shuar; la muestra está compuesta por 30 adultos mayores de

65 años de edad pertenecientes a la comunidad Shuar de Bomboiza en la ciudad de Gualaquiza, provincia Morona Santiago, participantes del programa implementado por el Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial de Bomboiza; el tipo de muestreo es no probabilístico.

Para la selección de la muestra se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

3.5 Criterios de inclusión:

1. Adultos mayores de la comunidad Shuar de Bomboiza, del Cantón Gualaquiza provincia Morona Santiago, pertenecientes al programa implementado por el GAD Parroquial de Bomboiza.
2. Adultos mayores a 65 años de edad.
3. Aquellos que firmen el consentimiento informado.

3.6 Criterios de exclusión:

1. Deterioro cognitivo severo que impida la participación en la evaluación que se evaluará a través de Mini Examen Cognoscitivo (MEC).
2. Adultos menores a 65 años de edad.

3.7 Tipo de Estudio

Se trató de un estudio transversal cuantitativo, no experimental. El alcance fue de tipo descriptivo y correlacional.

3.8 Instrumentos Utilizados

3.8.1. Mini examen cognoscitivo de Lobo. (MEC)

En su versión original es conocido como Mini Mental Test (MMSE) creado por Folstein y McHugh (1975), inicialmente con el objetivo de determinar patología orgánica o

psiquiátrica. Fue adaptado al español en 1978 por Lobo y sus colaboradores denominándolo Mini Examen Cognoscitivo (MEC), explora las funciones mentales de una forma rápida y estandarizada, útil para estimar la gravedad de la alteración cognitiva y medir el posible deterioro cognitivo.

Tras la estandarización española del MEC se evidencia la validez "de construcción" y "validación concurrente" contra instrumentos psicométricos o exámenes clínicos independientes; capacidad discriminativa entre cuadros "orgánicos" y "no orgánicos"; y validación contra parámetros externos, incluyendo el electroencefalograma. Los resultados del cálculo de fiabilidad test/retest del MEC, en las exigentes condiciones del estudio, fueron satisfactorias. Se confirma la validez del MEC-35, siendo el punto de corte más equilibrado precisamente el 23/24. (Lobo, 1999) Este instrumento fue utilizado con la finalidad de evaluar la población objetivo y determinar que adultos mayores poseían un deterioro cognitivo severo hecho que los excluiría de ser parte de la presente investigación. Incluye 11 ítems que valoran funciones cognitivas. La puntuación global se calcula sumando los resultados obtenidos en cada uno de los ítems y oscila entre 0 y 35 puntos, sin embargo, también permite excluir preguntas que hayan sido eliminadas por analfabetismo o ceguera (Bernal, Berrazueta, & Morocho, 2014). Por esta razón, pudo ser aplicable a la muestra planteada debido a que la mayoría de los evaluados poseen bajo nivel académico y el tiempo de aplicación oscila entre 5 a 10 minutos. (Ver Anexo 1)

3.8.2 Consentimiento informado

Previo a la aplicación, se socializa con cada uno de los participantes el objetivo y procedimiento de la investigación, la nulidad de riesgos o beneficios para los mismos, se recalca en la confidencialidad de sus datos y se pide la voluntariedad en la participación a lo que cada uno accede al firmar este documento. (Ver Anexo 2)

3.8.3 Ficha Sociodemográfica

En este instrumento se reportaron datos como: género, nivel de educación, estado civil, con quién vive el individuo, características de la vivienda, ocupación, enfermedades

padecidas, percepción individual sobre el estado de salud y el impacto cultural de la minería sobre esta población. (Ver Anexo 3)

3.8.4. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS):

Instrumento que permite medir la depresión, la Escala de Depresión Geriátrica (GDS), creada por Yesavage, la misma que en su versión original cuenta con 30 ítems que evalúan de manera dicotómica aspectos cognoscitivos de la depresión. En 1986, se creó un cuestionario corto GDS, que contiene 15 preguntas, las mismas que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos: 10 indican la presencia de depresión cuando se contestan afirmativamente y los 5 restantes (1, 5, 7, 11 y 13) indican depresión cuando se responden negativamente. Por lo cual, los puntos de corte son 0 - 5 que se considera no depresión, 6 - 9 que corresponde a probable depresión y 10-15 que equivale a depresión establecida.

En cuanto a la validez y fiabilidad de la herramienta han sido respaldadas tanto con la consulta como las investigaciones clínicas, además se encontró que la fiabilidad inter-observador e intra-observador, medidas a través del índice de Kappa ponderado, obtuvo valores de 0,655; la consistencia interna alcanzó un valor de 0,994; y la validez convergente alcanzó un coeficiente de correlación de Spearman de 0,618. (Organización Panamericana de la Salud, 2012) (Ver Anexo 4)

3.9 Análisis Estadístico

Para este estudio se utilizó Excel y SPSS 26 para el manejo cuantitativo de datos, mismos que facilitaron la tabulación y el análisis de datos, lo que permitió obtener tablas y figuras de la presente investigación.

CAPITULO IV

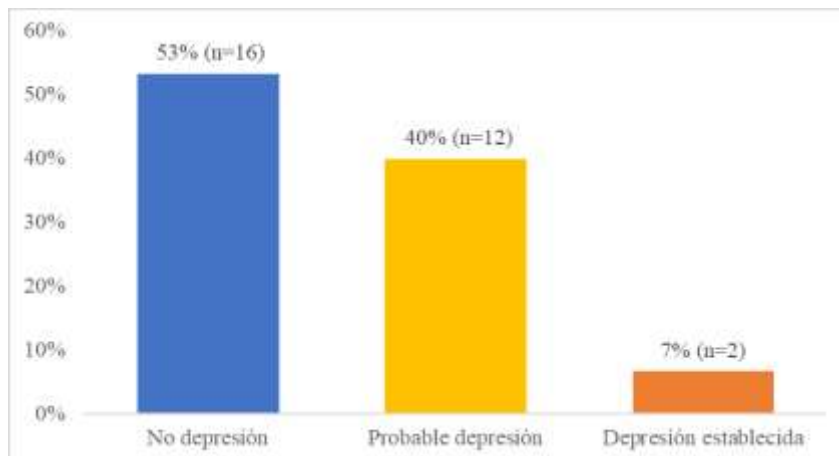
4. RESULTADOS

4.1. Análisis e interpretación de resultados

4.1.1. Escala de depresión geriátrica de “Yesavage”

El objetivo de la presente investigación fue evaluar la sintomatología depresiva en los adultos mayores del programa del GAD Parroquial de Bomboiza, de la ciudad de Gualaquiza; para lo cual, se evaluó un total de 30 individuos, el 60% (n=18) se identificaron como género femenino y el porcentaje restante perteneció al género masculino. La sintomatología depresiva fue evaluada a través de la escala de depresión geriátrica de Yesavage, la cual arroja tres categorías de resultados: no depresión, probable depresión y depresión establecida, basada en esta categorización, se obtuvo que el 53% de los adultos mayores no presentaron depresión, el 40% probable depresión y el 7% presentó un diagnóstico de depresión establecida (Ver Gráfico 3).

Gráfico 3 Diagnóstico de depresión según la "Escala de depresión geriátrica de Yesavage"



Elaborado por: Raphael León, 2020

Fuente: Información obtenida del presente estudio

4.1.2. Características socio-demográficas

La media de la edad fue de 73 años con un rango que va de los 65 a 97 años se calculó la desviación estándar y el resultado fue 6.9. En cuanto a su nivel de educación se identificó que el 30% de esta población no tenían ningún nivel educativo. El 96.67% de los adultos mayores tenía una sola pareja sentimental y el 3.33% de ellos refirió tener dos parejas sentimentales al momento de realizar la entrevista. En cuanto al estado civil, el 50% se encuentran casados. El 66.67% viven actualmente con su esposo(a) y el 16.67% viven solos (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Características demográficas de los adultos mayores del programa del GAD Parroquial de Bomboiza, Gualaquiza.

	Variables	No.	%	% acumulado
Género	Masculino	12	40	40
	Femenino	18	60	100
Nivel educativo	Ninguno	9	30	30
	Educación básica completa	6	20	50
	Educación básica incompleta	13	43.33	93.33
	Educación secundaria incompleta	2	6.67	100
	Bachillerato completo	0	0	0
	Nivel tecnológico	0	0	0
	Superior	0	0	0
	Posgrado	0	0	0
Tiene más de una pareja	Si	1	3.33	3.33
	No	29	96.67	100
Estado civil	Soltero/a	2	6.67	6.7
	Unión de hecho	7	23.33	30
	Casado/a	15	50	80
	Divorciado/a	0	0	0
	Viudo/a	6	20	100
¿Con quién vive Ud. actualmente?	Esposo/a	20	66.67	83.3
	Hijo/a	4	13.33	96.7
	Hermano/a	0	0	0
	Nieto/a	1	3.33	100
	Sobrino/a	0	0	0
	Primo/a	0	0	0
	Solo/a	5	16.67	16.67
	Otros/as	0	0	0

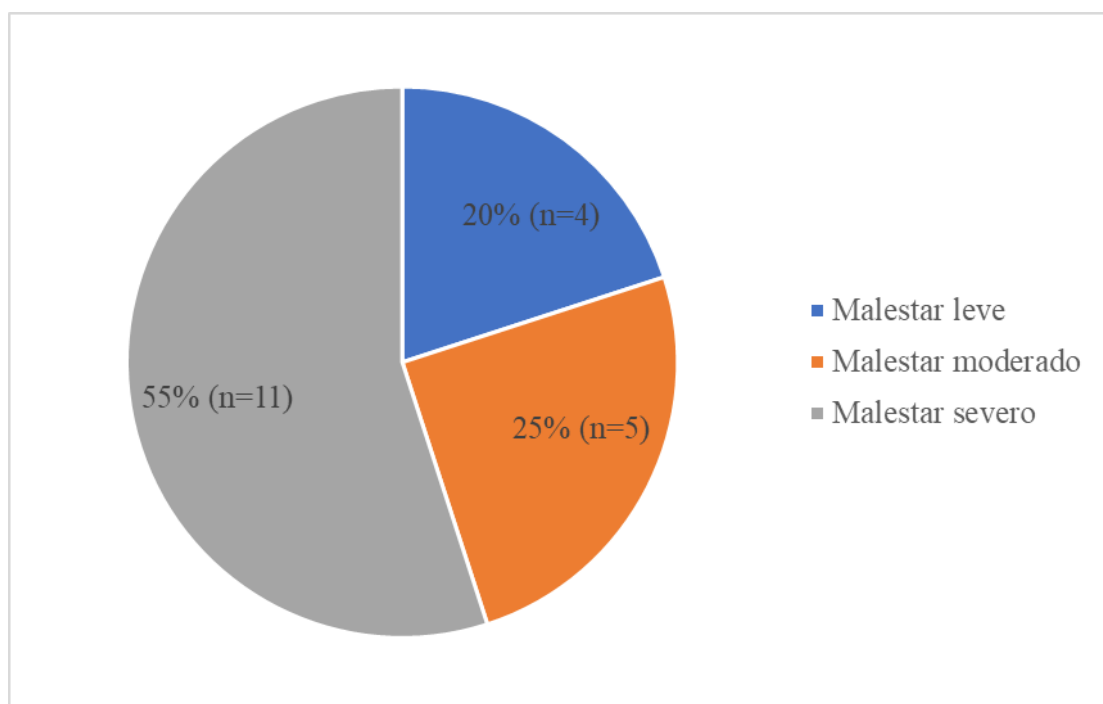
Elaborado por: Raphael León, 2020

Fuente: Información obtenida del presente estudio

4.1.3. Grado de malestar producido por enfermedad

Se evaluó la percepción sobre su estado de salud de estos adultos mayores y se evidenció que el 66.67% (n=20) padecen de alguna enfermedad. En el 55% de los casos esta enfermedad genera un grado de malestar general severo (Ver Gráfico 4) y se identificó que de los enfermos el 95% reciben atención médica.

Gráfico 4 Grado de malestar general que ocasiona el padecimiento de su enfermedad en los adultos mayores del programa por el GAD Parroquial de Bomboiza, Gualaquiza



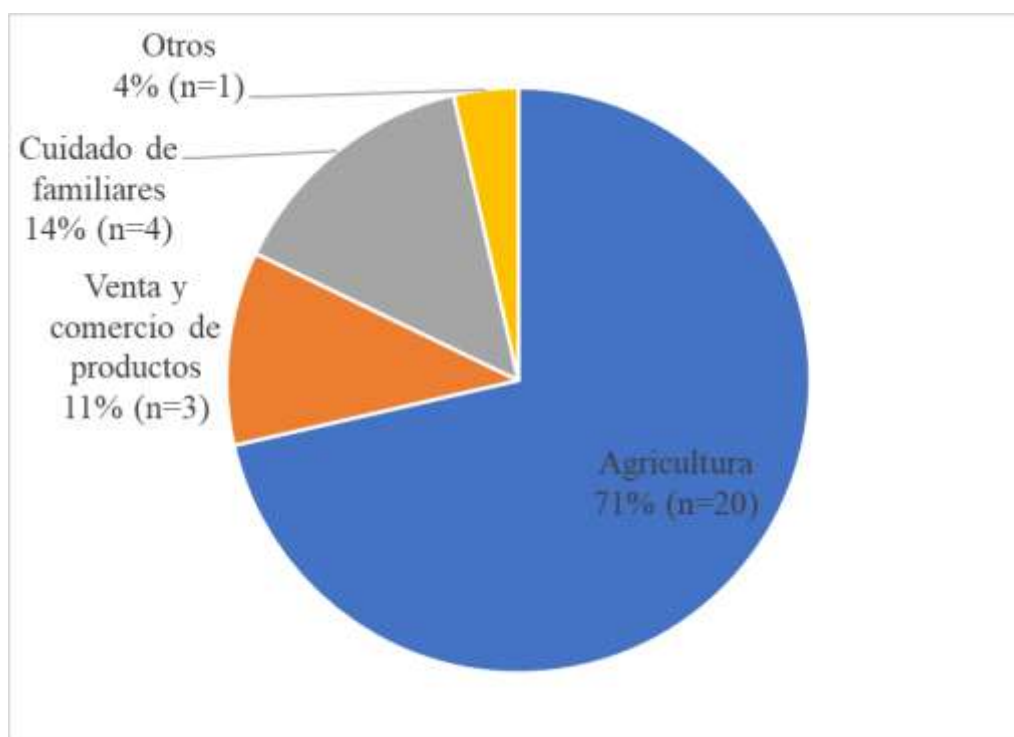
Elaborado por: Raphael León, 2020

Fuente: Información obtenida del presente estudio

4.1.4. Actividades a las que se dedican

El 93.33% de los entrevistados refirió trabajar o mantener algún tipo de ocupación, se identificó que el 72.43% se dedican a actividades relacionadas con la agricultura. El 71.43% de los adultos mayores dedican más de 8 horas a realizar sus actividades ocupacionales (Ver Gráfico 5).

Gráfico 5 Actividades a las que se dedican los adultos mayores del programa por el GAD Parroquial de Bomboiza, Gualaquiza



Elaborado por: Raphael León, 2020

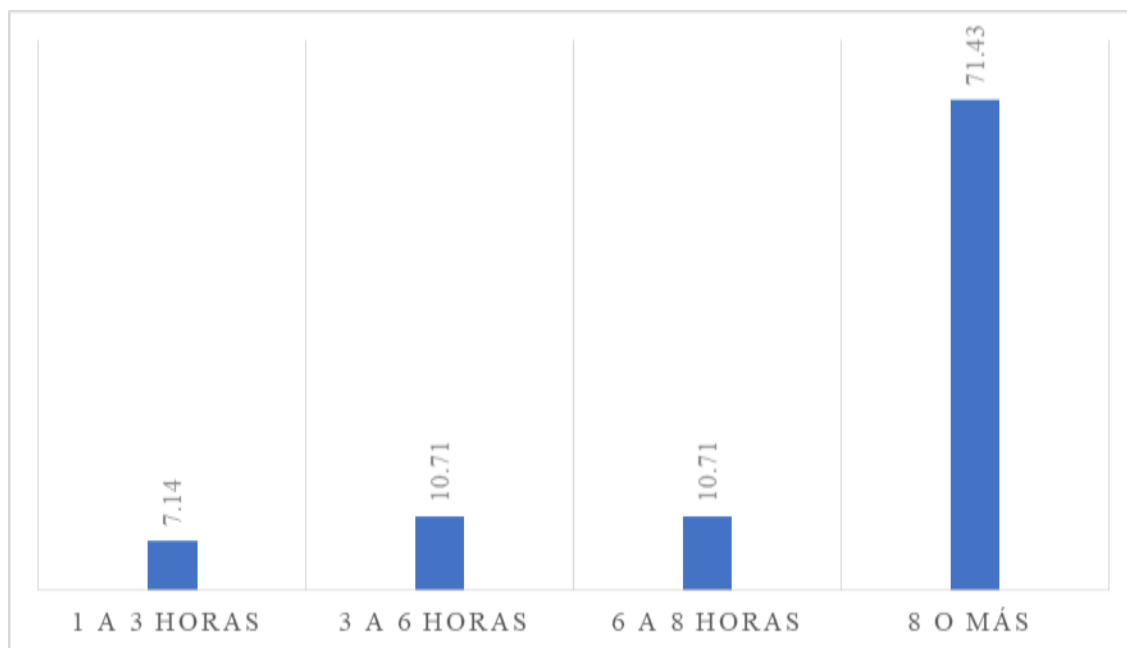
Fuente: Información obtenida del presente estudio

4.1.5. Tiempo invertido en su actividad

Como se observa en el gráfico 6, y en relación al tiempo por semana, que los adultos mayores dedican a su actividad ocupacional, se pudo constatar que más del 70% de los encuestados, mencionaron que invierten más de 8 horas en su actividad ocupacional, mientras

que solo el 7.14% de la población invierte de 1 a 3 horas en estas actividades, lo que demuestra que la mayoría de encuestados, y a pesar de su edad, todavía se ocupa con una jornada laboral que en ocasiones sobrepasa las 8 horas.

Gráfico 6 Tiempo por semana que los adultos mayores dedican a su actividad ocupacional



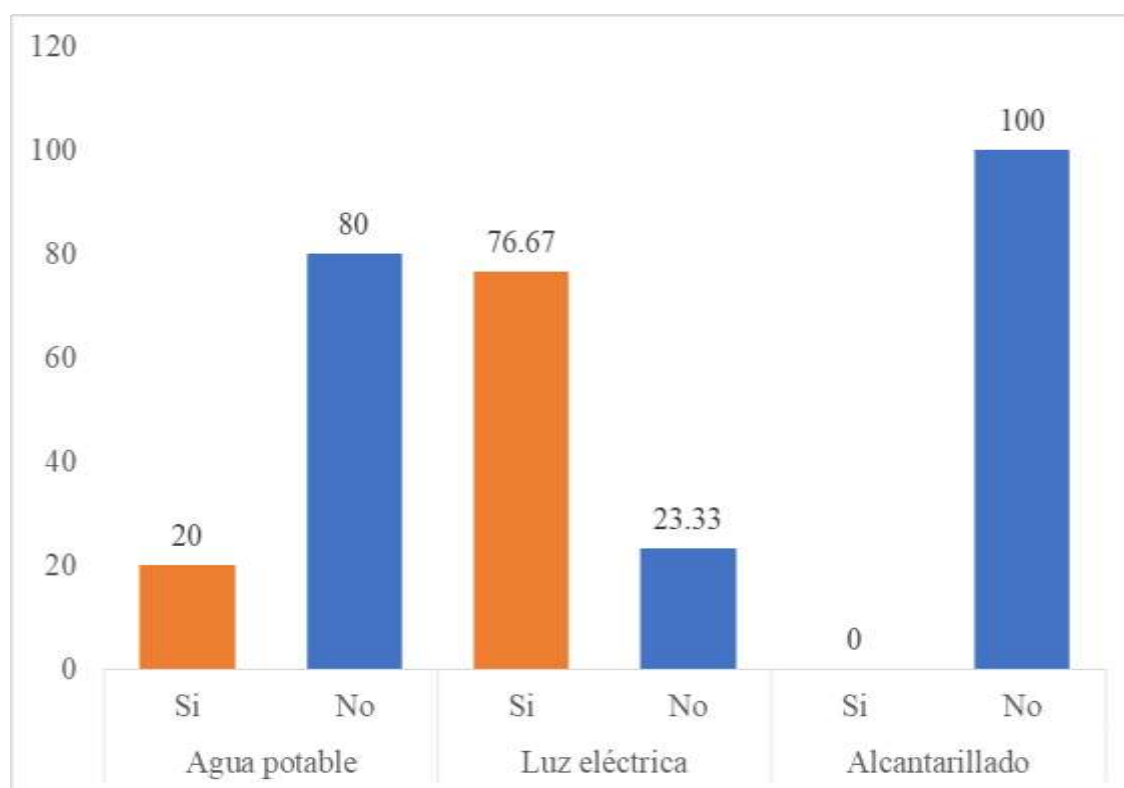
Elaborado por: Raphael León, 2020

Fuente: Información obtenida del presente estudio.

4.1.6. Servicios Básicos

Respecto a los servicios básicos se indagó cuántos de estos adultos mayores tenían acceso a agua potable, luz eléctrica y alcantarillado y se evidenció que el 23.33% no cuenta con acceso a servicios básicos; los resultados se presentan en el Gráfico 7.

Gráfico 7 Acceso a servicios básicos de los adultos mayores del programa por el GAD Parroquial de Bomboiza, Gualaquiza



* Nota: Porcentaje de personas que tiene accesos a los diferentes tipos de servicios básicos.

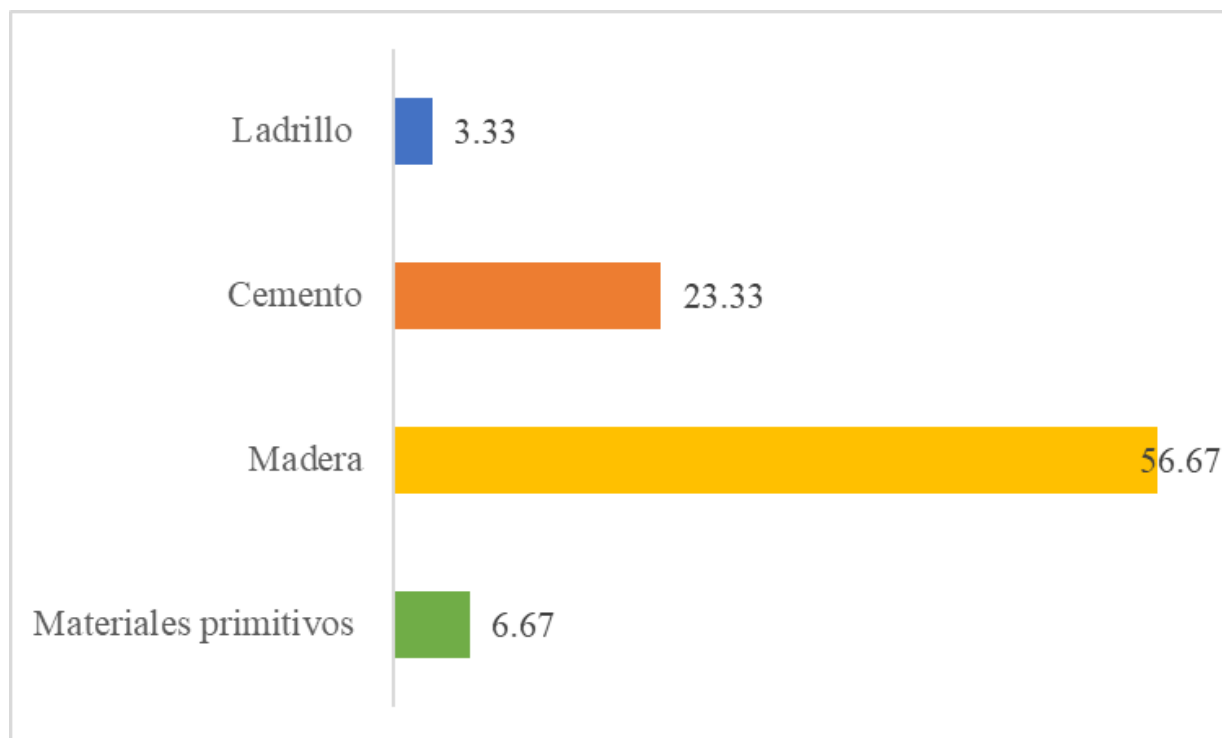
Elaborado por: Raphael León, 2020

Fuente: Información obtenida del presente estudio

4.1.7. Materiales de las que están hechas las viviendas

En cuanto a la pregunta relacionada con los materiales de construcción de sus viviendas del 66.67 % de los adultos mayores están hechas de madera. (Véase Gráfico 8). El 83.33% refirió vivir en una vivienda propia y el 6.67% (n=2) refirió vivir en una vivienda prestada, el porcentaje restante viven en una vivienda alquilada.

Gráfico 8 Materiales de los que están hechas las viviendas de los adultos mayores del programa por el GAD Parroquial de Bomboiza, Gualaquiza



Elaborado por: Raphael León, 2020

Fuente: Información obtenida del presente estudio

4.1.8. Opinión acerca de la llegada de los mineros a sus tierras

Además, se les interrogó sobre su opinión respecto a si la llegada de los misioneros afectó la manera en la que vivía la comunidad shuar a lo que la mayoría (70%) respondió estar totalmente en desacuerdo, se les preguntó también si consideran que la llegada de la explotación minera cambió su manera de vivir a lo que el 66,67% respondió estar totalmente de acuerdo. (Ver Tabla 3)

Tabla 3. Opinión de los adultos mayores respecto a cómo la llegada de mineros y la explotación minera ha afectado la manera de vivir de la comunidad shuar.

Pregunta		No.	%
¿Considera Ud. que la llegada de los misioneros afectó la manera en la que vivía el shuar?	Totalmente en desacuerdo	21	70
	Bastante en desacuerdo	2	6.67
	Ni de acuerdo de en desacuerdo	0	0
	Bastante de acuerdo	3	10
	Totalmente de acuerdo	4	13.33
¿Considera Ud. que la llegada de la explotación minera afectó su manera de vivir?	Totalmente en desacuerdo	5	16.67
	Bastante en desacuerdo	1	3.33
	Ni de acuerdo de en desacuerdo	4	13.33
	Bastante de acuerdo	0	0
	Totalmente de acuerdo	20	66.67

Elaborado por: Raphael León, 2020

Fuente: Información obtenida del presente estudio

4.1.9. Presencia de depresión

La prevalencia de depresión establecida fue del 7% y de un probable diagnóstico de depresión fue del 40%. Los datos mencionados fueron ligeramente más prevalentes en el sexo masculino (8.3%), en los adultos que no tenían ningún nivel de educación (22.2%) y en los viudos (16.7%). De acuerdo a las variables investigadas, la distribución fue de la siguiente manera (Ver Tabla 4 y 5)

Tabla 4. Probable diagnóstico de depresión en los adultos mayores del programa por el GAD Parroquial de Bomboiza, Gualaquiza.

Variables		Probable depresión	
		No.	%
Género	Masculino	4	33.3
	Femenino	7	38.9
Nivel educativo	Ninguno	3	33.3
	Educación básica completa	2	33.3
	Educación básica incompleta	6	46.2
	Educación secundaria incompleta	0	0
	Bachillerato completo	0	0
	Niveles superiores	0	0
Tiene más de una pareja sentimental	Si	0	0
	No	11	37.9
Estado civil	Soltero/a	1	50
	Unión de hecho	3	42.9
	Casado/a	6	40
	Divorciado/a	0	0
	Viudo/a	1	16.7
Tipo de vivienda	Propia	9	36
	Alquilada	1	33.3
	Otro (especificar)	1	50
Posee servicios básicos	Si	8	34.8
	No	3	42.9
De que materiales está hecha la vivienda que habita	Materiales primitivos	2	100
	Madera	7	35
	Cemento	1	14.3
	Ladrillo	1	100
Con quien vive Ud. actualmente	Esposo/a	8	40
	Hijo/a	2	50
	Solo/a	1	20
	Otros (hermano, nietos, etc.)	0	0
Trabaja o mantiene alguna ocupación	Si	10	35.7
	No	1	50
A que actividad se dedica	Agricultura	7	35
	Venta y comercio de productos	1	33.3
	Cuidado de familiares	2	50
	Otros	0	0
Cuantas horas dedica semanalmente a su actividad	1 a 3 horas	2	100
	3 a 6 horas	1	33.3
	6 a 8 horas	1	33.3
	8 o más	6	30
Padece alguna enfermedad	Si	10	50
	No	1	10
Considera Ud. que la llegada de los misioneros afecto la manera en la que vivía el shuar	Totalmente en desacuerdo	7	33
	Bastante en desacuerdo	1	50
	Ni de acuerdo de en desacuerdo	0	0
	Bastante de acuerdo	2	66.7
	Totalmente de acuerdo	1	25
Considera Ud. que la llegada de la explotación minera afecto su manera de vivir	Totalmente en desacuerdo	3	60
	Bastante en desacuerdo	0	0
	Ni de acuerdo de en desacuerdo	1	25
	Bastante de acuerdo	0	0
	Totalmente de acuerdo	7	35

Elaborado por: Raphael León, 2020

Fuente: Información obtenida del presente estudio

Tabla 5 Depresión en los adultos mayores del programa por el GAD Parroquial de Bomboiza, Gualaquiza.

Variables		Depresión establecida	
		No.	%
Género	Masculino	1	8.3
	Femenino	1	5.6
Nivel educativo	Ninguno	2	22.2
	Educación básica completa	0	0
	Educación básica incompleta	0	0
	Educación secundaria incompleta	0	0
	Bachillerato completo	0	0
	Niveles superiores	0	0
Tiene más de una pareja sentimental	Si	1	100
	No	1	3.4
Estado civil	Soltero/a	0	0
	Unión de hecho	1	14.3
	Casado/a	0	0
	Divorciado/a	0	0
	Viudo/a	1	16.7
Tipo de vivienda	Propia	2	8
	Alquilada	0	0
	Otro (especificar)	0	0
Posee servicios básicos	Si	1	4.3
	No	1	14.3
De que materiales está hecha la vivienda que habita	Materiales primitivos	0	0
	Madera	2	10
	Cemento	0	0
	Ladrillo	0	0
Con quien vive Ud. actualmente	Esposo/a	1	5
	Hijo/a	1	25
	Solo/a	0	0
	Otros (hermano, nietos, etc.)	0	0
Trabaja o mantiene alguna ocupación	Si	2	7.1
	No	0	0
A que actividad se dedica	Agricultura	1	5
	Venta y comercio de productos	1	33.3
	Cuidado de familiares	0	0
	Otros	0	0
Cuántas horas dedica semanalmente a su actividad	1 a 3 horas	0	0
	3 a 6 horas	0	0
	6 a 8 horas	1	33.3
	8 o más	1	5
Padece alguna enfermedad	Si	2	10
	No	0	0
Considera Ud. que la llegada de los misioneros afecto la manera en la que vivía el shuar	Totalmente en desacuerdo	1	5
	Bastante en desacuerdo	1	50
	Ni de acuerdo de en desacuerdo	0	0
	Bastante de acuerdo	0	0
	Totalmente de acuerdo	0	0
Considera Ud. que la llegada de la explotación minera afecto su manera de vivir	Totalmente en desacuerdo	0	0
	Bastante en desacuerdo	1	100
	Ni de acuerdo de en desacuerdo	1	25
	Bastante de acuerdo	0	0
	Totalmente de acuerdo	0	0

Elaborado por: Raphael León, 2020

Fuente: Información obtenida del presente estudio

4.1.10. Depresión y variables relacionadas como factores de riesgo

Basándonos en la distribución que se presenta en la Tabla 5, se procedió a explorar la asociación y la significancia de la misma (Ver Tabla 6), para este análisis se consideró un nivel de confianza del 95%. Se evidencia que tener más de una pareja es estadísticamente significativo debido a que el valor de P es de 0.0 y el OR denota que existiría 29 veces más probabilidades de tener depresión en estos participantes con un intervalo de confianza de 4.22 – 198.97. Al igual, se identificó que no tener ningún nivel de educación (χ^2 5.0 p 0.02) mostró asociación estadísticamente significativa para padecer depresión.

Tabla 6. Depresión y variables relacionadas como factores de riesgo en los adultos mayores del programa por el GAD Parroquial de Bomboiza, Gualaquiza

Variables	Chi ²	p	OR	IC
Sexo mujer	0.89	0.76	6.47	0.03 – 11.45
No tener ningún nivel de educación	5.0	0.02	0.77	0.54 -1.10
Tener más de una pareja	14	0.00	29	4.22 – 198.97
No tener una pareja estable actual	0.59	0.44	3	0.16 – 54.55
No tener vivienda propia	0.42	0.51	1.08	0.97 – 1.22
No tener acceso a servicios básicos	0.85	0.35	3.66	0.19 – 67.65
Vivir solo	0.42	0.51	1.08	0.97 – 1.22
No realizar ninguna actividad de tipo ocupacional	0.15	0.69	1.07	0.97 – 1.19
Padecer alguna enfermedad	1.07	0.30	0.90	0.77 – 1.04

Elaborado por: Raphael León, 2020.

Fuente: Información obtenida del presente estudio

Además, se realizó el cálculo considerando solo aquellos que se encuentran en la categoría de probable depresión, los resultados arrojados se presentan en la Tabla 7, podemos notar que padecer alguna enfermedad (χ^2 5.26 p 0.02) es la variable con mayor nivel de significancia estadística para tener un probable diagnóstico de depresión. Notamos también

que tener más de una pareja es una variable que aumenta el riesgo de una probable depresión en 1.30 veces (IC 95% 1.11 – 1.5) mientras que no realizar ninguna actividad ocupacional incrementa la probabilidad de una probable depresión en 9 (IC 95% 1.04 – 77.41).

Tabla 7. Probable diagnóstico de depresión y variables relacionadas como factores de riesgo en los adultos mayores del programa por el GAD Parroquial de Bomboiza, Gualaquiza

Variables	Chi²	p	OR	IC
Sexo mujer	0.11	0.73	1.27	0.31 – 5.09
No tener ningún nivel de educación	0.074	0.78	0.81	0.18 – 3.61
Tener más de una pareja	0.6	0.43	1.3	1.11 – 1.5
No tener una pareja estable actual	0.75	0.38	0.48	0.09 – 2.57
No tener vivienda propia	0.03	0.85	1.18	0.20 – 6.90
No tener acceso a servicios básicos	0.19	0.66	1.4	0.30 – 6.55
Vivir solo	0.81	0.36	0.37	0.04 – 3.38
No realizar ninguna actividad de tipo ocupacional	0.21	0.64	1.8	0.14 – 21.94
Padecer alguna enfermedad	5.26	0.02	9	1.04 – 77.41

Elaborado por: Raphael León, 2020

Fuente: Información obtenida del presente estudio

En la Tabla 8, se realizó el cálculo de correlaciones y razón de ventajas (OR) considerando aquellos que tenían depresión y aquellos con probable diagnóstico de depresión con este cálculo se evidenció que; tener más de una pareja demostró 2.4 veces más oportunidades de que un adulto mayor presente depresión (OR 2.42 IC 95% 1.57 – 3.73) y aquellos que padecen alguna enfermedad tienen 6,8 más probabilidades de padecer depresión (OR 6.79 IC 95% 13.5 – 128.26).

Tabla 8. Depresión – Probable diagnóstico de depresión y variables relacionadas como factores de riesgo en los adultos mayores del programa por el GAD Parroquial de Bomboiza, Gualaquiza.

Variables	Chi ²	p	OR	IC
Sexo mujer	0.02	0.88	1.12	0.26 – 4.91
No tener ningún nivel de educación	0.78	0.38	2.03	0.42 – 9.89
Tener más de una pareja	1.35	0.25	2.42	1.57 – 3.73
No tener una pareja estable actual	0.15	0.69	0.72	0.14 – 3.78
No tener vivienda propia	0.03	0.87	0.85	0.12 – 5.99
No tener acceso a servicios básicos	0.71	0.40	2.07	0.37 – 11.3
Vivir solo	1.33	0.25	0.27	0.63 – 2.78
No realizar ninguna actividad de tipo ocupacional	0.03	0.84	1.33	0.07 – 23.54
Padecer alguna enfermedad	6.79	0.009	13.5	1.42 – 128.26

Elaborado por: Raphael León, 2020.

Fuente: Información obtenida del presente estudio.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar la sintomatología depresiva en los adultos mayores del programa implementado por el GAD Parroquial de Bomboiza en la comunidad Shuar de Bomboiza, de la ciudad de Gualaquiza. El envejecimiento es la etapa cumbre del ciclo vital, en la que cada individuo inicia un proceso de cambios biológicos, físicos, sociales y psicológicos. El adulto mayor shuar es considerado fuente de saberes y valores culturales ancestrales, sin embargo, desde la llegada de la adoctrinación cristiana, se ha visto envuelto en un proceso de aculturación, este fenómeno social acompañado de la etapa vital en la que se encuentra predispone a padecer múltiples patologías, tales como la depresión (Alvarado García & Salazar Maya, 2014).

Al estudiar las variables sociodemográficas de la muestra se evidenció un mayor porcentaje de mujeres con el 60% hecho que concuerda con varios estudios latinoamericanos donde el sexo femenino predomina frecuentemente en adultos mayores, por ejemplo, en 2009 a través de la Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento en el Ecuador (SABE 2009), se reportó que el 53.4% de adultos mayores pertenecían al sexo femenino (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2009). Sin embargo, en un estudio realizado en el centro médico Naval en Lima Perú, se evidenció que en la muestra de 574 adultos mayores el 58.01 % eran hombres (Runzer - Colmenares, 2017). Se puede evidenciar que las diferencias por sexo son mínimas, sin embargo, esta variable es importante ya que el sexo influye en el desarrollo humano, la expectativa de vida es superior en mujeres (Kinsella & Phillips, 2005). Desde el punto de vista psicosocial esto se debe en gran medida a que las mujeres tienen mayor tendencia a cuidar de sí mismas y a buscar atención médica, al mayor nivel de apoyo social del que disfrutaban, al aumento que se ha dado en las últimas décadas en la posición socioeconómica de las mujeres (Kinsella & He, 2009).

En cuanto al estado civil, la investigación arrojó que el 50% de los adultos mayores estaban casados, en el *Older Americans* (2010), que es un reporte de los indicadores claves

del buen vivir de la población adulta estadounidense, analizaron el estado civil de este grupo poblacional por sexo y concluyeron que debido a la mayor longevidad de las mujeres, éstas tienen mayor probabilidad que los hombres de ser viudas en la vejez mientras que es más probable que en esa etapa los hombres estén casados o vuelvan a casarse. Aproximadamente el 68% de los hombres mayores de 65 años se encontraban casados mientras que en las mujeres a esta misma edad la media de estado civil casadas fue del 36%. En un estudio realizado en España, en donde se evaluó el bienestar emocional de las personas mayores de 60 años en relación al grado de dependencia funcional, la mayoría de adultos mayores fueron viudos (61.2%) (Rodríguez Díaz, Cruz-Quintana, & Pérez-Marfil, 2014). La importancia del matrimonio en la vejez radica en el estado de salud y el tiempo de vida ya que se ha visto las personas casadas son más sanas (Schoenborn, 2004) y viven más tiempo que la gente soltera (Kaplan & Kronick, 2006). Además, se ha visto que el matrimonio atenúa los efectos psicológicos negativos de las discapacidades funcionales ya que disminuye la ansiedad y la depresión e incrementa la autoestima (Mancini & Bonanno, 2006). En cuanto a las estadísticas locales se identificó un estudio realizado en la parroquia Cañaribamba, Cuenca durante el año 2013 en 300 adultos mayores, el cuál evidenció que el 40% de ellos estaban casados y el 80.3% vivía acompañado, lo que nos permite concluir que las relaciones de pareja evidenciadas en el trabajo son similares a los descritos en otros lugares.

En lo que respecta al nivel de educación fue llamativo identificar que un 30% de ellos refirieron no tener ningún grado educación, esto contrasta con el estudio realizado en España en donde solo el 3.8% refirió ser analfabeto (Rodríguez Díaz et al., 2014) pero coincide en que el mayor porcentaje refirió tener un nivel de estudios primario. También coincide con la encuesta nacional SABE (2009), en la cual el 70.2% refirió haber estudiado hasta la primaria (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2009).

A través de la escala de Yesavage se determinó que el 7% de los participantes tuvieron una depresión establecida y el 40% una probable depresión. La prevalencia de depresión encontrada es similar a la de un estudio realizado en el año 2005 en Estados Unidos se estableció que la prevalencia de depresión en adultos mayores fue del 5.28% (intervalo de confianza del 95%, 4.98-5.57) y 13.23% (intervalo de confianza del 95%, 12.64-13.81), respectivamente (Hasin, Goodwin, Stinson, & Grant, 2005). La prevalencia del

trastorno depresivo mayor en cualquier momento dado en muestras comunitarias de adultos de 65 años o más varía de 1-5% en la mayoría de las investigaciones epidemiológicas a gran escala en los Estados Unidos e internacionalmente (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009). En contraste en un estudio realizado en el 2014, que tenía como objetivo conocer la sintomatología depresiva de 155 adultos mayores de una comunidad rural del estado de Puebla, México y en el cual se utilizó la escala de Yesavage se identificó que el 43.2% se encontró sin síntomas de depresión, el 32.9% con depresión leve, el 17.4% con depresión moderada y el 6.5% con depresión severa (Cordero Sánchez, García Madrid, & Flores Merlo, 2014); en la población estudiada se identificó que el 53% no mostraron datos de depresión. En este estudio en cambio se valoró la presencia o ausencia de depresión y sus grados lo que podría explicar el porqué de la diferencia en los valores. En el estudio realizado en la parroquia Cañaribamba también se utilizó la escala validada de Depresión Yesavage, la prevalencia de depresión en esta población de adultos mayores se ubicó en un 14.7%. Otro estudio realizado a nivel nacional fue el de Andrade (2011) en un total de 64 adultos mayores de la parroquia La Asunción en el Cantón Girón, encontró que el 6.3% de adultos mayores no presentan depresión, el 64.1% depresión moderada y el 29.6% depresión grave; lo que contrasta completamente con los datos encontrados en la población estudiada, sin embargo, cabe mencionar que el objetivo de ese estudio era evaluar el estado nutricional de los adultos mayores, más no la depresión como tal.

Las variables padecer de alguna enfermedad y tener más de una pareja mostraron ser estadísticamente significativas para padecer depresión en esta población. En una revisión sistémica de 51 artículos en inglés publicados a partir del año 2000 en las bases de datos PsycNet, Ebsco y Science Direct, se evidenció que las enfermedades cerebrovasculares, diabetes y enfermedades neurodegenerativas; demuestran ser sólidos precursores de la depresión, puesto que cada una de dichas enfermedades involucra el deterioro anatómico o funcional en distintas estructuras corticales y subcorticales, así como en diferentes sistemas neuroendócrinos (Bastidas-Bilbao, 2014). En otro estudio observacional, analítico y transversal realizado en México en el año 2006 en una muestra 1023 sujetos de 60 años de edad y más, los que presentaban cuatro o más padecimientos crónicos tenían más probabilidades de padecer depresión (OR 1.57, $p < 0.05$). En cuanto a las relaciones de

parejas en el apartado anterior se realizó una descripción sobre la importancia de tener una pareja estable ya que esto significaría un factor protector para depresión. En el año 2017 se realizó un estudio de salud colectiva y afecciones psicosociales en un pueblo Shuar, la comunidad de Tsumtsuim para evaluar el efecto de la minería sobre esta población, los hallazgos revelaron que el 42% las personas mayores a 10 años presentaron algún signo o síntoma de afectación psico-afectiva tales como; “depresión”, cefaleas, gastralgias, lumbalgias, dolores musculares, temblores y taquicardia (Solíz Torres, 2017). En los adultos mayores de la población estudiada se encontró que el 67% respondió que se sentía afectado por la invasión minera.

CONCLUSIONES

La OMS estima que entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En el estudio realizado vemos que la prevalencia de depresión establecida fue del 7% encontrándose en un rango similar al establecido en otras poblaciones, pero llama la atención que el diagnóstico de una probable depresión fue del 40%, esto nos hace pensar que estos adultos mayores son un grupo con elevada probabilidad de padecer depresión. Los adultos mayores de esta comunidad shuar fueron en su mayoría pertenecientes al género femenino, con educación básica incompleta, en unión de hecho y la mayoría vivían con su pareja.

Con la aplicación de la ficha sociodemográfica pudimos evidenciar cuál es el contexto sociocultural en el que vive esta comunidad, se identificó; que la mayor parte de ellos se dedican a la agricultura, viven en casa de madera y que un importante porcentaje de la población no cuenta con servicios básicos lo cual es preocupante porque a pesar de que este no fue identificado como un factor asociado, se sabe que el no acceso a éstos pone en riesgo la salud de cualquier grupo poblacional.

Los adultos mayores que pertenecen a una comunidad shuar de una parroquia rural se convierten en un grupo aún más vulnerable ya que muchas veces las barreras culturales se convierten en un factor de riesgo debido a que no cuentan con redes sólidas de apoyo que solventen problemas sociales, médicos, psicológicos y económicos, los cuales contribuyen a que desarrollen depresión. Los factores de riesgo con mayor fuerza de asociación para desarrollar depresión fueron padecer alguna enfermedad y el tener más de una pareja. Además, se indagó sobre el impacto que tuvo la llegada de la minería a su comunidad shuar a lo cual el 67% de los participantes respondió que se sentía afectado por esta situación, como se mencionó los factores externos influyen negativamente en una comunidad.

La identificación de sintomatología depresiva en una población de adultos mayores pertenecientes a una comunidad rural, como la del presente trabajo, permite efectuar medidas de intervención de promoción y prevención de la salud mental basadas en evidencia científica y en relación con su contexto familiar y social. A pesar de que los resultados del presente

estudio son satisfactorios, hace falta recorrer todavía un largo camino en la investigación exploratoria e interpretativa con el fin de identificar percepciones, vivencias, mecanismos y formas de afrontamiento. Este estudio, nos permite concluir en síntesis que la salud mental de un adulto mayor involucra varias dimensiones de su cotidianidad y es el resultado de la interacción del ser humano con el ambiente que lo rodea.

RECOMENDACIONES

Difundir los resultados encontrados a las instituciones pertinentes para que puedan realizar programas de intervención para con este grupo.

Realizar más estudios sobre este tema en poblaciones más grandes y diversas para conocer su magnitud, vulnerabilidad y trascendencia a nivel regional y proponer a las autoridades sanitarias estrategias efectivas aplicables en el ámbito de la salud pública sobre todo en el área psicológica.

Instaurar un programa de intervención en el cual se realice controles periódicos de aquellos pacientes que fueron ya diagnosticados de depresión. En aquellos que fueron diagnosticados con probable depresión realizar un seguimiento estricto y programas de prevención para evitar que la desarrollen y para diagnosticar a tiempo; y en aquellos que no padecen depresión fomentar programas de promoción de la salud mental.

REFERENCIAS

- Acosta, C., & García, R. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores Anxiety and depression in elder people. *Psicología y Salud*, 17(2), 291–300.
- Adams, M. L. (2017). Differences Between Younger and Older US Adults With Multiple Chronic Conditions. *Preventing Chronic Disease*, 14, E76. <https://doi.org/10.5888/pcd14.160613>
- Alvarado García, A. M., & Salazar Maya, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento . *Gerokomos* , Vol. 25, pp. 57–62. scieloes .
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.
- Andrade, C. (2011). *Nivel de Depresión en Adultos Mayores de 65 Años y su Impacto en el Estado Nutricional en la Parroquia Asunción*. ESPOCH.
- Bastidas-Bilbao, H. (2014). Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica . *Revista de Psicología (PUCP)* , Vol. 32, pp. 191–218. scielo .
- Bousoño, M., Baca, E., Álvarez, E., Eguiluz, I., Martín, M., & Roca, M. (2008). Complicaciones de la depresión a largo plazo. *Actas Esp Psiquiatr. Actas Esp Psiquiatr*, 36(2), 44–52.
- Bustamante, T. (1988). *Larga lucha del kakaram contra el sucre*. FLACSO.
- Calderón. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Medica Herediana*, Vol. 29, pp. 182–191. scielo.
- Calderón, E. (2007). Nuevos usos de opioides en pacientes con dolor intenso . *Revista de La Sociedad Española Del Dolor* , Vol. 14, pp. 473–475. scieloes .
- Camps, C., Sánchez, P. T., & Sirera, R. (2006). Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*, 3(1), 35–48.
- Camus, V., Kraehenbühl, H., Preisig, M., Büla, C., & Waeber, G. (2004). Geriatric depression and vascular diseases: What are the links? *Journal of Affective Disorders*, 81, 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.08.003>

- Chriap, N., Jimbiquiti, L., Kayap, O., Kuja, E., Mayak, I., Mashinkias, X., ... Mashu, P. (2013). Sabiduría Amazónica. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador. (2014). Shuar. Retrieved from CONAIE website: <https://conaie.org/2014/07/19/shuar/>
- Consejo de Salubridad General. (2011). Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. *Secretaría de Salud*, 1–67.
- Cordero Sánchez, C., García Madrid, G., & Flores Merlo, M. (2014). Depressive Symptoms Versus Depression in Older Adults in a Rural Community. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3), 321–327. <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v4i3.79>
- Delgado, H. (1986). Cultura (Cosmovisión) Y Salud Entre Los Aguaruna - Awajun. *Ministerio de Salud*, 60, 38. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Etnias del Mundo. (2000). Shuar: Significado, ubicación, Características y Mucho Más. Retrieved from <https://etniasdelmundo.com/c-ecuador/shuar/>
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363–389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>
- Florescano, E. (2000). La visión del cosmos de los indígenas actuales. *Desacatos: Revista de Ciencias Sociales*, (5), 15–29. <https://doi.org/10.29340/5.1219>
- Freitas, C., Deschênes, S., Au, B., Smith, K., & Schmitz, N. (2016). Risk of diabetes in older adults with co-occurring depressive symptoms and cardiometabolic abnormalities: Prospective analysis from the English Longitudinal Study of Ageing. *PLoS ONE*, 11(5), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155741>
- Fundación Chankuap. (2014). Los Shuar. Retrieved from <http://chankuap.org/comunidades/shuar/#:~:text=Organización sociopolítica,y conformados por familias ampliadas.>
- Garcés, A. (2006). *Relaciones de género en la amazonía ecuatoriana* (1st ed.; M. Cañete, Ed.). Quito.
- Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de Gualaquiza. (2014). Ciudad y municipio. *Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial Del Cantón Gualaquiza. Administración 2014-2019*.
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and

- Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 62(10), 1097–1106. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.10.1097>
- Hernández, H. C., Coronel, P. L., Aguilar, J. C., & Rodríguez, E. C. (2016). Neurobiología de la depresión mayor y de su tratamiento farmacológico. *Salud Mental*, 39(1), 47–58. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.067>
- Hofstede, G. (1980). Culture and Organizations. In *International Studies of Management & Organization* (Vol. 10). <https://doi.org/10.1080/00208825.1980.11656300>
- Hofstede, G. (1994). The Business of International Business is Culture. *International Business Review*, 3(1), 1–14.
- Hofstede, G. (Ed.). (1998). Masculinity and femininity: The taboo dimension of national cultures. *Masculinity and Femininity: The Taboo Dimension of National Cultures.*, pp. xviii, 238–xviii, 238. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2009). Salud, Bienestar y envejecimiento. In *INEC*.
- James, R. (2018). Depresión en los adultos mayores. Retrieved from Medlineplus website: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521.htm>
- Kaplan, R. M., & Kronick, R. G. (2006). Marital status and longevity in the United States population. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(9), 760–765. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.037606>
- Kinsella, K., & He, W. (2009). An Aging World: 2008. U.S. Census Bureau. *International Population Reports. P95/09–01*, (June).
- Kinsella, K., & Phillips, D. R. (2005). Global Aging: The Challenge of Success. *Population Bulletin*, 60(1).
- Landívar, A. (2009). *Análisis del impacto del turismo en la cultura Shuar*. Universidad del Azuay.
- Lobo, A. (1999). Erratum: Revalidacion y normalizacion del mini-examen cognoscitivo (primera version en castellano del mini-mental status examination) en la poblacion general geriátrica (Medicina Clinica (1999) 112 (767-774)). *Medicina Clinica*, 113(5), 197.
- Lucero, F., & Moreno, P. (2018). *OpenLibra - Universidad de Cuenca*. Universidad de Cuenca.
- Mader, E. (1999). Persona, mito y visión en la sociedad de Shuar y Achuar (Ecuador, Perú). *Metamorfosis Del Poder*, 465.

- Mancini, A. D., & Bonanno, G. A. (2006). Resilience in the face of potential trauma: clinical practices and illustrations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(8), 971–985. <https://doi.org/10.1002/jclp.20283>
- Meza, P. (2009). *Los shuar vinieron de Asia según estudios científicos*.
- Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2017. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
- Monterroso, K. G. (2012). *Tipos de Depresión en personas de la tercera edad*. Universidad Rafael Landívar.
- O’Neil, A., Williams, E. D., Stevenson, C. E., Oldenburg, B., Berk, M., & Sanderson, K. (2012). Co-morbid cardiovascular disease and depression: sequence of disease onset is linked to mental but not physical self-rated health. Results from a cross-sectional, population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), 1145–1151. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0421-5>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión. Retrieved from OMS website: <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Depresión. Retrieved from OMS2 website: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (2012). Evaluación del estado mental y emocional del adulto mayor. *Módulos de Valoración Clínica*, 47–56.
- Ortiz, M. (2018). *Yunchu y untri tsuakri*. Universidad Politécnica Salesiana.
- Pillacela, R. (2016). ¿Hacia donde camina el pueblo shuar? In *Gualaquiza en la historia* (p. 146).
- Post, R. M. (2007). Role of BDNF in bipolar and unipolar disorder: clinical and theoretical implications. *Journal of Psychiatric Research*, 41(12), 979–990. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.09.009>
- Ríos, E., & Carretero, P. A. (2017). Interpretación de la cosmovisión amazónica shuar a través de un monolito antropozoomorfo procedente de Wapula (Morona Santiago, Ecuador). *Arqueología Iberoamericana*, 34, 39–49.
- Rivera, J., Benito, J., & Pazzi, K. (2015). La Depresión en la Vejez: Un Importante Problema de Salud en México. *América Latina Hoy*, 71, 103–118. <https://doi.org/10.14201/alh201571103118>
- Rodríguez Díaz, M. T., Cruz-Quintana, F., & Pérez-Marfil, M. N. (2014). Dependencia

funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas . *Index de Enfermería* , Vol. 23, pp. 36–40. scieloes .

Sánchez, M. (2010). *El paisaje: Síntesis y evolución del pensamiento humano. El concepto de naturaleza desde la antigüedad hasta el renacimiento* (Universidad Complutense de Madrid). <https://doi.org/ISBN: 978-84-693-1123-3>

Sarmiento, G. (2004). *Los derechos humanos y su aplicabilidad en el pueblo Shuar de la amazonía Ecuatoriana*. Quito.

Schoenborn, C. A. (2004). *Marital status and health, United States 1999-2002*. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and

Solíz Torres, M. F. (2017). Salud colectiva y daño psicosocial en las familias de la comunidad Tsuntsuim. *UASB*, 1–66.

Sondereguer, C. (2003). Manual de Iconografía precolombina y su análisis morfológico. *Red Española de Historia y Arqueología*, 7.

Tello, T., Alarcón, R. D., & Vizcarra, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, Vol. 33, pp. 342–350. scielo.

Ventura, M. (2012). *En el cruce de caminos. Identidad, cosmología y chamanismo Tsachila* (Institut français d'études andines, Ed.).

Yucci, T., León, P., & Torres, D. (2017). Fiesta de la chonta y su impacto en el turismo comunitario del pueblo shuar. *Killkana Social*, 1, 9. https://doi.org/10.26871/killkana_social.v1i3.57

ANEXOS

Anexo 1 Mini Examen Cognitivo

Edad.....

Ocupación.....

Escolaridad.....

Examinado por.....

Fecha.....

ORIENTACIÓN

• Dígame el día.....Fecha.....Mes.....Estación.....Año..... (5 puntos)

• Dígame el hospital (o lugar)

Planta.....ciudad.....Provincia.....Pais (5 puntos)

FIJACIÓN

• Repita estas tres palabras; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) (3 puntos)

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO • Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando? (5 puntos)

• Repita estos tres números: 5,9,2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás (3 puntos)

MEMORIA

• ¿Recuerda las tres palabras de antes? (3 puntos)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?, repetirlo con un reloj (2puntos)

• Repita esta frase: En un trigal había cinco perros (1 punto)

• Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? (1 punto)

• ¿Que son un perro y un gato? (1 punto)

• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa (3 puntos)

- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS (1punto)
- Escriba una frase (1 punto)
- Copie este dibujo (1 punto)

Anexo 2 Consentimiento informado

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: EVALUACION DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADULTOS MAYORES DE UNA COMUNIDAD SHUAR.

El propósito de la información que usted leerá a continuación es tomar la decisión de participar en una investigación. Tómese el tiempo que requiera para decidirse y por favor lea cuidadosamente este documento.

Objetivo de la investigación

Usted ha sido invitado (a) a participar de una investigación. El propósito de esta es *evaluar sintomatología depresiva en adultos mayores de una comunidad shuar.*

Procedimiento de la investigación

Si usted acepta, se le aplicará el siguiente test: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la ficha sociodemográfica. Estas pruebas le tomarán un tiempo aproximado de 1 hora además será aplicada por un psicólogo clínico.

El responsable de estas evaluaciones es el estudiante de psicología clínica Raphael León.

Beneficios

No existen beneficios económicos para usted por la participación en este estudio. Sin embargo, el hecho que responda los cuestionarios será un aporte para esta investigación, pues contribuirá con los resultados al desarrollo científico de la psicología de nuestro país. Los resultados de los test, serán entregados a los profesionales del Departamento de Psicología, para que, en caso de ser necesario, sean utilizados con fines terapéuticos.

Riesgos

Esta investigación no tiene riesgos para usted o para su familia

Confidencialidad de la información personal y médica

Los datos que resulten del estudio serán resguardados con seguridad y confidencialidad. Se utilizarán exclusivamente con fines de tratamiento y de investigación. Todo dato de identificación personal será excluido de reportes y publicaciones.

Voluntariedad de la participación

La participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted puede autorizar la participación si es su voluntad hacerlo. También podrá retirarse del estudio en el momento en que estime conveniente y puede no responder algunos cuestionarios o preguntas si prefiere.

Las autoridades de la institución tienen conocimiento y han autorizado la participación en este estudio.

Si decide retirarse del estudio, la información obtenida no será utilizada para la investigación, ni guardada.

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO

Se me ha explicado el propósito de esta investigación, los procedimientos, los riesgos, los beneficios y los derechos que tengo por participar. También se me ha indicado que me puedo retirar en el momento que lo desee.

Firmo este documento voluntariamente, sin ser forzado (a) a hacerlo.

Al momento de la firma, me entregan una copia firmada de este documento.

Nombre del participante: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Raphael Ernesto León Chacha.

Investigador Responsable.

1. Firma de responsabilidad (estudiante)

Raphael Ernesto León Chacha.

2. Firma de responsabilidad (director sugerido)

Mst. María Verónica Serrano Crespo

Anexo 3 Ficha sociodemográfica

INFORMACIÓN GENERAL

Coloque con una marca visible para cada una de sus respuestas.

- Nombre del entrevistador.....
- Fecha.....
- Lugar y fecha de nacimiento.....
- Edad: _____ años cumplidos

- **Género**

1 ☐ masculino

2 ☐ femenino

- **Nivel educativo**

1 ☐ educación básica completa

5 ☐ nivel tecnológico

2 ☐ educación básica incompleta

6 ☐ nivel superior

3 ☐ educación secundaria incompleta

7 ☐ nivel postgrado

4 ☐ bachillerato completo

- **¿Tiene más de una pareja sentimental con la que conviva actualmente?**

1 ☐ SI, Numero _____

2 ☐ NO

- **Estado civil**

1 ☐ Soltero/a

4 ☐ Divorciado/a

2 ☐ Unión de hecho

5 ☐ Viudo/a

3 ☐ Casado/a

- **Su vivienda es**

1 ☐ Propia

2 ☐ Alquilada

☐

- **Que servicios básicos posee en su vivienda**

1 ☐ Agua

3 ☐ Alcantarillado

- **¿De qué material está hecha la vivienda en la que habita?**

1 ☐ Materiales primitivos no procesados. (Caña, chonta, pambil, etc)

2 ☐ Madera

☐

- **¿Con quién /es vive Ud. actualmente?**

1 ☐ Esposo (a)	4 ☐ Nieto (a)	7 ☐ Otros
2 ☐ Hijo (a)	5 ☐ Sobrino (a)	
3 ☐ Hermano (a)	6 ☐ Primo (a)	

1 ☐ SI

2 ☐ NO

- En caso de que su respuesta haya sido positiva, ¿Cuánto malestar le genera esta enfermedad?

1 ☐ MALESTAR LEVE

2 ☐ MALESTAR MODERADO.

3 ☐ MALESTAR SEVERO.

- En caso de que su respuesta haya sido positiva, esta enfermedad ¿Ha sido revisada por un médico tratante?

1 ☐ SI

2 ☐ NO

- ¿Considera Ud. que la llegada de los misioneros a su parroquia, afectó la manera en la comúnmente vivía un shuar?

1 ☐ TOTALMENTE EN DESACUERDO

4 ☐ BASTANTE DE ACUERDO.

2 ☐ BASTANTE EN DESACUERDO.

5 ☐ TOTALMENTE DE ACUERDO.

3 ☐ NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO

- **¿Considera Ud. que la llegada de la explotación minera a su parroquia, afecto su manera de vivir?**

1 ☐ TOTALMENTE EN DESACUERDO	4 ☐ BASTANTE DE ACUERDO.
2 ☐ BASTANTE EN DESACUERDO.	5 ☐ TOTALMENTE DE ACUERDO.
3 ☐ NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	

Anexo 4 Escala de depresión de Yesavage

Escala de Yesavage (Screening de Depresión)			
Nombre del Usuario:			Zona:
Distrito:		Modalidad de Atención:	
Edad:	Años	Meses	Fecha de aplicación:

Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la ÚLTIMA SEMANA

Item	Pregunta	SI	NO
1.	¿Está Ud. básicamente satisfecho con su vida?		
2.	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?		
3.	¿Siente que su vida está vacía?		
4.	¿Se siente aburrido frecuentemente?		
5.	¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?		
6.	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?		
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?		
8.	¿Se siente con frecuencia desamparado?		
9.	¿Prefiere Ud. quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?		
10.	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?		
11.	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?		
12.	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud. actualmente?		
13.	¿Se siente lleno de energía?		
14.	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?		
15.	¿Cree Ud. que las otras personas están en general mejor que Usted?		
Las respuestas que indican depresión estan en NEGRITA Y MAYÚSCULAS . Cada una de estas respuestas cuenta 1 PUNTO .		Total:	

FIRMA DEL EVALUADOR

INSTRUCTIVO:

Puntuación total: 15 puntos

PUNTOS DE CORTE:

No depresión	0-5 puntos
Probable depresión	6-9 puntos
Depresión establecida	10-15 puntos

Tiempo de administración: 10-15 minutos.

Normas de aplicación: El evaluador lee las preguntas al paciente sin realizar interpretaciones de los ítems y dejando claro al paciente que la respuesta no debe ser muy meditada). La respuesta debe ser “sí” o “no” y debe referirse a cómo se ha sentido el paciente la semana anterior