

PRESENTACION

Debido a la violencia política en nuestro país, Vastos sectores de la población andina migraron de sus lugares de origen a los Distritos, de los Distritos a las Provincias y de éstas últimas a las capitales de Departamento y en la mayoría de los casos a la Capital.

Desde la perspectiva Psicológica y de la Salud Mental poco o casi nada se hicieron los primeros cinco años de iniciado el fenómeno (violencia política), es a partir de 1985 para adelante, donde las Instituciones, principalmente las organizaciones no Gubernamentales (ONGs) empezaron a preocuparse de la salud mental de los desplazados, no solo por el interés de estas Instituciones sino, principalmente por la compulsiva necesidad manifiesta de esta población en éste aspecto.

La Terapia Individual, como la Intervención Psiquiátrica fueron las respuestas inmediatas que brindaron las Instituciones, que de una u otra forma se empezaron a preocupar de los costos sociales vivos de la violencia política. Lamentablemente estos trabajos no nos permiten elaborar propuestas en Salud Mental que trasciendan la Consulta Individual.

El Estudio Epidemiológico nos permite mirar en el contexto más amplio los factores causales del problema y tratar de describir el evento de acuerdo con su prevalencia. Centrando su estudio en grupos humanos ó poblaciones.

Los resultados obtenidos permiten comprender lo que está ocurriendo en esta población y nos ayudará a desarrollar estrategias para intervenir en la solución de los problemas manifiestos.

El presente Informe es un intento de cubrir el vacío de la problemática de Salud Mental en desplazados adultos, y orientar el trabajo individual que se viene desarrollando bajo diversas perspectivas, técnicas y modalidades.

Esta investigación se llevó a cabo gracias al auspicio de Servicios Educativos Promoción y Apoyo Rural -SEPAR- Huancayo. Y a las facilidades brindadas por la Asociación de Migrantes Quechuas "Jatariy Ayllu" - Huancayo.

I. INTRODUCCION

II. PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

2.1. Formulación del Problema

Desde que se inició la Violencia Política (mayo 1980) en nuestro país las poblaciones civiles se han visto confrontadas bajo dos fuegos inexorables, que han llevado a la muerte a más de 20,000 personas en lo que vá de 10 años de Guerra no Convencional (CNDH, Boletín Agos-Dic. 1990 Nro. 10). Los pobladores Campesinos se vieron obligados, por un lado a sumarse a una de las dos fuerzas en conflicto. (Sendero Luminoso o las Fuerzas Armadas).

Por otro lado la población no integrada a ninguno de los dos bandos, huyeron dejando sus tierras, formando un gran contingente de poblaciones que deambulaban por diferentes ciudades hasta encontrar acogida en alguna de ellas. Las principales ciudades que recibieron a estas poblaciones fueron: la Capital de la República, Lima, La Ciudad Serrana de Huancayo y la Ciudad Costeña de Ica. Estas dos últimas muy próximas a la Capital (Flores Galindo, 1985).

Estas poblaciones desplazadas a diferencia de las Migraciones Corrientes asentada en los barrios marginales y periféricos de las principales Capitales de Departamentos y fundamentalmente la Capital del País (Lima). Presentan características particulares.

- 1) El accionar de las fuerzas en conflicto afectó a esta población de manera directa (asesinatos, desapariciones y torturas a familiares cercanos) o de manera indirecta (asesinato de autoridades, incendios de viviendas y destrucción de sembríos comunales, etc).
- 2) La migración no se llevó a cabo por su propia voluntad, fueron expulsados por factores ajenos a sus proyectos personales (peligro de vida y violencia indiscriminada).
- 3) La migración, no fué planificada, es decir no hubo tiempo, ni la calma suficiente para escoger los mejores elementos de atracción (ciudades con mejores niveles de vida, posibilidades de estudio y/o posibilidades de trabajo).

A estas características de la migración se añaden todos las dificultades que afronta en las zonas de refugio.

Problemas legales (indocumentación), la falta de recursos económicos (carencia de dinero en medio de una sociedad urbano-mercantil); problemas básicos de sobrevivencia (salud, alimentación), falta de seguridad (acoso de las FUERZAS DEL ORDEN y de los Insurrectos); problemas de Integración (Estigmatización) y problemas de comunicación (monolingües quechuas), etc.

Si la salud es un estado de bienestar físico, emocional y social (OMS) (2); la situación de los desplazados está considerada, como una población en alto riesgo de mortalidad y morbilidad tanto infantil como adulta.

Por el número enorme de familias desplazadas 40,000 (Elsa Ballón, 1991) en estimaciones moderadas, el problema de la salud mental deja de ser un problema eminentemente clínico para convertirse en un problema de tipo social.

¿Cuál es la prevalencia de trastornos psicopatológicas o de desordenes mentales que presenta esta población? ¿Bajo que reacciones y/o cuadros clínicos se ubican mayormente sus problemas de Salud Mental?, ¿Es el sexo, la edad y la fecha de migración determinantes para la presencia de Desordenes Mentales en los desplazados por violencia?.

El presente trabajo pretende responder estas interrogantes por medio de un estudio epidemiológico de Salud Mental de la población desplazada por violecia política en la ciudad de Huancayo.

OBJETIVOS GENERALES

- Determinar la tasa de prevalencia de psicopatologías o desordenes mentales en desplazados de las zonas en conflicto asentada en la ciudad de Huancayo.
- Deducir conclusiones útiles para el diseño de programas preventivos orientados a la población de desplazados en riesgo de desorden mental y para la orientación del trabajo terapéutico Individual como Grupal.
- Incentivar a profesionales de la salud mental a desarrollar acciones prácticas en beneficio de las poblaciones desplazadas

(2) Organización Mundial de la Salud

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar y ubicar la población desplazada en la Ciudad de Huancayo.
- Adaptar y aplicar un cuestionario de Opinión sobre prevalencias Psicopatológicas en la población desplazada de las zonas en conflicto.
- Identificar la prevalencia de desordenes psicopatológicos en la población desplazada de las zonas en conflicto armado.
- Identificar grupos de mayor riesgo de desorden psicopatológico en la población desplazada.
- Socializar los resultados en profesionales de la Salud Mental e Instituciones que trabajan con desplazados a fin de crear discusión e impulsar trabajos de prevención.
- Identificar la etiología o las condiciones bajo las cuales se manifiesta los desordenes mentales.

IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La trascendencia del estudio aquí planteado esta enfocado bajo tres aspectos de gran consideración; primero, la importancia del estudio se ubica en el campo estrictamente académico, dentro de la Psicología Clínica; La preocupación de los psicólogos no se ha centrado en estudios de poblaciones o grupos humanos, reduciendo su actividad profesional a trabajos eminentemente asistenciales. "La Psicología Clínica Peruana", exhibe la producción científica menos avanzada de la "Psicología Nacional" (Federico León, 1986). Ante esta situación el presente trabajo pretende promover la participación de la Psicología Clínica Nacional en el estudio de Colectividades y Grupos Humanos. Bajo este mismo aspecto el estudio responde a la preocupación planteada en el "Seminario Nacional de Investigación de Salud Mental" (Perú-Lima 1982). En cuyas conclusiones y recomendaciones se habla entre otros de priorizar estudios epidemiológicos de Salud Mental en diversas Regiones del País; Así como recomienda realizar estudios en grupos de "alto riesgo" para integrarlos bajo los programas de atención primaria de salud (Alberto Perales, 1988).

En segundo lugar, las consecuencias del deterioro psicológico de este contingente humano, no se centra sólo en la población adulta, sino principalmente en la población infantil (Beatriz Rojas, Milagros Brondi, 1986; José Ventura, Carlos Lopez, 1987). Cuyas secuelas irreversibles

se manifestarán posteriormente como signos característico de la generación de los 80'. El panorama se sobre dimensiona al comprender que son aproximadamente 40,000 familias desplazadas los registrados estimandose una cantidad similar de familias desplazadas que no están registradas. Además si se tiene en consideración que cada familia esta conformado por un promedio de 5 miembros, la cantidad de personas desplazadas será de 200,000 aproximadamente (Elsa Ballón, 1991), cifra evidentemente alarmante.

En tercer lugar, el fenómeno del desplazamiento o migración compulsiva sigue produciendose en la medida que la violencia política no ha cesado su actividad. Inclusive lugares que no eran afectados hasta hace pocos años por el fenómeno social hoy se ven involucrados generalizandose los efectos de la violencia política a todo el país. Por lo tanto las personas afectadas se MULTIPLICARAN en estos últimos años.

LIMITACIONES

La ubicación de esta población se hace difícil debido a que se encuentra mimetizada en todos los Asentamientos Humanos de la ciudad de Huancayo, su recelo a ser identificado como desplazado, la estigmatización que pesa sobre ellos, la constante vigilancia de las Fuerzas del Orden y las frecuentes visitas de los insurrectos, hace que esta población no se identifique con libertad.

El Instrumento de recolección de datos, que originalmente fue creado para personas con dominio regular del idioma Castellano tuvo que ser adaptada a esta población.

La investigación se llevó acabo en medio del accionar subversivo y contrasubversivo. El temor a ser agredidos y las estrategias planteadas para continuar con la investigación limitaron el recojo de información más exhaustiva, limitandose a la aplicación del cuestionario de opinión que en pocos casos se acompañó con una entrevista psicológica.

Los resultados obtenidos en esta investigación serán generalizados a las poblaciones desplazadas en ciudades semejantes a la ciudad de Huancayo. Es decir ciudades con alta actividad económica, principalmente comercial y culturalmente heterogeneo.

MARCO TEORICO

SALUD MENTAL

La salud es el equilibrio de la Interacción del hombre con sus necesidades (biológicas, psicológicas y sociales) a los requerimientos del medio ambiente.

Dos factores principales entran en juego en esta interacción; por un lado factores biológicos (hereditarios, congénitos) y por otro lado factores ecológicos (natural, social).

La salud y la enfermedad están ligados a modos de vida social, riesgos y retos ambientales y en definitiva al espacio público en el que viven.

A pesar de los esfuerzos denotados en algunos países desarrollados y el esfuerzo parcial en otras (subdesarrollados), la salud se mantiene en un estado de crisis debido a los ESTILOS DE VIDA (Repertorio Conductual) insanos que mantiene la población en general.

Si bien es cierto, la relación salud-estilo de vida o costumbres era considerados desde los albores de la historia; la ciencia médica occidental, no reparó en ello por muchos años de dominio cultural y científico. En estos últimos gracias al desarrollo de la ciencia del comportamiento. El estudio del estilo de vida ha adquirido gran importancia en el campo de la salud.

La violencia, guerras, conflictos internos, migraciones compulsivas, torturas, agresión, maltratos y accidentes por ingerir alcohol son comportamientos que tienen dramáticas secuelas en la morbi-mortalidad.

La salud mental, como parte de la salud en general se define en consonancia con la anterior, como el estado de bienestar emocional con capacidad de funcionamiento, integración al medio social, internalización de valores, actitudes y desarrollo de capacidades constantes de crítica, de innovación, de transformación de conductas y representaciones."La Salud Mental es algo más que la ausencia de enfermedades mentales, e incluye nuestro conocimiento del lugar que ocupamos en la comunidad y en el universo; quienes somos y a quién pertenecemos (Dave Hilton, 1982).

SITUACION DE SALUD MENTAL EN EL PERU

En el Perú, la situación de la Salud Mental atravieza multiples dificultades, debido en primer lugar al incremento absoluto y relativo de problemas de salud mental, segundo, a la falta de unicidad de criterios en los diversos modelos y sistemas de la salud mental y tercero, el desinterés y poca preocupación de implementar políticas de salud mental acompañadas de políticas de desarrollo social y económico por parte de los gobiernos y/o grupos de poder.

Cuando surgió el movimiento anti-psiquiátrico liderado por Franco Basaglia, este no solo fué el inicio de una implacable denuncia y condena a las instituciones asilares (manicomios) sino el reclamo y con justeza, de un nuevo enfoque acorde con el progreso científico, social y humano en el entendimiento, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales.

El nuevo paradigma que sustituya con coherencia y flexibilidad, el periclitado modelo médico y que se relacione con las estructuras básicas de la Organización Humana, se hacen imprescindibles en la actualidad (J.Mariategui,1988).

A pesar de la gran demanda por un servicio efectivo en Salud Mental, la investigación en este campo todavía se encuentra en una fase primitiva, los aportes de las investigaciones psiquiátricas no han brindado los datos que requiere la elaboración de un programa efectivo para el país.

La mayoría de investigaciones llevadas a cabo en este campo no han podido superar la barrera de interfase, los conocimientos que aportaron las investigaciones han tenido poca posibilidad de aplicación en la práctica, en otras palabras los dos sistemas imprescindibles de un circuito, el software y el hardware, no han podido ser complementadas en las investigaciones principalmente psiquiátricas realizadas hasta la actualidad.

CONCEPTO DE EPIDEMIOLOGIA

La Epidemiología es definida como una ciencia de observación cuyo centro de estudio son los grupos o poblaciones en vez de los individuos (S. ELLEN, R. FLESHMAN, 1977) es decir se ocupa del estudio de la distribución de las enfermedades en las poblaciones y los factores que influencian dicha distribución (Field, 1961). El Análisis de estos datos nos permiten comprender lo que esta ocurriendo

en la población en cuanto a salud y nos ayuda a desarrollar estrategias para intervenir, incluyendo los medios por los cuales estos eventos estudiados se pueden evitar o acentuar.

La PREVALENCIA y la INCIDENCIA, son conceptos principales que usa la epidemiología, ambos conceptos son utilizados indistintamente en cada investigación, la primera entendida como el reflejo de la situación existente en un momento dado, es decir el número de casos existentes en el intervalo de la investigación como porcentaje de la población total. Este concepto considerado como estático, es contrastado con el segundo concepto, LA INCIDENCIA, la cual, es un índice que traduce la evolución de un fenómeno durante un periodo determinado, en otras palabras la incidencia, identifica el número de nuevos casos como porcentaje de la población total. Este concepto es considerado como DINAMICO.

Toda investigación Epidemiológica utiliza uno de los dos conceptos o los dos conceptos a la vez; es necesario tener en cuenta que los índices de prevalencia y los de incidencia difieren grandemente en enfermedades de larga duración sin embargo la diferencia es mínima para enfermedades de evolución rápida. Las enfermedades mentales pertenecen en su mayoría al primer grupo.

EPIDEMIOLOGIA DE SALUD MENTAL EN EL PERU

El interés mayor por los estudios epidemiológicos en psiquiatría parten de la llamada psiquiatría social, que tuvo gran auge en la décadas del 60 y 70 en el Perú; décadas en las que se llevaron a cabo la mayor cantidad de investigaciones epidemiológicas en Salud Mental.

El País requiere de un programa nacional en salud mental que le permita no solo investigar, la realidad manifiesta o latente de las enfermedades mentales, sino que a su vez puedan brindar soluciones efectivas acorde con el avance científico y tecnológico de la salud en general.

PSICOPATOLOGIA O DESORDENES MENTALES

La Psicopatología es considerada todavía como una ciencia falible, esto por que la aproximación a su estudio puede darse de diversas maneras, de acuerdo al criterio filosófico y de la practicidad que los sustentan, el conductismo, el psicoanálisis, la psicología dinámica y la psicología fenomenológica, tienen particulares formas de ver los desordenes mentales. En esta medida la tasa de concordancia en los diagnósticos es sorprendentemente baja, Por lo cual

el diagnóstico de las enfermedades mentales es considerada por algunos autores como una ciencia inexacta (Arthur Norgan, 1979). La unificación de criterios en el diagnóstico de seguro será un trabajo de largo aliento, por lo cual es recomendable usar el término de IMPRESION DIAGNOSTICA para los resultados de una evaluación de carácter psicopatológico. A pesar de ello el uso de categorías diagnósticas son de vital importancia en la actualidad, sin los cuales la comunicación entre profesionales y la investigación en este campo sería totalmente difícil.

A través de la historia de la psiquiatría y la salud mental, se han empleado varios sistemas categoriales de clasificación de las enfermedades mentales. Ninguno de estos sistemas se han completado a satisfacción y a medida que se adquiere mayor conocimiento sobre el comportamiento anormal, se cambia periódicamente estas categorías existentes.

El Sistema más usado de clasificación es el propuesto por el manual oficial de diagnósticos de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), el cual se basa en un esquema de clasificación que permite tres dígitos para la designación de las "enfermedades" y un cuarto dígito para la especificación de detalles adicionales dentro de cada categoría. A esto se puede agregar adjetivos calificativos que especifican aún más las características adicionales de los desordenes mentales.

En la presente investigación se utilizó los adjetivos: AGUDO, para designar casos menos graves y de reacción temporal y CRONICOS para los casos graves y de manifiesta perturbación o desorden mental. En el caso de los fenomenos psicosociales se utilizó los adjetivos de LEVE, MODERADO, y SEVERO, de acuerdo al nivel de gravedad.

Cada cuadro psicopatológico frecuentemente presenta más de un desorden mental. Por ejemplo un sujeto con síndrome depresivo puede presentar a la vez síndromes ansioso o psicosomáticos.

Por otro lado es evidente que todos tenemos algunos de los síntomas de la enfermedad mental, porque todos tenemos problemas emocionales en mayor o menor intensidad. La presencia de unos pocos síntomas no significa automáticamente la presencia de una seria enfermedad mental, sino que debe tenerse en cuenta el nivel de gravedad manifiesta (Harold Haas, 1967).

COMPORTAMIENTO ANORMAL

Los síntomas, se convierten en signos de peligro cuando aparecen varios al mismo tiempo, cuando su presencia indica un cambio del comportamiento anterior y cuando persiste un periodo prolongado de tiempo.

Los síntomas y señales anormales pueden agruparse de acuerdo al espectro abarcativo de la psicología, es decir se pueden agrupar síntomas que corresponden a indicadores anormales, sociales, emocionales, del pensamiento, de las acciones (conducta) y síntomas físicos.

INDICADORES SOCIALES:- La anormalidad se ve como una desviación individual o colectiva de las normas reconocidas por la sociedad en general, estas señales alteran la armonía de la convivencia social y crean dificultades en las interacciones humanas, dentro de estas podemos nombrar a:

- Alteraciones en las relaciones interpersonales. La imposibilidad de vivir aislado de los demás, la necesidad de relacionarse y compartir son características esenciales del ser humano.

Cuando estas características no se presentan (aislamiento del trato social), cuando las relaciones no son adecuadas o cuando el comportamiento de un sujeto se convierte en un serio motivo de molestia para los demás, es posible que esté exteriorizando con ello señales de serios problemas interpersonales.

ALCOHOLISMO:- La mayoría de las personas beben con moderación y consideran que el alcohol es una sustancia relajante que alivia la tensión. Lamentablemente nunca es posible predecir por adelantado quienes de los bebedores pueden convertirse en adictos al alcohol y quienes no.

Existe diferencia entre lo que es el uso del abuso de la sustancia alcohólica, los criterios para esto no están sólo en relación de la cantidad de la sustancia ingerida, sino también en los efectos colaterales de ésta.

Se considera bebedor moderado, a las personas que presentan menos de 2 estados de embriaguez (borrachera) al año (los criterios varían de acuerdo a las normas sociales particulares).

Bebedor excesivo es quien presenta 12 ó más estados de embriaguez al año.

Se considera alcohólica a la persona bebedora que presenta regularmente dependencia socio-cultural y física hacia el alcohol. Esta última se manifiesta como la incapacidad de abstenerse después de la ingesta del alcohol. El alcoholismo es considerado por ello una enfermedad (Andrés Zevallos, 1989).

COCAINISMO:- Se considera con este nombre a la costumbre o hábito de masticar hoja de coca el cual va seguido de síntomas físicos vegetativos (Andrés Zevallos, 1989). Para algunos autores el término cocaínismo denota anormalidad, por lo cual prefieren utilizar bajo un sustento teórico el término de coqueo andino (Baldomero Cáceres, 1983).

El consumo de hoja de coca es considerada por algunos como problemas de adicción. "Tanto la masticación de hoja de coca como el empleo de la cocaína, producen cambios fisiológicos semejantes que dependen de la dosis y frecuencia del uso (CEDRO, 1990).

Otros estudiosos consideran el consumo de la hoja de coca como una actitud terapéutica de integración social, adaptación al clima de altura, además de ser elemento fundamental que cumple un papel ritual, religioso y ceremonial (B. Cáceres, 1983).

Si bien ambas posturas manejan argumentos "científicos", los primeros se basan en los trabajos psiquiátricos de Gutierrez Noriega llevadas a cabo hace 40 años, quien considera el consumo de hoja de coca como adicción. La segunda postura refuta esta conclusión y los trabajos de Gutierrez Noriega, desde la metodología empleada en sus trabajos hasta el marco teórico que utilizó el antiguo psiquiatra (confusión de conceptos) (Baldomeo Cáceres, 1990). Si bien la segunda ha sustentado su postura en la crítica a los trabajos de la primera, la visión psiquiátrica no ha demostrado en estos cuarenta años de desarrollo científico, elementos válidos en la línea que defiende.

El investigador del presente trabajo asume la segunda por su mayor documentación y amplitud de análisis (ver Baldomero Cáceres, 1983, 1990, 1991) con la salvedad que el consumo de coca acompañado de cal (mineral de las zonas andinas) produce los efectos semejantes a los efectos del consumo de la cocaína, no así cuando se acompaña con tocra (ceñiza de quenia y/u otros) (UNCP, 1986).

SINTOMAS Y EXPRESIONES EMOCIONALES DEFICIENTES

Constantemente experimentamos y aprendemos a expresar la alegría y la tristeza, el placer y el dolor, la felicidad y la angustia, la animación y la apatía, etc. Las personas con problemas emocionales difieren considerablemente de los "normales" en la expresión y la característica del síntoma. Como estos desequilibrios son tan frecuentes, algunos autores denominan a este comportamiento anormal como TRASTORNO EMOCIONAL. Dentro de estos tenemos entre otros:

LA DEPRESION:- Que viene a ser la expresión exagerada de la tristeza, las personas experimentan sentimientos de desesperación, abatimiento que son de larga duración, acompañado de sentimientos de pérdida. Muchas veces la depresión se manifiesta con mucho llanto, desesperanza en el futuro y remordimiento que conducen a pensar en el suicidio.

LA ANSIEDAD Y LA TENSION:- La ansiedad podría considerarse como algo bueno que nos moviliza para la acción y nos permite prepararnos para una tensión prevista. Sin embargo a veces la ansiedad nos abrumba e incapacita persistiendo durante largos espacios de tiempo y el individuo se siente tenso y aprensivo. estas reacciones emocionales activan el cuerpo físicamente para causar temblores, palpitaciones de corazón, irregularidades en la respiración, presión a la altura del pecho y/o nudo en la garganta. Es una perturbación seria cuando se prolonga durante largos periodos y se dan en ausencia de cualquier amenaza externa.

LA SUCEPTIBILIDAD Y LA IRRITABILIDAD:- Son consideradas alteraciones emocionales productos del aumento de la sensibilidad. A veces las personas captan exageradamente los estímulos externos, a las cuales el individuo reacciona, por un lado de manera agresiva y/o por otro lado de manera pasiva. (inmovilidad).

SIGNOS DE ALTERACIONES COGNOSITIVAS

Las anormalidades cognitivas se presentan como alteraciones en la percepción, y en el pensamiento. Dentro de los primeros tenemos, las percepciones torcidas, que se refieren a interpretaciones ditorcionales de los estímulos comunmente llamados ilusiones y las percepciones que tienen lugar cuando no existe ningún estímulo externo llamado Alucinación.

SIGNOS DE TRASTORNOS DE LA ACTIVIDAD

Muchas veces la actividad física del individuo indica que algo va mal en el sujeto. Los signos más característicos son la hiperactividad, exceso de actividad que se convierte en signo de anormalidad se nota en el comportamiento verbal, motor y vocacional.

La hipoactividad o falta de actividad se traduce por una actitud de negligencia de aparente cansancio y de satisfacción por no hacer nada, la forma de hablar es lenta, el deseo sexual disminuido el cansancio físico es notorio, todas estas son las características que se expresan en la fatiga.

INDICADORES FISICOS O SINTOMAS FISICOS

Son síntomas físicos (somáticos) causados por factores emocionales que comprometen un sistema de órganos usualmente bajo dominio del SNA o vegetativo. Los cambios fisiológicos implicados son aquellos que normalmente acompañan ciertos estados emocionales. Estos últimos frecuentemente son más intensos y sostenidos.

La diarrea crónica y el estreñimiento crónico, la acidez estomacal crónica, la colitis, la incapacidad de retener los alimentos, los eructos constantes, flatulencias y las úlceras, el asma, el hipocórnico, los problemas cutáneos o de la piel, el acné crónico, la picazón persistente. Los problemas del corazón y los circulatorios, la presión alta, los latidos irregulares, los dolores de cabeza, etc. Si bien todo cambio fisiológico repercute en el estado emocional (hombre unidad bio-psico-social). Estos síntomas físicos son causados a veces por problemas emocionales profundos.

SIGNOS Y SINTOMAS ESPECIALES

Existen un grupo de síntomas y signos que nos son fácilmente categorizables. A pesar que estos no significan perturbaciones serias, los signos no son comunes en el conjunto de la sociedad, muchas explicaciones se han esgrimido en relación a estos signos, pero hasta la actualidad se siguen considerando como manifestaciones diversas. dentro de ello tenemos la conducta de comerse las uñas, orinarse en la cama, levantarse y caminar dormido, chuparse los dedos, etc.

ANTECEDENTES PSICOPATOLOGICOS

Aún cuando estos no son síntomas podemos considerar como indicadores que predisponen a los sujetos a presentar problemas de tipo psicopatológico.

Estos antecedentes pueden ser de dos tipos, primero antecedentes familiares, es decir que algún miembro de la familia del sujeto o sus antecesores hayan tenido problemas de tipo psicopatológico o desorden mental. Muchos de los problemas psicológicos, principalmente los de tipo psicótico son determinados por antecedentes familiares.

La segunda, los antecedentes personales en la que el sujeto manifiesta haber tenido alguna vez en su historia personal problemas psicopatológicos.

Existen casos en la que los antecedentes psicopatológicos son **COMBINACIONES**, es decir existe predisposición por el lado de la familia y a la vez por el lado de su historia personal.

SALUD MENTAL - DESPLAZAMIENTO

La diferencia principal entre el migrante común y el migrante compulsivo desplazado, es que este último es expulsado por factores de violencia política, en esa medida el fenómeno que vive nuestro país tiene mucha semejanza a lo que acurrió en la gran mayoría de los países latinoamericanos (cuando vivenciaron conflictos internos).

En la preocupación por comprender los efectos de la violencia en la psicología de éstas poblaciones, se han desarrollado estudios en diversos países. En Argentina tenemos el caso del equipo de asistencia psicológica de la Madres de la Plaza de mayo. Aún cuando estos trabajos no se centraron en migrantes, la violencia política (desapariciones, torturas, etc) fue una de las variables consideradas.

Quizas las experiencias más proximas al presente estudio son los realizados en EXILIADOS por el colectivo latinoamericano de trabajo psico-social (COLATS) en Europa. Los efectos de la guerra y desplazamientos en Guatemala, Salvador y Nicaragua.

Las investigaciones realizadas con el tema de Salud Mental o efectos psicológicos de la violencia política en el Perú, son muy escasas. Dentro de las pocas Investigaciones, el interés principal está centrado en la población infantil. Una de ellas ha sido la más significativa por su difusión más no así por el orden metodológico, los instrumentos utilizados o por el tamaño de la muestra. Y dos trabajos que se mantienen como documento interno de instituciones de servicio. Una de ellas publicada de manera reducida en una revista de corte científico.

. **Beatriz Rojas B.**

Milagros Brondi Z.:- LOS EFECTOS FISICOS Y PSICOLOGICOS DE LA VIOLENCIA EN LOS NIÑOS (1986). Publicada en LOS NIÑOS Y LA GUERRA, Resúmen: II SEMINARIO INTERNACIONAL DE SALUD POPULAR TERRE DES HOMMES, Bogotá-Colombia 1987, LOS NIÑOS Y LA GUERRA, Resúmen: SEMINARIO VIOLENCIA FAMILIAR Y NIÑO, Universidad Nacional - San Cristobal de Huamanga, Instituto de Estudios Regionales "JOSE MARIA - ARGUEDAS", Ayacucho, 1986.

. **Ubicación del Estudio :-** Asentamiento Humano Huanta II San Juan de Lurigancho - Lima.

. Muestra :- 5 niños desplazados de las zonas de emergencia.

. Metodología :- Se trabajó con historia de casos, entre vista a los menores e informantes. Se utilizó los siguientes instrumentos : Test de la figura humana, Test de la familia, Test de árbol, Cuentos incompletos de Duss y Cuento de Madeleine Thomas.

Auspiciado :- TIPACOM (Talleres Infantiles Proyectadas a la Comunidad).

**. Roger Mendoza C.
Carlos Lopez P.**

José Ventura E. :- PERSONALIDAD DEL NIÑO; ESTADO DE EMERGENCIA Y MIGRACION (1987). Documento Interno del CONCILIO NACIONAL EVANGELICO DEL PERU. Departamento de Servicio "PAZ Y ESPERANZA Resúmen Publicado en: Revista Retablo. Psicología, Ciencia y Cultura Nro. 1 y 2, 1989.

Ubicación del estudio:- Asentamiento Humano San Pedro de Choqué. Distrito de Puente Piedra - Lima.

Muestra :- 20 niños de 5 a 13 años considerandose también 2 niños de 15 años con tres ó cuatro años de migración (10 hombres) (12 mujeres).

Metodología :- Investigación ex-post-facto; se utilizó la test de la figura humana, test de garabatos, test de la familia, Análisis de Contenido, Dinámicas Grupales, Entrevista y encuesta psicosociológica.

Auspiciado :- Departamento "PAZ Y ESPERANZA" - CONEP

.Ana María Rebaza :- ENFOQUE PSICOLOGICO DE LA PROBLEMÁTICA DE LOS MIGRANTES DESPLAZADOS DE ZONAS DE EMERGENCIA EN EL PERU. (1990) Documento interno de CEAS, Comisión Episcopal de Acción Social. Mimeografiado/no publicado.

En el Perú, los estudios todavía se están desarrollando. De los dos trabajos publicados con niños podemos concluir que los efectos de la Guerra no Convencional se manifiestan en:

- Síndromes de angustia, producidos por una situación externa, en este caso la situación de represión y violencia que es experimentada como amenaza cada vez que se recuerda o vivencia.
- Presentan niveles elevados de agresividad que les genera dificultades en sus relaciones interpersonales.
- Presentan un temor constante por el fraccionamiento de la familia en función de las experiencias vivenciadas en sus lugares de origen.
- Ausencia de un espacio psicológico para vivir el duelo por las pérdidas sufridas, lo que no permite que haya un procesos de reparación frente a la muerte.
- En la sintomatología general se ha hallado cuadros: ansiedad, depresión, sentimiento de abandono, desestructuración de la imagen y los roles familiares, sentimientos de culpa y fracaso escolar.
- Presentan rasgos de inseguridad y sentimientos de inferioridad.

METODOLOGIA

4.1. TIPO DE INVESTIGACION

La investigación desarrollada se caracteriza por ser una investigación aplicada; los resultados obtenidos permitirán acciones prácticas tanto para la elaboración de programas preventivos-promocionales, como también para la atención psicológica individual.

4.2. DISEÑO DE INVESTIGACION

El diseño utilizado es el descriptivo censal.

Se compara los resultados de acuerdo a variables demográficas (edad, sexo y tiempo de residencia) a fin de precisar los grupos con mayor riesgo o mayor predisposición a presentar problemas en Salud Mental.

4.3. POBLACION Y MUESTRA DEL ESTUDIO

Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo probabilístico, a partir de la Asociación de Migrantes Quechuas "Jatariy Ayllu".

Se recurrió al muestreo estratificado proporcional aprovechando los estratos en los cuales está organizada la Asociación.

La proporción fué de 3:1 es decir que si un comité estaba constituido por 18 familias, el número seleccionado para la muestra fué de 6 familias; para evitar fracciones se creo una tabla de proporciones:

Nº. DE FAMILIAS POR COMITE			Nº. DE FAMILIAS PARA LA MUESTRA
8	-	9 - 10	3
11	-	12 - 13	4
14	-	15 - 16	5
17	-	18 - 19	6
20	-	21 - 22	7
23	-	24 - 25	8

Teniendo el número de familias por comité se procedió a seleccionar las familias aleatoriamente haciendo un total de 40 familias de las cuales se seleccionó a uno de los miembros bajo el método de Kish (1949).

Las edades límites de los sujetos aptos para ser sometidos al instrumento estuvo determinado bajo criterios psicosociales. (Desarrollo del Pensamiento Operacional (PIAGET)); Maduración Física e Independencia socio-emocional). La muestra tuvo como límite de edad inferior los 14 años (Nicole Beruex de Falen, 1988) y de edad superior 60 años. Evitando de este modo posibles sesgos de personalidad inestable, deterioro psicofísico y posible demencia senil.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

DEL SEXO:

CUADRO Nº.1

SEXO	Nº DE SUJETOS	PORCENTAJE
MASCULINO	10	28%
FEMENINO	26	72%

DE LAS EDADES DE LA MUESTRA

CUADRO Nº 2

PARAMETRO DE EDADES POR AÑOS	CATEGORIAS	Nº DE PERSONAS	PORCENTAJE
14 - 24	JOVENES	12	33.3%
25 - 37	JOVENES ADULTOS	10	27.7%
38 - 50	ADULTOS	11	30.6%
51 - 60	ADULTOS MAYORES	3	8.4%

ESTADO CIVIL DE LOS SUJETOS DE LA MUESTRA

CUADRO Nº 3

CATEGORIA	Nº DE PERSONAS	PORCENTAJES
SOLTEROS	7	19.5%
VIUDOS	0	0
CASADOS	25	69.5%
DIVORCIADOS	3	8.3%
CONVIVIENTES	1	2.7%

GRADO DE INSTRUCCION

CUADRO Nº 4

CATEGORIA	PERSONA	PORCENTAJE
NINGUNA	13	36%
PRIMARIA : INCOMPLETA	13	36%
COMPLETA	2	6%
SECUNDARIA: INCOMPLETA	4	11%
COMPLETA	4	11%
SUPERIOR : TECNICO	0	0%
UNIVERSITARIO	0	0%

TIEMPO DE RESIDENCIA EN HUANCAYO (*)

CUADRO Nº 5

AÑOS	PERSONAS	PORCENTAJE
1980 - 1984	17	47%
1985 - 1987	13	36%
1988 - 1991	6	17%

MOTIVOS DE MIGRACION DE LA MUESTRA

FACTORES DE EMPUJE:

Se analizó los motivos desencadenantes de desplazamiento por violencia política (actos de violencia reportados por los encuestados que influyeron en la decisión de migrar a otros lugares) bajo tres criterios principales:

- 1) Actos de violencia cuyos resultados fué la muerte o asesinato de familiares, autoridades y/o paisanos.
- 2) Actos de violencia cuyos resultados fueron, torturas, maltratos, amenazas, sin costo de vida en los propios sujetos o familiares.

(*) El tiempo de Residencia o Fecha de migración están denominadas por las oleadas de desplazamientos propuestos por SEPAR - Huancayo (de acuerdo a los AGENTES provocadores de Migración y Lugares de origen), otros proponen dos oleadas de desplazamiento, Isabel Coral () (); Robin Kirk () ().

3) Actos de violencia cuyos resultados fueron incendios y/o destrucción de casas, sembríos, es decir con resultados de costos materiales, más no así de vidas.

CUADRO Nº 5

FACTOR DESENCADENANTE	Nº DE PERSONAS	PORCENTAJE	
		% PARCIAL	% TOTAL
I. MOTIVO DESENCADENANTE CON RESULTADOS TRAGICOS DE MUERTE O ASESINATOS. AUTORIA: - Sendero Luminoso - FF. del orden	35 21 14	100 60 40	36
II. MOTIVO DESENCADENANTE CON RESULTADOS TRAGICOS DE LA SALUD FISICA. AUTORIA: - Sendero Luminoso - FF. del orden	29(a) 13 14	100 45 55	30
III. MOTIVOS DESENCADENANTES ACTOS CON RESULTADOS TRAGICOS A LA PROPIEDAD AUTORIA: - Sendero Luminoso - FF. del orden	33 14 19	100 42.5 57.5	34

Existe un total de 97 casos de violencia reportados por los encuestados, de los cuales 49 casos el 50.5% se atribuye a la autoría de la Fuerzas Armadas. 48 casos de violencia, el 49.5% del total se atribuye a Sendero Luminoso.

Cabe mencionar que la mayoría de los sujetos reportó dos o los tres factores desencadenantes.

(a) Dos sujetos reportaron los hechos de violencia más no la autoría de los mismos.

FACTORES DE ATRACCION

Los motivos de migración explican la salida de estas poblaciones, pero no el porque esta poblaciones llegan a Huancayo o escogen la ciudad de Huancayo para refugiarse. Aún cuando la respuesta sea tácita en cuanto al factor económico, se cree también que existen otros factores que dan respuesta a la pregunta, teniendo en cuenta que la mayor parte de la muestra migró en las primeras oleadas 1983 - 1987.

CUADRO Nº 7

FACTORES DE ATRACCION	Nº DE PERSONAS	PORCENTAJE
1. Huancayo les brinda un nivel de seguridad.	30	83%
2. Huancayo les ofrecía oportunidades de trabajo.	16	44.5%
3. La existencia de familiares en la ciudad de Huancayo.	13	36.6%
4. Huancayo les ofrecía mejorar su situación económica.	13	36.6%
5. Huancayo les ofrecía mejores posibilidades de estudio.	9	25%
6. Otros.	7	19.5%

4.4. VARIABLES DE ESTUDIO

V. Independiente : Edad
Sexo
Tiempo de migración

V. Dependiente : Puntajes obtenidos en el cuestionario de Opinión - Índice Médico de Cornell.

V. Controlada : Migración Compulsiva.

V. Interviniente : Personalidad, Motivación, y Características Culturales particulares.

4.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Se utilizó el Índice Médico de Cornell que permite detectar sintomatología temprana y prevalencia de desordenes

mentales, su aplicación fué en la mayoría de los casos de manera individual.

5. HIPOTESIS DE TRABAJO

Se presupone que la prevalencia y severidad en desordenes mentales guarda relación directa con el sexo de los sujetos, la edad cronológica y el tiempo de migración compulsiva.

Por tanto se plantea las siguientes hipótesis de trabajo:

a) Las diferencias en el sexo (hombre, mujer) determinan variaciones en la prevalencia de desordenes mentales, las mujeres mostrarán mayor prevalencia y severidad en los desordenes mentales.

b) Las diferencias en la edad cronológica (jóvenes, jóvenes adultos, adultos, adultos mayores) determinan diferencias en la prevalencia de desordenes mentales. Los adultos y adultos mayores, presentan mayor prevalencia y severidad en desordenes mentales.

c) Las diferencias en el tiempo de migración (I oleada, II oleada, y III oleada migratoria) determina diferencias en la prevalencia de Desordenes Mentales. Los sujetos de la II oleada y III oleada presentan mayor prevalencia y severidad en desordenes mentales.

7. PROCESAMIENTOS DE DATOS

Se llevó los resultados de todas las encuestas a un cuadro consolidado general es decir un cuadro para todos los sujetos; conteniendo la frecuencia, porcentajes, medias (\bar{x}); desviación estandar y varianza. Estos datos Generales son analizados directamente, sin utilizar estadísticos inferenciales.

Se llevó los resultados de las encuestas a cuadros consolidados más bien específicos, es decir cuadros de acuerdo al sexo (hombre-mujer), de acuerdo a la edad (jóvenes, jóvenes-adultos, adultos y adultos mayores) y de acuerdo a la fecha de migración (o residencia en la ciudad de Huancayo); Estos datos específicos fueron analizados con estadísticos. En el caso de la variable sexo, por la existencia de dos grupos se utilizó el estadístico "t" de student, en los dos casos siguientes el estadístico utilizado fué el ANALISIS DE VARIANZA "f".