

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES Y NIVEL DE
RESILIENCIA EN LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA POLÍTICA
REGISTRADAS EN LA C-MAN HUÁNUCO - 2018**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN

PSICOLOGÍA

TESISTAS:

MARTHA ISABEL ROJAS CALDERÓN

YOAN YUMARA MONTESINOS CABELLO

ASESOR:

PSIC. ENRIQUE E. CHÁVEZ MATOS

HUÁNUCO – PERÚ

2019

DEDICATORIA

A Dios, porque de Él proviene toda sabiduría.

A mis padres, por todo su apoyo incondicional.

Yoan.

A mi familia: Gladis, Freddy, Samuel y Luis por hacer
posible mi formación profesional.

A mi compañero de vida Mario R.M. por estar a mi
lado en esta aventura del conocimiento

Isabel

AGRADECIMIENTOS

A nuestros padres, hermanos, tíos, abuelos y demás familiares por su gran apoyo en el proceso de la elaboración de la presente investigación.

A nuestro docente asesor, Ps. Enrique Chávez Matos, por ser nuestro guía y de los mejores, en todo este largo proceso. Es un gran ejemplo como persona y profesional.

A las víctimas de violencia política, por su activa participación en esta importante investigación.

A la Sra. Grimaneza Ricapa Morales, encabezadora y líder de un grupo amplio de personas víctimas de la violencia política; y a la vez, miembro de la Comisión Multisectorial de Alto Nivel (CMAN), por habernos dado la oportunidad de trabajar con dicha población, el cual, fue de mucha ayuda y conocimiento para concluir con la presente investigación.

Sin ellos no hubiese sido posible realizar este trabajo de investigación.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia de trastornos mentales y el nivel de resiliencia en las víctimas de violencia política registradas en la C-MAN de la ciudad de Huánuco. El diseño fue descriptivo, se estudió una muestra de 120 víctimas de violencia política de ambos sexos. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Autorreporte de Síntomas Psiquiátricos (SRQ). Los resultados señalan que el 60% de la muestra presenta casos positivos de depresión y ansiedad, siendo el trastorno con mayor prevalencia en dicha población; 4.2%, psicosis; 1.7%, trastorno convulsivo y 5.0%, alcoholismo. Además, se utilizó la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild & Young. Los resultados indican que el 53% presenta un nivel medio de resiliencia; 26%, nivel bajo y 22%, nivel alto.

Palabras clave: víctimas de violencia política, trastornos mentales, resiliencia.

ABSTRACT

The present study's objective was to determine the prevalence of mental upsets and the resilience level in the political- violence victims registered in the C MAN - Huánuco's urban. The design was descriptive, 120 victims's sign of political violence of both sexes was studied. Autorreporte's Cuestionario of Síntomas Psiquiátricos was The instrument once was utilized (SRQ). Results point out that 60 % of the sample presents positive cases of depression and anxiety, being the upset with bigger prevalence in said population; 4,2 %, psychosis; 1,7 %, convulsive upset and 5,0 %, alcoholism. Furthermore, and used Resiliencia's scale (ER) of Wagnild itself Young. Results indicate that the 53 % presents an average level of resilience; 26 %, low level and 22 %, tall level.

Key words: political- violence, mental- upsets, resilience victim

INTRODUCCION

Durante dos décadas el Perú vivió un conflicto armado interno que dejó miles víctimas a lo largo de varias regiones del país. Sin embargo, este conflicto no afectó de la misma manera ni en la misma intensidad a todos los peruanos. La violencia surgió por la decisión de Sendero Luminoso de declarar la guerra al Estado Peruano. Frente a esto, el Estado mandó a las Fuerzas Armadas para hacer frente a los subversivos; sin embargo, la situación escapó de su control y el ataque se desplegó indiscriminadamente, muchas veces afectando a personas inocentes. La mayor cantidad de víctimas de este conflicto, han sido de la población más pobre y excluida del país, campesinos que vivían en zonas rurales, y que hablaban quechua u otra lengua nativa. Ellos de alguna manera se encontraron atrapados entre estos dos bandos (CVR, 2003).

Por el tiempo durante el cual se prolongó y por la intensidad con la que presentó, el conflicto armado interno tuvo carácter traumático para muchas personas. Estos hechos traumáticos generaron un quiebre en su vida y su desarrollo, llevándolos a tener secuelas en su salud mental que pueden ser observadas hasta la actualidad. Dentro de estas secuelas encontramos el miedo intenso, la ansiedad, depresión, sentimientos de desamparo, dolores corporales, entre otros. También existen otro tipo de secuelas más sutiles, secuelas que se sienten diariamente en la convivencia con las otras personas. La violencia rompió el sentimiento de seguridad generando que las personas se sientan indefensas. Sin embargo, pese a las adversidades que han debido enfrentar las víctimas del conflicto armado, tras el desplazamiento, desarraigo, pérdida de seres queridos y pérdidas económicas, han hallado estrategias a nivel personal, familiar y social que les han permitido salir adelante, generar un nuevo proyecto de vida y sobreponerse al dolor.

Esta investigación trató de comprender la prevalencia de trastornos mentales y el nivel de resiliencia de las personas que han vivido violencia política. Para este fin hace una breve revisión

teórica de los hechos que sucedieron, para luego explicar la prevalencia de trastornos mentales existentes y sus efectos, al igual que el nivel de resiliencia de la población estudiada.

La investigación utilizó el Cuestionario de Autorreporte de Síntomas Psiquiátricos (SRQ), la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild & Young. Se aplicaron estos instrumentos a un grupo de estudio, conformado por 120 personas que han sido afectadas por la violencia política.

A partir de ello, el presente estudio está organizado en cuatro capítulos que comprenden lo siguiente:

En el primer capítulo está referido al Planteamiento del problema de investigación, a continuación, se formulan los objetivos del mismo, luego se encuentra la hipótesis, la justificación de la investigación y sus limitaciones.

En el segundo capítulo se encuentra el Marco teórico conceptual, donde están los antecedentes internacionales, nacionales y locales, además de las definiciones conceptuales de las variables.

En el tercer capítulo se encuentra todo lo que se refiere al Marco metodológico del estudio, aquí se describe el nivel, tipo y método de investigación, su diseño, la población y muestra, las técnicas e instrumentos de recolección de datos y el método de procesamiento de datos.

En el cuarto capítulo se ubica la presentación de los resultados obtenidos, además se realiza el análisis de los datos y la discusión de los resultados para luego finalizar con las conclusiones y las recomendaciones del caso.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	1
AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN.....	4
INTRODUCCION.....	5
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.1 Planteamiento del Problema.....	13
1.2. Formulación del Problema	19
1.3. Objetivos generales y específicos	20
1.4. Justificación e importancia.....	20
1.5. Limitaciones	21
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	22
2.1 Antecedentes	22
Antecedentes Internacionales.....	22
Antecedentes nacionales.....	22
Antecedentes locales.....	22
2.2 Fundamentación teórica	33
2.2.1 Trastornos mentales.....	33
2.2.2 Resiliencia.....	79
2.2.3 El conflicto armado en el Perú	86
2.3 Definiciones conceptuales.....	123
2.4 Sistema de variables- Dimensiones e indicadores.....	126
2.5 Definición operacional de variables.....	127
2.6 Hipótesis.....	127
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO.....	129

3.1	Nivel, tipos y método de investigación	129
3.2	Diseño de investigación	130
3.3	Ambito de investigación.....	130
3.4	Población y muestra	132
3.5	Instrumentos de estudios	134
3.5.1	Cuestionario de Auto Reporte de Síntomas Srq 18.....	134
3.5.2	Escala de Resiliencia de Wagnild & Young	136
3.6	Técnicas y procedimiento de recolección de datos	138
3.7	Técnicas de procesamiento de datos	138
CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....		139
4.1.	Presentación de Resultados.....	139
4.2.	Analisis e Interpretacion de Resultados.....	139
4.3.	Discusión de los Resultados.....	139
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		139
5.1.	Conclusiones.....	139
5.2.	Sugerencias y recomendaciones.....	139
BIBLIOGRAFÍA.....		162
ANEXOS.....		173

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1 Los trastornos del estado de ánimo según los sistemas diagnósticos DSM-IV-TR (APA, 2000) y CIE-10 (OMS, 1992, 2000).....	35
Tabla 2 Criterios diagnósticos para el Episodio depresivo mayor, según el DSM-IV-TR (APA, 2000).....	36
Tabla 3 Criterios para el diagnóstico de un Trastorno depresivo mayor episodio único, según el DSM-IV-TR (APA, 2000).....	37
Tabla 4 Criterios para el diagnóstico del Trastorno distímico, según el DSM-IV-TR (APA, 2000), y el Trastorno depresivo crónico, según el DSM-5 (APA, 2010).....	39
Tabla 5 Instrumentos utilizados para la evaluación del trastorno depresivo..... ¡Error! Marcador no definido.	
Tabla 6 Criterios diagnósticos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada según el DSM-IV-TR y la CIE-10 para adultos.....	52
Tabla 7 Criterios diagnósticos propuestos para el DSM-5 (APA, 2010).....	54
Tabla 8 Escalas e instrumentos de utilización frecuente para evaluar el Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	58
Tabla 9 Criterios diagnósticos para la esquizofrenia según el DSM-IV-TR (APA, 2000) y la CIE-10 (OMS, 2000).....	66
Tabla 10 Criterios diagnósticos para la dependencia del alcohol.....	71
Tabla 11 Criterios diagnósticos para el abuso del alcohol.....	73
Tabla 12 Criterios diagnósticos del Trastorno de conversión según el DSM-IV-TR y la CIE-1076	
Tabla 13 Criterios diagnósticos del Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales) según el DSM-5.....	77

Tabla 14 Beneficiarios del Programa de Reparaciones en Educación atendidos en la región Huánuco, según provincias.....	118
Tabla 15 Otorgamiento de becas descentralizado a nivel nacional.....	119
Tabla 16 Beneficiarios a la modalidad de acceso prioritario a educación para adultos y capacitación técnico productiva.....	119
Tabla 17 Beneficiarios del PRS atendidos en la región de Huánuco.....	120
Tabla 18 Beneficiarios según afiliación al SIS por provincias	121
Tabla 19 Beneficiarios del PRAH en Huánuco	122
Tabla 20 Beneficiarios del Programa de Reparaciones Económicas en Huánuco.....	123
Tabla 21 Información demográfica de víctimas de violencia política en Huánuco.....	133
Tabla 22 Resultados generales de las dimensiones que evalúa el SRQ-18 en víctimas de violencia política registradas en la CMAN – HUÁNUCO 2018.....	139
Tabla 23 Resultados de la dimensión de Depresión – Ansiedad que evalúa el SRQ-18 en víctimas de violencia política registradas en la CMAN – HUÁNUCO 2018	141
Tabla 24 Resultados de la dimensión de Psicosis que evalúa el SRQ-18 en víctimas de violencia política registradas en la CMAN – HUÁNUCO 2018.....	142
Tabla 25 Resultados de la dimensión de Trastorno Convulsivo que evalúa el SRQ-18 en víctimas de violencia política registradas en la CMAN – HUÁNUCO 2018	143
Tabla 26 Resultados de la dimensión de Alcoholismo que evalúa el SRQ-18 en víctimas de violencia política registradas en la CMAN – HUÁNUCO 2018.....	145
Tabla 27	146
Tabla 28 Resultados de la característica de ecuanimidad de la Escala de resiliencia en víctimas de violencia política registrados en la CMAN - Huánuco 2018.....	147

Tabla 29 Resultados de la característica de perseverancia de la Escala de resiliencia en víctimas de violencia política registrados en la CMAN - Huánuco 2018.....	149
Tabla 30 Resultados de la característica de confianza en sí mismo de la Escala de resiliencia en víctimas de violencia política registrados en la CMAN - Huánuco 2018	150
Tabla 31 Resultados de la característica de nivel de satisfacción personal de la Escala de resiliencia en víctimas de violencia política registrados en la CMAN - Huánuco 2018.....	151
Tabla 32 Resultados de la característica de sentirse bien solo de la Escala de resiliencia en víctimas de violencia política registrados en la CMAN - Huánuco 2018	153
Figura 1 Resultados generales de las dimensiones que evalúa el SRQ-18 en víctimas de violencia política registradas en la CMAN – HUÁNUCO 2018	140
Figura 2 Resultados de la dimensión de Depresión – Ansiedad que evalúa el SRQ-18 en víctimas de violencia política registradas en la CMAN – HUÁNUCO 2018	141
Figura 3 Resultados de la dimensión de Psicosis que evalúa el SRQ-18 en víctimas de violencia política registradas en la CMAN – HUÁNUCO 2018.....	142
Figura 4 Resultados de la dimensión de Trastorno Convulsivo que evalúa el SRQ-18 en víctimas de violencia política registradas en la CMAN – HUÁNUCO 2018	144
Figura 5 Resultados de la dimensión de Alcoholismo que evalúa el SRQ-18 en víctimas de violencia política registradas en la CMAN – HUÁNUCO 2018.....	145
Figura 6 Resultados generales de la Escala de Resiliencia en víctimas de violencia política registradas en la CMAN – HUÁNUCO 2018.....	146
Figura 7 Resultados de la característica de Ecuanimidad de la Escala de resiliencia en víctimas de violencia política registrados en la CMAN - Huánuco 2018.....	148

Figura 8 Resultados de la característica de perseverancia de la Escala de resiliencia en víctimas de violencia política registrados en la CMAN - Huánuco 2018	149
Figura 9 Resultados de la característica de confianza en sí mismo de la Escala de resiliencia en víctimas de violencia política registrados en la CMAN - Huánuco 2018	150
Figura 10 Resultados de la característica de Nivel de satisfacción personal de la Escala de resiliencia en víctimas de violencia política registrados en la CMAN - Huánuco 2018.....	152
Figura 11 Resultados de la característica de Sentirse bien solo de la Escala de resiliencia en víctimas de violencia política registrados en la CMAN - Huánuco 2018	153

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Durante dos décadas el Perú vivió una guerra interna que afectó las vidas de un gran número de personas, las cuales se vieron invadidas por la violencia. Esta violencia se dio de manera masiva, ya que venía por los dos frentes enfrentados en el conflicto armado interno, el PCP-SL (Partido Comunista del Perú – Sendero Luminoso) y las FF. AA (Fuerzas Armadas). Los miembros de las comunidades no tuvieron a quien recurrir para buscar protección ya que también sufrían los ataques de las FFAA, quienes casi indiscriminadamente los acusaban de terrorista y realizaban ejecuciones extraoficiales. Tras haber vivido atentados de carácter muy cruel e inhumano, los miembros de las comunidades afectadas se sentían amenazados por cualquier persona que viniera de afuera. Con el paso del tiempo, la desconfianza surgió desde dentro de las mismas comunidades. (Comisión de la Verdad y Reconciliación - CVR, 2003). Lamentablemente, esto implicó la violación de derechos humanos entre las víctimas del conflicto. Estas personas tenían además múltiples carencias: de servicio de luz, de agua, de escuelas, de postas médicas, de hospitales, de jueces y de fuerzas del orden, entre otras. El conflicto armado se instaló en los pueblos alejados de la sierra central y sur: Ayacucho, Junín, Huánuco, Huancavelica, Apurímac y San Martín se convirtieron en el cementerio del 85% de las víctimas del conflicto armado. Todos estos departamentos pertenecen a la categoría de los departamentos más pobres del país Cueva (2005).

Benyakar (2005) postula que un hecho no puede ser traumático de por sí, ya que lo que le adjudica esta característica es la manera en como lo vive la persona. Sin embargo, hay hechos que, por las características que poseen son potencialmente traumáticos, ya que son

capaces de desorganizar, desestructurar y crear una discontinuidad en la vida de las personas. Uno de estos hechos potencialmente traumáticos, es la violencia. Las situaciones por las que pasamos a lo largo de nuestra vida, van formando internamente cadenas de experiencias que se vuelven cada vez más complejas, formando así una red o entramado vivencial. Cuando una situación disruptiva sobrepasa las capacidades de elaboración de la persona, acontece un trauma. Esta vivencia traumática no afecta a todo el aparato psíquico ya que este la encapsula al interior de él, sin ser expulsada ni integrada al entramado vivencial. Lo patogénico de esta vivencia traumática está dado por la obstrucción que genera en el aparato psíquico, creando discontinuidad y desestructuración (Benyakar, 2005). Se puede creer que la situación de violencia que han vivido muchos peruanos ha sido avasalladora y traumática, llegando a crear una ruptura en el proceso vital de las personas. Estos hallazgos han sido ampliamente estudiados por la CVR.

Cuando las personas viven un acontecimiento que les resulta traumático, como es el caso de las guerras, luego de ello tiende a tener recuerdos y sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento; tienen la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo nuevamente (Lopez-Ibor, 2002). Estos efectos pueden ser vislumbrados en la población estudiada, ellos reviven constantemente lo vivido frente a variados estímulos, probablemente en búsqueda de elaboración. La CVR también ha recogido testimonios donde se puede corroborar esta información.

Los delitos violentos son sucesos negativos, vividos de forma brusca, que generan terror e indefensión, ponen en peligro la integridad física o psicológica de una persona y dejan a la víctima en tal situación emocional, que es incapaz de afrontarla con sus recursos

psicológicos habituales (Kilpatrick, Saunders, Amick-McMullan, Best, Veronen y Jesnick, 1989).

Cualquier trauma -y un delito violento lo es- supone una quiebra en el sentimiento de seguridad de una persona y, de rebote, en el entorno familiar cercano. Más allá del sufrimiento de la víctima directa, queda alterada toda la estructura familiar. De ahí, que sea de interés el conocimiento de las reacciones y secuelas emocionales que arrastran muchas personas -en su mayoría mujeres y niños- durante períodos prolongados, incluso a lo largo de toda su vida (Hanson, Kilpatrick, Falsetti y Resnick, 1995).

Por otro lado, la violencia de carácter traumático, como el terrorismo, puede generar secuelas duraderas y estables en el núcleo del self, por lo tanto, esto afectará a su vez las relaciones con otros. El rompimiento del sentimiento de seguridad y la sensación de indefensión que experimentan estas personas, no les permite sentir confianza fácilmente. Para Erikson la seguridad y la confianza son indispensables para poder establecer relaciones con otros. Es debido a esto que las secuelas generadas por la violencia política no se dan de manera aislada, sino que se da una influencia mutua entre el individuo y el grupo social. Los principales efectos están en las características de la convivencia social debido a que se alteran la forma de relacionarse con el otro (Santisteban, 2003).

Jorge Parodi (citado por Gonzalo Portocarrero 2012) a partir de su experiencia como Psicoanalista, refiere como las angustias y temores vividos por los jóvenes durante la época de la violencia “están presentes de manera muy intensa en su experiencia subjetiva” condicionando tanto una falta de confianza en el mundo social, como un retraimiento individualista a metas puramente privadas. Y estas actitudes que debilitan las colectividades producen, inevitablemente vivencias de soledad y desamparo que facilitan

la extensión de otros tantos males como la violencia anómica y los comportamientos autodestructivos.

Por otro lado, se menciona que sin salud mental no hay salud, esto se debe al impacto que tiene la salud mental en el funcionamiento de la persona, en aspectos socioeconómicos, en el bienestar general, y en la calidad de vida. La OMS (2014) ha estimado que los desórdenes mentales y de adicción se encuentran entre los más severos en el mundo, y para el año 2020, la depresión mayor va a ser la segunda causa de discapacidad en el mundo seguido sólo por la enfermedad isquémica cardiaca. Para los países en desarrollo la perspectiva es aún peor; se estima que la depresión mayor será la primera causa de discapacidad para el año 2020.

Asimismo, el informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación (2003) da cuenta a través de datos estadísticos y de testimonios personales del impacto diferenciado de la violencia política en la salud de las poblaciones de la Sierra Peruana, haciendo también evidente su relación con las desigualdades racial, étnica, de género, clase social y generacional. Se señala que las secuelas psicosociales abarcan a los niveles individuales (discapacidad física, problemas de salud mental como ansiedad, irritabilidad, stress, menoscabo del desarrollo de capacidades individuales, actitudes violentas y abuso del alcohol, entre otras); familiar (deterioro de las relaciones de pareja y familiares, desconfianza, inseguridad, abandono y conflictos, familias estigmatizadas política y culturalmente, desintegración familiar, orfandad), comunal, (desidia colectiva, incremento de conflictos intercomunales, intracomunales, conflictos entre retornantes y resistentes, consumo masivo y compulsivo de alcohol, pandillas juveniles, menores en estado de abandono (adopciones irregulares, servidumbre), pérdida de valores culturales.

Así mismo, Pedersen y Col (2001), estudiaron la salud mental de las poblaciones alto andinas de Huanta en Ayacucho evaluando el impacto de la violencia política en la población. Los resultados mostraron 73% de prevalencia general de trastornos mentales y 24,8% de estrés post traumático en la población mayor de 14 años. Se señala, sin embargo, que estas secuelas se expresan en formas más amplias y diversas de aflicción y sufrimiento como el llaky y el ñakary. Los estresores relacionados con estos resultados no sólo se derivan de la exposición diferencial a la violencia política, sino de la estructura de la sociedad como la desigualdad social y la exclusión, la extrema pobreza, y la discriminación racial y étnica. De otro lado, tres de cada cuatro personas expuestas a la violencia no reportaron secuelas; hecho que estaría indicando la existencia de factores de protección como la capacidad de recuperación de las personas y la resiliencia de la población. Esto presupone que, a pesar de que estas personas han sido víctimas de sucesos traumáticos han desarrollado el proceso de Resiliencia como una alternativa de afrontamiento.

Las secuelas de la violencia política son parte del pasado histórico de la población peruana y latinoamericana. Sin embargo, múltiples factores hacen que este pasado persista de una manera patologizante en la memoria de los pueblos que la padecieron; como una secuela social e individual, la desconfianza persiste en el interior de las comunidades, la inseguridad de ser protegidos por el Estado y la desconfianza entre vecinos son nocivas para su bienestar y el desarrollo de su capital social. Aún hoy, pobladoras y pobladores de zonas afectadas en el interior del Perú identifican a sus vecinos como aliados o colaboradores de acciones terroristas pasadas o represión cruenta, albergando sentimientos negativos, como el temor, rencor o venganza.

En el 2003, el Estudio Epidemiológico en Salud Mental en Ayacucho encontró que, en la población general, entre 14,5% y 41% de las personas experimentaban con mucha frecuencia estados negativos, como tristeza, tensión, angustia, irritabilidad, preocupación o aburrimiento. Otro dato aún más preocupante fue el porcentaje de confianza nula o escasa experimentada hacia líderes de la comunidad o alcaldes (84%), autoridades políticas (93,5%), autoridades policiales y militares (79%) y vecinos (65,5%). Así mismo, 82% y 59% de los encuestados refirieron no sentirse protegidos o poco protegidos por el Estado y su comunidad, respectivamente.

En la región Huánuco, en el 2005, El Hospital Hermilio Valdizán realizó una investigación acerca de la salud mental, la población atendida fue: CE Pedro Sánchez Gavidia- La Laguna; CS Santa María del Valle, Comedor Futuro Diferente; Canteras de Llicua, Comedor Popular Señor de los Milagros; CS La Moras, CE Miguel Grau seminario; El Bosque, San Luis. Con una muestra de 356 víctimas de violencia política, para ello se utilizó la Aplicación de Instrumentos: SRQ, MINI – Depresión, MINI – TEPT, MINI – Alcoholismo. Los resultados en esta población afectada se encontraron lo siguiente Trastornos prevalentes: trast. Depresivos 42%, trast. Ansiedad 22%, trast. Psicótico 22%, trast. por consumo de oh (10%), tept, trast. adaptacion (8%).

En cuanto a la resiliencia, se produce en función de procesos sociales e intrapsíquicos, no se adquiere naturalmente en el desarrollo, depende de ciertas cualidades del proceso interactivo del sujeto con otros humanos, proceso que es el responsable de la construcción del sistema psíquico. La resiliencia es un producto de la trama vincular con otro ser humano. Comienza desde el nacimiento, con los padres y luego prosigue con las personas

que se vuelven “significativas” para el sujeto, por el amor y reconocimiento que le expresan porque sirven de modelo para sus identificaciones.

La psicología define a la resiliencia o afrontamiento, como la capacidad para enfrentar situaciones críticas, sobreponerse y salir airoso y fortalecido, en vez de frustrado o debilitado. En el campo de desarrollo psicosocial del ser humano tiene similar sentido esa capacidad para recuperarse de la adversidad.

En la ciudad de Huánuco, no se han encontrado estudios en víctimas de violencia política relacionados a los trastornos mentales o a la resiliencia, es por ellos que resulta relevante investigar cuál es la prevalencia de trastornos mentales y el nivel de resiliencia en las víctimas de violencia política registradas en el C-MAN HUÁNUCO- 2018.

1.2. Formulación del problema

Interrogante general:

¿Cuál es la prevalencia de trastornos mentales y el nivel de resiliencia en las víctimas de violencia política registradas en la C-MAN HUÁNUCO- 2018?

Interrogantes específicas:

- ✚ ¿Cuáles son los trastornos mentales que prevalecen en las personas víctimas de violencia política registradas en la C-MAN HUÁNUCO – 2018?
- ✚ ¿Cuál es el nivel de resiliencia que prevalece en las personas víctimas de violencia política registradas en la C-MAN HUÁNUCO – 2018?
- ✚ ¿Cuáles son las características del nivel de resiliencia en las personas víctimas de violencia política registradas en la C-MAN HUÁNUCO – 2018?

1.3. Objetivos generales y específicos

Objetivo general:

- ✚ Conocer la prevalencia de trastornos mentales y el nivel de resiliencia en las víctimas de violencia política registradas en la C-MAN, HUÁNUCO- 2018.

Objetivos específicos:

- ✚ Identificar los trastornos mentales que prevalecen en las personas víctimas de violencia política registradas en la C-MAN con el Cuestionario de Auto reporte (SRQ-18).
- ✚ Identificar el nivel de resiliencia que prevalece en las personas víctimas de violencia política registradas en la C-MAN con la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild & Young.
- ✚ Identificar las características del nivel de resiliencia en las personas víctimas de violencia política registradas en la C-MAN HUÁNUCO – 2018.

1.4. Justificación e importancia

Es importante realizar esta investigación debido a que las dos décadas de violencia trastocaron directamente la vida de millones de peruanos. Las víctimas fatales de los hechos de violencia suman 69 280 personas (CVR, 2003). Pero el número de personas directamente afectadas por la violencia es aún mayor, se estima entre 1'500,000 a 2'000,000 personas

En el Departamento de Huánuco y provincias existen 27,513 víctimas de violencia política, siendo uno de los departamentos más afectados por el conflicto armado interno.

Para Avensur, Aldana & Ballón (s,f), muchas personas hasta el día de hoy viven las secuelas emocionales de la violencia. Entre ellas el sentimiento de miedo, desconfianza, tristeza, deterioro de su autoestima y de sus relaciones interpersonales. En algunos casos

la violencia ha propiciado el desarrollo de trastornos mentales más graves. Por otro lado, también existen secuelas a nivel comunal, el Informe Memoria presentado en el 2004 por el Ministerio de Salud se señala como secuelas psicosociales problemas de alcoholismo, violencia familiar, pandillaje juvenil, etc.

Es importante conocer cuál es el estado o las condiciones psicológicas y sociales en las que se encuentran estas personas. Habiendo realizado esto se podrán realizar intervenciones con mayor sustento y eficiencia sabiendo qué es lo que se debe trabajar.

En la ciudad de Huánuco, no se han encontrado estudios en víctimas de violencia política relacionados a los trastornos mentales o a la resiliencia, es por ellos que resulta relevante investigar cuál es la prevalencia de trastornos mentales y el nivel de resiliencia en las víctimas de violencia política registradas en la C-MAN HUÁNUCO- 2018.

1.5. Limitaciones

En cuanto a las limitaciones en nuestra investigación encontramos las siguientes:

- Escasos estudios realizados en la ciudad sobre el tema a investigar, limitando la información que se necesita en los antecedentes de esta investigación.
- La C-MAN Huánuco no cuenta con un local propio para poder reunir a los usuarios víctimas de violencia política por ser un cuantioso grupo, esto afecta a nuestra investigación de tal manera que no se pudo evaluar a todos los participantes.
- El haber utilizado una muestra no probabilística, en vez de una muestra probabilística, aunque bien se justifica nuestra decisión por ser una población dinámica; es posible la presencia de ciertos sesgos en el resultado.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1 Antecedentes

Ahora bien, a *nivel Internacional* se tiene como trabajos de investigación relacionados, los siguientes:

Castaño, G. Sierra, G. Sánchez D. Torres, Y. Salas, C. Buitrago, C. (2017) en la investigación titulada “Trastornos mentales y consumo de drogas en la población víctima del conflicto armado en tres ciudades de Colombia”, con una muestra de 1.026 personas entre 13 y los 65 años de edad, a quienes se entrevistó utilizando el instrumento *Composite International Diagnostic Interview* y el *Alcohol Use Disorders Identification Test* de la Organización Mundial de la Salud, así como un cuestionario sobre el consumo de drogas modificado a partir de la encuesta del Sistema Interamericano de Datos Uniformes sobre Drogas de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de Estados Americanos, y otro sobre aspectos relacionados con el desplazamiento forzado, dando como resultados la prevalencia de vida de los trastornos mentales fue la siguiente: fobia específica, 17,7 %; depresión mayor, 16,4 %; estrés postraumático, 9,9 %; trastorno oposicionista desafiante, 8,9 %; ansiedad por separación, 7,2 %; trastornos de conducta, 5,8 %, y déficit de atención, 5,6 %. La prevalencia de vida del consumo de alcohol fue de 68,7 %; de tabaco, 31,3 %, de marihuana, 11,2 %, de cocaína, 3,5 %, de basuco, 2,0 %, de inhalables, 2,3 %, y de medicamentos ansiolíticos sin receta, 2,5 %, en tanto que 0,7 % de los entrevistados se había inyectado drogas. Este estudio reveló que la alta prevalencia de trastornos mentales y de consumo de drogas en la población estudiada, comparada con la población general, constituye un problema de salud pública que

justifica el diseño de planes y la implementación de programas orientados a la recuperación de su bienestar y salud mental.

OMS (2017) realizaron un estudio de la presencia de trastornos mentales en personas que viven en zonas de conflicto, los hallazgos reportan que la depresión, la ansiedad, el estrés post traumático, el trastorno bipolar y la esquizofrenia son enfermedades mentales que afectan a más de una de cada cinco personas, alrededor del 22%, viviendo en áreas de conflicto; el 9% de las poblaciones de escenarios violentos padece algún desorden mental de moderado a grave. Las conclusiones del informe surgen del análisis de los datos de 129 publicaciones de 39 países entre 1980 y 2017, y superan con creces los estimados globales de enfermedades mentales en la población en general, que se ubican en una de cada 14 personas. El estudio encontró también que la depresión y la ansiedad aumentan con la edad y que la depresión es más común en las mujeres que en los hombres.

Hewitt, *et al.* (2016) realizaron una investigación en Colombia con víctimas de violencia política, en el cual utilizaron el instrumento SRQ (Cuestionario de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos). En los resultados se evidenció que el 85% de la muestra evaluada, entre hombres y mujeres, presentó síntomas relacionados con psicoticismo, sentimientos que alguien quiere hacerle daño o herirlo, el 34% consume alcohol, posiblemente relacionado con la evitación de situaciones novedosas, siendo de mayor prevalencia en los hombres, el 16% presentó síntomas clínicos relacionados con ansiedad-depresión, el 28% alteraciones del estado de ánimo, el 22% estado disociativo, el 23% sentimientos de amenaza a la vida y el 24% diagnóstico claro de trastorno de estrés pos traumático (TEPT).

Echeburúa, E. Paz, C. Amor, P. (2004), en la investigación titulada “Evaluación del Daño Psicológico en las Víctimas de Delitos Violentos”, con una muestra de 330 víctimas afectadas por traumas psicológicos diversos (agresión sexual, violencia familiar o terrorismo). El 54,5% de todos los sujetos padecían el trastorno de estrés postraumático, que se daba con más frecuencia en las víctimas de agresión sexual y de terrorismo que en las de violencia familiar. Con la Escala de Gravedad de Síntomas (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997a), específica para este cuadro clínico, se precisó la gravedad y el perfil psicopatológico de cada subgrupo de víctimas.

Ramírez, Hernández, Romero y Porras (2017) encontraron que los pobladores del municipio de Libertad (pese a convivir durante mucho tiempo con los paramilitares), presentaron menos síntomas asociados al estrés (como, depresión, estrés pos traumático, ansiedad, distimia, etc.), dado que contaban con mayor número de recursos para resistir el estrés, en este caso el apoyo de la familia extensa y amigos y el hecho de que continuaban desarrollando las mismas actividades económicas y tenían vivienda, concluyendo que la presencia de los paramilitares en el municipio no afectó de manera significativa su estilo de vida, en esta población se generó un proceso de habituación frente a la convivencia con los actores armados, permitiendo disminuir los niveles de estrés en la población y minimizando los impactos negativos de la violencia; caso contrario fue vivido por los habitantes de Chengue, quienes vivieron el desplazamiento y sufrieron las consecuencias de manera notoria, en esta población se encontraron altos índices de depresión (44,3%), trastornos de ansiedad (45%) y TEPT (17,85%).

Hewitt, *et al.* (2016). Realizaron una investigación sobre “Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia”. En este estudio se determinaron las afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de 677 adultos expuestos conflicto armado en un municipio colombiano. Los participantes del estudio fueron seleccionados mediante muestreo aleatorio por afijación proporcional. Se aplicaron el cuestionario de síntomas, prueba de estrés postraumático y escalas de estrategias de afrontamiento y resiliencia. Las principales afectaciones psicológicas encontradas son el sentimiento de que alguien trata de hacerle daño, consumo de alcohol, alteraciones del estado de ánimo y síntomas de estrés postraumático. El nivel de resiliencia es moderado. Presentaron niveles de resiliencia entre el 32% y 61%; en cuanto al grupo de los adolescentes se encontraron altos niveles de resiliencia asociados a la búsqueda de redes de apoyo, lo anterior indica que pese a las circunstancias, las víctimas han logrado sobrellevar las situaciones y reconstruir sus proyectos de vida. Las víctimas suelen enfrentar las situaciones adversas mediante dos estrategias, por un lado tienden a esperar que las situaciones se resuelvan solas y buscar el apoyo de la religión y por otro lado hay un efectivo afrontamiento de las situaciones, por medio de la regulación emocional y el razonamiento cognitivo.

Castillo y Palma (2016) realizaron una investigación sobre “Resiliencia en Mujeres Viudas por el Conflicto Armado Vinculadas a Funvida en Tumaco” los autores encontraron que existe personas víctimas del conflicto armado que logran reconstruir sus vidas y desarrollar procesos resilientes. Las mujeres entrevistadas en esta investigación no manifiestan sentimientos de minusvalía ni autocompasión. Entienden

la gran responsabilidad que les implica la crianza de sus hijos, para ellas, el esfuerzo realizado es en honor a los hijos, porque son después de la viudez, las únicas responsables de que ellos tengan una buena vida. Entienden que tienen una misión en la vida y actúan como tal. Enfrentarse con la muerte y aceptar a esta como algo inevitable, vivir los duelos y practicar los rituales propios de la cultura, son algunos de los paradigmas que influyen en la actitud de aceptación frente a su nuevo rol en la vida. Orgullosas de sus raíces, de sus historias, de sus capacidades de resiliencia, y sobre todo de su aporte silencioso a la construcción de la paz, las mujeres de *Funvida* han construido valores corporativos como la solidaridad, la cooperación, la reciprocidad y la confianza.

Montts *et al.* (1999) (citado por Salgado 2005), investigaron acerca de los Factores Protectores y de Riesgo en Hijos de Padres con Trastornos Afectivos, Neuróticos y Normales. Los autores evaluaron los factores protectores y de riesgo en escolares y adolescentes que estaban en un contexto de alto riesgo para su salud mental, siendo hijos de padres con trastorno bipolar o con neurosis. Estos dos grupos se compararon con una muestra de escolares y adolescentes de población normal. Los factores evaluados fueron expectativas escolares, rendimiento escolar, inserción en el colegio, destrezas sociales, pertenencia a grupos, conductas de riesgo social, riesgo sexual y de consumo de sustancias psicoactivas y alcohol, autoestima, destrezas en resolución de problemas, factores familiares y maltrato. Se encontró que los individuos en los distintos contextos de crianza diferían en estos factores y que la familia como factor social y la autoestima como factor individual constituían ejes centrales en la resiliencia (adaptabilidad) o vulnerabilidad del hijo.

Al-Naser y Sandman (2000), (citado por Salgado 2005), intentaron identificar en Kuwait, las características de personalidad de personas resilientes que habían estado presentes en la invasión de Irak a Kuwait en 1991. Utilizaron la Escala de Resiliencia del Ego en una muestra de 495 hombres y mujeres, estudiantes de la Universidad de Kuwait y que tenían 17 años a más, esta muestra se agrupó considerando edad, género y carrera que estudiaban, tipo de familia, estado social y estado civil. Los resultados mostraron que los hombres son más resilientes que las mujeres, los que pertenecían a familias extensas eran más resilientes que los que pertenecían a familias nucleares y los que estudiaban carreras de ciencia eran más resilientes que los que estudiaban arte.

E. Werner (1992), quien estudió cómo afectan los factores de riesgo a las personas que viven en condiciones de pobreza. Realizó una labor de seguimiento durante más de treinta años a más de 500 niños nacidos en medio de la pobreza en la isla de Kauai (Hawai), hasta su vida adulta. Si bien Werner deja constancia de que todos tuvieron dificultades para su desarrollo, hubo una tercera parte que además fue sometida a experiencias estresantes que involucraban familias disfuncionales cuyas temáticas consideraban, violencia intrafamiliar, ausencia del padre, alcoholismo o enfermedades mentales. Varias de las personas estudiadas derivaron en patologías físicas y psicosociales, como se esperaba desde la mirada del enfoque de riesgo. Pero también sucedió que otros al estar sometidos a las mismas condiciones mostraban un desarrollo sano y positivo. Werner se percató que las personas que no se enfermaban, a pesar de estar en condiciones extremas de adversidad, disponían a lo menos de una persona, que podía ser un familiar o no, que los aceptó incondicionalmente, más allá de su personalidad o sus características físicas. La autora concluyó que estas personas, que

no se enfermaban cuando debieran haberse enfermado, precisaban de otro con el cual pudieran contar en cualquier situación y también percibir que sus comportamientos basados en el esfuerzo, competencia y autovaloración eran apreciados y promovidos. A estas personas la autora las denominó: "resilientes"; y con ello clarifica que, la aparición o no de esta capacidad en las personas, está sujeta a la interacción de la persona y su entorno humano.

Los *Antecedentes Nacionales* encontrados fueron las siguientes:

Herrera López y Cruzado (2013), realizaron una investigación en el Departamento de Huancavelica, zona de extrema pobreza en el Perú, se estudió a 121 habitantes de la comunidad, mayores de 18 años, que vivieron en el lugar durante el periodo de violencia política. Se aplicó el Cuestionario *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) adaptado por el Instituto Nacional de Salud Mental de Perú (INSM) para valorar TEPT y comorbilidad asociada. Se encontró que la mayoría de encuestados estaban en extrema pobreza. El promedio de eventos traumáticos como consecuencia de la violencia política fue de 2,26. La prevalencia de vida de TEPT fue 25,6%. Todas las personas encuestadas tuvieron al menos un trastorno psiquiátrico comórbido: los más frecuentes fueron el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión.

El INSM Honorio Delgado Hideyo Noguchi realizó intervenciones en los departamentos de Ayacucho, Apurímac y Huancavelica. Se atendió a 1560 personas. La magnitud de la violencia ha sido tal, que se encontró varios diagnósticos de enfermedades psiquiátricas. Del total de estas enfermedades, se encontró que el 46%

de ellas era Depresión episódica y crónica, el 18% de Trastorno de ansiedad generalizada, el 10% de algún trastorno psicótico, el 8% de Alcoholismo, 8% de Trastorno de estrés postraumático, y el 10% de otros trastornos mentales (Kendall, Matos, Cabra; 2006).

Saavedra (2004) demostró que el departamento de Ayacucho es el más afectado. La prevalencia de trastornos psiquiátricos es notoriamente más alta en Ayacucho (50%) que, en el resto de los departamentos, en donde la segunda prevalencia más alta llega a 41%. De la misma manera el abuso de alcohol es 16% superando a los demás departamentos cuyas cifras no superan el 10%. Se encontró también que en Ayacucho está la cifra más alta para la prevalencia de maltrato físico, psicológico y sexual a la pareja, esta cifra asciende a 63.8%.

El Hospital Hermilio Valdizan, así como el INSM, realizaron intervenciones en las víctimas de violencia política en los departamentos de Ayacucho, Huánuco, Junín y San Martín. El equipo de profesionales de salud mental encontró una alta tasa de prevalencia de trastornos mentales. Del total de los atendidos el 26% presentaba un trastorno depresivo, el 14% un trastorno de ansiedad, el 6% sufría de alcoholismo, el 5% de un trastorno de naturaleza psicótica, y el 8% reunía síntomas para diagnóstico de algún otro trastorno mental (Cueva, 2005).

Un estudio epidemiológico, realizado en Ayacucho, (Kendall, Matos, Cabra; 2006) demuestra los altos niveles de desconfianza y desprotección sentidos en la población. El 84% de la población encuestada tiene confianza nula o escasa hacia los líderes de la comunidad o alcaldes. La desconfianza se da en mayor nivel hacia las autoridades políticas, el 93% de la población tiene nula o escasa confianza en ellos. El 79% de la

población tiene desconfianza hacia las autoridades policiales y militares. La desconfianza hacia los vecinos se presenta en el 65,5% de la población. Así mismo, la mayoría de la población ayacuchana encuestada revela una pérdida del sentimiento de ser protegidos por parte del Estado (82%) y más de la mitad de ella refiere sentirse poco protegidas por su comunidad (59%).

Colareta (1993), realizó una investigación sobre prevalencia de enfermedades psiquiátricas en una comunidad rural (Santa Lucía de Pacaraos - Huaral) y encuentra una prevalencia global puntual de 32% de enfermedades psiquiátricas, ocupando en primer lugar los trastornos de ansiedad (9,1% descontando síndrome de abstinencia), seguido por los trastorno depresivos (8,0% de la muestra descontando duelo no complicado y el trastorno de adaptación), el alcoholismo (8,6% de la muestra). De los trastornos de ansiedad el más frecuente fue el trastorno de ansiedad no especificado en otra parte (4,6% de la muestra), el trastorno de ansiedad generalizada (2,9% de la muestra) de los casos, el trastorno de pánico (0,6% de la muestra), y la fobia social (0,6% de la muestra). De los trastornos depresivos, el trastorno depresivo no especificado en otra parte fue el más frecuente (3,4% de la muestra) seguido por la depresión mayor (2,3% de la muestra) y la Distimia (2,3% de la muestra).

Flores, (2007), realizó una investigación sobre “Resiliencia en Familias Víctimas de Violencia Política en Ayacucho”. Se abordó el estudio de la resiliencia familiar en 12 familias víctimas de la violencia política en Ayacucho. La resiliencia familiar es la capacidad del sistema familiar para enfrentar las crisis propias a la situación de desaparición o asesinato de un familiar, superarlas y lograr una adaptación positiva al

entorno social y comunal. Se aplicó un Cuestionario para recoger la información oral de algún miembro de la familia sobre las condiciones en que tuvo lugar el evento crítico y los factores protectores que promueven la resiliencia así como los factores de riesgo que la debilitan. En este estudio se halló siete factores de resiliencia: sistema familiar, educación, economía, ritos (religión, duelo) trabajo, redes sociales y salud mental (sueños, área emocional, pérdida ambigua y manejo del tiempo), además, los factores de protección y de riesgo se presentan tanto en los familiares de desaparecidos como en los familiares de asesinados y el manejo de las crisis inesperadas, en todos sus pasos, dentro del sistema familiar, correspondió a las mujeres.

Claverias, (2000) (citado por Aguirre, 2004), del Centro de Investigación, de Educación y Desarrollo (CIED), efectuó un estudio sobre “Cultura y Resiliencia en los sistemas de producción en las comunidades campesinas en Puno”, 1996 – 2000, cuyo objetivo es de dar a conocer cómo la cultura local les permite explicar las interrelaciones mutuas entre los criterios que le dan contenido a la sostenibilidad de sus sistemas de milenios de años para dar respuesta a los factores negativos y positivos que amenazan o incentivan su crecimiento; así como para determinar que en base a esas culturas locales se han construido modelos propios de sostenibilidad con capacidad de resiliencia. Para este trabajo se tomó las comunidades campesinas de Capa Chica en el departamento de Puno, ubicado a una altitud entre los 3850 – 4800 msnm. Concluyendo que “los sistemas de producción de los campesinos andinos que viven en estos ecosistemas extremadamente frágiles, pueden aumentar su resiliencia como una de las características básicas de la sostenibilidad, en la medida que rescatan los valores de la

matriz conceptual andina, así como las tecnologías tradicionales que pueden coexistir en el mundo actual y en la adaptación de nuevas tecnologías agroecológicas modernas.”

En cuanto a los *Antecedentes Locales*, no se encontró investigaciones referentes al tema de violencia política, por lo tanto, sólo consideramos los de resiliencia.

Dominguez (2018), realizó una investigación sobre “Resiliencia en Adolescentes Infractores del Servicio de Orientación al Adolescente del Poder Judicial Huánuco – 2018”, se encontró que el 40.5% de los adolescentes infractores del SOA-Huánuco presentan bajo nivel de resiliencia; el 20.3 presenta niveles inferiores al promedio de resiliencia; el 14.9% presenta niveles promedio de resiliencia, el 8.1 presenta niveles superiores al promedio y el 16.2% un alto nivel de resiliencia.

Villaorduña (2017), realizó una investigación sobre Efecto del programa “Conociéndome” en los Factores Personales de Resiliencia en niños y niñas víctimas de maltrato infantil, se encontró que aplicando el programa “Conociéndome” se incrementó los factores personales de resiliencia en los estudiantes víctimas de maltrato infantil, por lo que se demuestra la efectividad del programa.

Daza y Rojas (2014), realizaron una investigación sobre “Nivel de Resiliencia en mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en el juzgado de familia de la corte superior de justicia – Huánuco – 2013” se encontró que de 142 mujeres evaluadas el 39.43 % presentan un nivel de resiliencia bajo, siendo este el nivel predominante, asimismo el 30.98 se encuentra en un nivel de resiliencia medio, además se observa que el 16.92 presenta un nivel medio alto de resiliencia y finalmente el nivel con una puntuación más baja se ubica en el nivel alto de resiliencia con un 12.67.

2.2 Fundamentación teórica

2.2.1 Trastornos mentales

Durante los conflictos armados existe un gran riesgo de que la salud mental individual y colectiva se vea afectada de forma inmediata, así como a mediano y largo plazo. La violencia en sus diferentes modalidades incrementa los riesgos de trauma psicológico; de hecho, los conflictos armados no solo generan muertes, heridas y discapacidades físicas, sino que también dejan huellas en la vida de las personas, las familias y la sociedad.

Asimismo, se producen cuantiosas pérdidas económicas y un aumento de la morbilidad psiquiátrica y de los problemas sociales derivados de los desplazamientos. La exposición a situaciones traumáticas puede producir un mayor nivel de angustia en las personas e, inclusive, afectar a amplios grupos de la comunidad que, aunque no sufran enfermedad mental alguna en el momento, sí experimentan reacciones de ansiedad y tristeza, así como alteraciones en el comportamiento.

A. Trastornos depresivos

- **Definición:** La depresión se caracteriza por un estado de ánimo afectado de una gran tristeza o desinterés generalizado por todo lo que rodea al sujeto, junto a un marcado descenso de la actividad física y psicofisiológica de la persona que la padece, manifestada a través de la falta de motivación, apetito y libido, por insomnio y, por la pérdida de las ganas de vivir y el suicidio en los casos más extremos.

La depresión constituye, además, uno de los problemas más incapacitantes y de mayor sufrimiento para las personas que la padecen y para la sociedad en su conjunto. El trastorno depresivo tiene, también, la peculiaridad de afectar de modo particular a las mujeres, en las que alcanza unas proporciones de más del doble respecto de la población masculina, y constituye el principal componente del denominado estrés o síndrome del ama de casa.

- **Clasificación y diagnóstico de los trastornos depresivos:** A lo largo de tantos años, un sinnúmero de autores han propuesto un sinnúmero de categorías clasificatorias diferentes (Perris, 1987), que no mencionaremos en esta investigación por cuestión de tiempo y espacio. Sin embargo, en la siguiente tabla describiremos las clasificaciones según el DSM-IV-TR y la CIE-10, ya que es la clasificación más aceptada de todos los tiempos.

Tabla 1

Los trastornos del estado de ánimo según los sistemas diagnósticos DSM-IV-TR (APA, 2000) y CIE-10 (OMS, 1992, 2000)

DMS-IV-TR	CIE-10
Trastornos depresivos	Trastornos depresivos
✓ Trastorno depresivo mayor (episodio único).	✓ Episodio depresivo.
✓ Trastorno depresivo mayor (recurrente).	✓ Trastorno depresivo recurrente.
✓ Trastorno distímico.	✓ Distimia: trastorno del humor persistente.
✓ Trastorno depresivo no especificado.	✓ Trastorno depresivo no especificado.
Trastornos bipolares	Trastornos bipolares
✓ Trastorno bipolar I: <ul style="list-style-type: none"> • Episodio maníaco único. • Episodio depresivo y episodio maníaco (mixto). 	✓ Episodio maníaco. ✓ Trastorno bipolar: episodio depresivo y episodio maníaco (mixto o en remisión).
✓ Trastorno bipolar II: <ul style="list-style-type: none"> • Episodios hipomaníacos y episodios depresivos (sin episodios maníacos) 	✓ Trastorno bipolar, otros: episodio hipomaníaco y episodio depresivo.
✓ Trastorno ciclotímico.	✓ Ciclotimia: trastornos del humor persistente.

FUENTE: Manual de psicopatología y trastornos mentales de Vicente Caballo.

ELABORACIÓN: Propia.

- A. *Episodio depresivo*: La característica básica del episodio depresivo mayor radica en la existencia de un período de al menos dos semanas consecutivas en el que la persona sufre un estado de ánimo deprimido o una pérdida o reducción del interés o el placer hacia casi todas las actividades de su vida (criterios A1 y A2 de la tabla N° 02).

Tabla 2

Criterios diagnósticos para el Episodio depresivo mayor, según el DSM-IV-TR (APA, 2000)

-
- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de al menos dos semanas, que representan un aparente cambio respecto de la actividad previa del sujeto, incluyendo necesariamente uno de los síntomas siguientes: 1) estado de ánimo deprimido o 2) pérdida o disminución generalizada del interés o del placer para cualquier actividad.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día y casi cada día, según la propia manifestación del sujeto o la observación realizada por otras personas. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 2. Disminución acusada del interés o del placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día y casi todos los días, manifestada por el propio sujeto u observada por los demás.
 3. Pérdida o aumento significativo del peso corporal (más de un 5 por 100 en el período de un mes) o del apetito, sin seguir ningún régimen para ello.
 4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
 5. Agitación o enternecimiento psicomotor cotidiano y continuado, observable por otras personas.
 6. Fatiga o pérdida de energía persistente, mostrada cotidianamente.
 7. Sentimientos cotidianos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados.
 8. Disminución persistente de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
 9. Pensamientos e ideas recurrentes de muerte o de suicidio.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
-

-
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
 - D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga), un medicamento o una enfermedad médica (p. ej., el hipotiroidismo).
 - E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., el relacionado con la pérdida de un ser querido) y los síntomas persisten durante más de dos meses, o menos tiempo si los síntomas se caracterizan por una acusada incapacidad funcional del sujeto, con preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.
-

FUENTE: Manual de psicopatología y trastornos mentales de Vicente Caballo.

ELABORACIÓN: Propia.

B. Trastorno depresivo mayor (episodio único):

Se caracteriza por la presencia de un episodio depresivo mayor por primera vez en la vida del sujeto, junto a una serie de características o especificadores adicionales, como se muestran en la tabla 03.

Tabla 3

Criterios para el diagnóstico de un Trastorno depresivo mayor episodio único, según el DSM-IV-TR (APA, 2000)

-
- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
 - B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
 - C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. (Nota: esta exclusión no es aplicable si todos
-

estos episodios son inducidos por sustancias, por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.)

El nivel de gravedad del trastorno se especifica según la escala siguiente:

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos.

También se debe especificar si el trastorno está asociado con:

- Síntomas catatónicos.
- Síntomas melancólicos.
- Síntomas atípicos.
- El inicio en el posparto.

Especificar también si el trastorno se encuentra en la actualidad:

- En remisión parcial.
- En remisión total.
- En estado crónico.

FUENTE: Manual de psicopatología y trastornos mentales de Vicente Caballo.

ELABORACIÓN: Propia.

C. Trastorno depresivo mayor (recurrente)

Su característica diferencial es la manifestación de al menos dos episodios depresivos mayores a lo largo de la historia clínica del sujeto, característica que permite distinguirlo del trastorno depresivo mayor (episodio único).

Con relación a esta característica, sin embargo, existe alguna confusión entre los distintos sistemas diagnósticos, en términos del intervalo

temporal exigido entre estos dos episodios depresivos mínimos requeridos para poder determinar si se trata de un único episodio o de dos episodios diferentes. En este sentido, en el DSM-IV-TR se plantea la exigencia de que entre estos episodios debe haber transcurrido un intervalo temporal mínimo de dos meses seguidos sin que el sujeto manifieste síntomas depresivos; es decir, debe observarse una remisión completa de los síntomas y, por tanto, incumplirse los criterios completos de un episodio depresivo mayor entre los episodios.

D. Trastorno distímico:

El DSM- IV-TR define a este trastorno por presentar un patrón crónico de alteración del comportamiento, caracterizado por un estado de ánimo depresivo persistente experimentado de forma continua durante la mayoría de los días y durante la mayor parte de éstos y con una duración mínima de dos años, junto con otros posibles síntomas secundarios de los mencionados en la tabla 05, donde describiremos los criterios diagnósticos para este trastorno.

Tabla 4

Criterios para el diagnóstico del Trastorno distímico, según el DSM-IV-TR (APA, 2000), y el Trastorno depresivo crónico, según el DSM-5 (APA, 2010)

Trastorno distímico (DSM-IV-TR)	Trastorno depresivo crónico (DSM-5)
A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás durante al menos dos años. <i>Nota:</i> en los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos un año.	A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años. (En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable, y la duración debe ser de al menos un año.)
B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:	B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
dos (o más) de los siguientes síntomas:	1. Pérdida o aumento de apetito.

-
1. Pérdida o aumento de apetito.
 2. Insomnio o hipersomnias.
 3. Falta de energía o fatiga.
 4. Baja autoestima.
 5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
 6. Sentimientos de desesperanza.
- C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros dos años de la alteración (un año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor en remisión parcial.
Nota: antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante dos meses). Además, tras los primeros dos años (un año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una
- C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, la persona no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
- D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica (p. ej., el hipotiroidismo).
- F. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- Especificar si:
- ✓ Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años.
 - ✓ Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.
- Especificar (para los últimos dos años del trastorno distímico) si:
- ✓ Con síntomas atípicos.
-

sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

- ✓ Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años.
- ✓ Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.

Especificar (para los últimos dos años del trastorno distímico) si:

- ✓ Con síntomas atípicos.

FUENTE: Manual de psicopatología y trastornos mentales de Vicente Caballo.

ELABORACIÓN: Propia.

E. Trastorno mixto de ansiedad y depresión:

En la actualidad el DSM-IV-TR, tampoco la CIE-10 han podido establecer la posibilidad del diagnóstico de un trastorno *conjunto* que incluyera síntomas de ansiedad y depresión, más allá de la sugerencia de que deben estar presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero que ninguno de esos conjuntos de síntomas debe estar por separado para poder diagnosticar este trastorno. El DSM-5 pretende avanzar un poco más en este camino, entre los criterios diagnósticos propuestos se incluye la presencia de tres o cuatro de los síntomas propios del episodio depresivo mayor, especialmente del criterio 1, estado de ánimo deprimido y/o la pérdida

generalizada de placer; acompañada de malestar ansioso, definido por la presencia de dos o más de los siguientes síntomas: preocupación frecuente e irracional, dificultades para relajarse, tensión motora o miedo por la ocurrencia de algo desagradable. Los síntomas de ambos trastornos han de tener lugar de forma conjunta y simultánea con una duración de al menos dos semanas.

F. Trastorno depresivo no especificado:

Hace referencia a la presencia de síntomas depresivos en un sujeto sin que lleguen a cumplir los criterios específicos requeridos para alguno de los trastornos depresivos oficialmente considerados.

- **Epidemiología y curso de los trastornos depresivos:** Un estudio actual que merece ser mencionado, realizado en una muestra europea, es el llevado a cabo por King et al. (2006, 2008). El estudio fue denominado con el acrónimo PREDICT y ha sido llevado a cabo en seis países europeos (Reino Unido, España, Portugal, Eslovenia, Estonia y los Países Bajos) con la finalidad de desarrollar un índice de riesgo multifactorial para predecir la presencia de depresión en los usuarios de los servicios de Atención Primaria en los centros de salud de edades comprendidas entre los 18 y los 76 años de edad.

El estudio fue realizado utilizando una muestra de 2344 hombres y 4865 mujeres, usuarios de los servicios de Atención Primaria de salud de los países ya mencionados.

La tasa más alta de prevalencia de la depresión se observa en los hombres entre los 30 y 50 años y en las mujeres entre los 18 y 30 años. Para los trastornos de ansiedad, estas tasas apuntan a entre los 40 y 60 años para los hombres y entre los 4 y 50 para el trastorno de pánico en hombres y mujeres conjuntamente. En cuanto al *sexo*, estas diferencias no son tan contundentes en todos los países europeos y, en cualquier caso, las cifras parecen ir progresivamente descendiendo debido a la doble frecuencia de trastornos depresivos en las mujeres respecto de los hombres.

Curso del trastorno depresivo: El curso que suele tener este trastorno, tiende a ser muy variable: desde episodios depresivos aislados sin una aparente continuidad entre ellos, hasta episodios depresivos prácticamente continuos, pasando por otros en que las recurrencias se dan cada vez con mayor frecuencia a medida que avanza la edad de los sujetos. Suele admitirse que las recaídas son más espaciadas en las fases tempranas o al iniciar el trastorno y más cortos a medida que el cuadro progresa. El número de episodios sufridos a lo largo de la vida generalmente oscila entre los dos y los seis, y uno de los mejores predictores de las recaídas es, precisamente, el número de episodios depresivos sufridos con anterioridad por parte del sujeto. Siendo así, se estima que después de sufrir un primer episodio, la posibilidad de padecer uno nuevo es del 60 por 100, mientras que esta posibilidad se incrementa hasta el 70 por 100 después de tener un

segundo y hasta incluso el 90 por 100 después de haber tenido un tercero. (APA, 2000).

- **Etiología y modelos explicativos:**

1. **Teorías biológicas:** Existen dos grandes teorías que son las *teorías endocrinas* y las *teorías de neurotransmisión*.

Dentro de las *teorías endocrinas*, se han propuesto básicamente dos modelos centrados, los llamados “eje adrenal o eje hipotálamo-hipófiso-adrenal” y “eje tiroideo o eje hipotálamo-hipófiso-tiroideo”. En el primero de estos ejes, denominado abreviadamente *eje adrenal*, su hiperactividad está relacionada con niveles elevados de síntomas depresivos a través de la excesiva secreción de hormonas glucocorticoides o corticoides por parte de la corteza de la glándula suprarrenal, especialmente el cortisol. El otro gran eje endocrino está relacionado con los trastornos del estado de ánimo con relación al cual son de sobra conocidos los efectos anímicos en los pacientes afectados de hipotiroidismo e hipertiroidismo, con estados depresivos maníacos claramente asociados.

Por otro lado, las *teorías de neurotransmisores cerebrales*, dicen que, entre estos neurotransmisores, los principalmente implicados en la depresión son las catecolaminas y las indolaminas - serotoninas, que han dado lugar a dos grandes hipótesis o teorías bioquímicas de la depresión: la hipótesis catecolaminérgica y la hipótesis serotoninérgica. La primera de las hipótesis plantea que los niveles alterados (que normalmente están disminuidos) o los déficits funcionales en la

actividad de los neurotransmisores catecolaminérgicos, dopamina y noradrenalina, están asociados a los estados depresivos. De igual manera, también se ha encontrado que los déficits en los niveles de la indolamina serotonina también están presentes en los estados depresivos, aunque su papel parece ser más bien el de incrementar la vulnerabilidad o la predisposición a padecer la depresión. En el caso opuesto, el de un incremento en la neurotransmisión catecolaminérgica, la alteración del estado de ánimo es, por el contrario, de tipo hipertímico o maníaco (González de Rivera y Monterrey, 2008).

2. **Teorías psicológicas:** Desde la posición psicoanalítica o psicodinámica, refiere a la depresión el concepto de «baja autoestima» que presenta el sujeto como consecuencia de su reacción ante la “pérdida temprana del objeto amoroso o amado”.

Las teorías conductuales, por otro lado, centran su atención principalmente en la conducta o actividad manifiesta de los sujetos depresivos, que se encuentra extremadamente reducida.

Los modelos o teorías cognitivas, en cambio, se centran en las manifestaciones o alteraciones cognitivas asociadas a la depresión, y asumen que la ocurrencia de ésta depende del modo en que el sujeto depresivo percibe o interpreta los sucesos en su vida. Dentro de este enfoque, pueden distinguirse distintas teorías o modelos para la explicación de la depresión. Entre las distintas teorías propuestas, las más importantes son las de Beck (1967, 1987) y Seligman (1975).

Para Beck (1967 - 1987), las posibles causas son los errores o las distorsiones cognitivas que la persona comete al procesar la información de su entorno, especialmente después de vivir experiencias o sucesos estresantes: “tríada cognitiva negativa”.

El modelo de Seligman (1975), postula la existencia de determinados estilos atribucionales depresógenos, caracterizados por hacer atribuciones internas de los sucesos negativos de forma estable a través del tiempo y de un modo generalizado, extendiéndolas a situaciones presentes y futuras (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).

- **Evaluación:** En este aspecto, conviene distinguir entre los dos conceptos complementarios de contenido a evaluar y de las técnicas o instrumentos a utilizar para hacerlo. En cuanto al contenido a evaluar, es preciso distinguir, entre el diagnóstico específico del trastorno depresivo y la determinación de sus posibles causas a través del correspondiente análisis funcional o causal del trastorno. Para el diagnóstico clínico del problema se utilizan los manuales diagnósticos actualmente existentes (DSM-IV-TR y CIE-10).

En cuanto al análisis causal del problema depresivo, lo primero que debemos hacer es establecer la posible existencia de causas biológicas o médicas, pero nosotras nos centraremos principalmente en la evaluación psicológica a través de técnicas o instrumentos. Las técnicas en este caso son las mismas utilizadas habitualmente por la psicología para la evaluación de los trastornos clínicos en general: entrevista clínica, observación, autorregistros, autoinformes, etc.

los que ahora mencionaremos son los test o autoinformes utilizados específicamente para la evaluación de la depresión, de los cuales muchos de ellos han sido desarrollados hace ya bastante tiempo y traducidos y adaptados a distintos idiomas y culturas, entre ellos al español. Entre los test más utilizados cabe mencionar los incluidos en la tabla 07.

Tabla 5
Instrumentos utilizados para la evaluación del trastorno depresivo

Instrumento	Referencia
<p>Escala de depresión de Hamilton <i>(Hamilton Depression Rating Scale,</i> HAM-D).</p>	<p>Conde y Franch (1984); Hamilton (1960, 1967); Ramos-Brieva y Cordero (1986).</p>
<p>Escala para la depresión de Zung, <i>(Zung Self-Rating Depression Scale,</i> ZSDS).</p>	<p>Conde, Escribá e Izquierdo (1970); Zung (1965).</p>
<p>Inventario de depresión de Beck, <i>(Beck Depression Inventory I-II,</i> BDI/BDI-II).</p>	<p>Beck (1961, 1978); Conde y Useros (1974); Vázquez y Sanz (1999).</p>
<p>Inventario de depresión para niños, abreviado, <i>(Childrens Depresión</i> <i>Inventory-Short,</i> CD1-S).</p>	<p>Kovacs (1992); Del Barrio et al. (2002, 2004).</p>
<p>Escala de depresión geriátrica, <i>(Geriatric Depression Scale, GDS).</i></p>	<p>Izal, Montorio, Nuevo, Pérez y Cabrera (2010); Montorio e Izal (1996); Ramos et al. (1991); Salamero y Marcos (1992); Yesavage et al. (1983).</p>

<p>Escala de ansiedad y depresión en el hospital, (<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>, HAD).</p>	<p>Tejero, Guimerá, Farré y Peri (1986); Zigmond y Snaith (1983).</p>
<p>Escala de depresión de Montgomery-Asberg, (<i>Montgomery-Asberg Depression Rating Scale</i>, MADRS).</p>	<p>Martínez, Bourgeois, Peyre y Lobo (1991); Montgomery y Asberg (1979).</p>
<p>Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la depresión, (<i>Center for Epidemiologic Studies-Depression</i> CES-D).</p>	<p>Radloff (1977); Radloff y Locke (2000); Soler et al. (1997).</p>

FUENTE: *Manual de psicopatología y trastornos mentales de Vicente Caballo.*

ELABORACIÓN: *Propia.*

El instrumento elegido para captar síntomas de trastorno de ansiedad y depresión es el SRQ (Self Reporting Questionnaire) Este instrumento fue validado y tipificado por el Ministerio de Salud del Perú, y es lanzado en la Estrategia Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz como instrumento para el tamizaje en la Salud Mental, con el fin de la detección de nuevos casos en Salud Mental que presenten la sociedad Peruana. Este instrumento mide la angustia en términos de nueve síntomas: cefaleas frecuente, trastornos de sueño, temor fácil, temblor, nervios, tensión o aburrimiento, problemas digestivos, dificultad para pensar, sensaciones estomacales desagradables y fatiga sin explicación. En el cuestionario SRQ se incluyeron 13 preguntas de las cuales las respuestas positivas a las

3, 9, 11, 17, 13, 18 y 20 indican —caso o de las primeras 20 si se contestan 11 ó más positivas, indican caso de angustia o depresión.

G. Trastorno de ansiedad generalizada

- **Definición:** El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es uno de los problemas psicológicos más frecuentes y un motivo habitual de consulta en atención primaria. El conocimiento actual sobre el TAG permite afirmar que este trastorno tiene su sello de identidad en un componente específico de la ansiedad, la preocupación, que está generalizada en un amplio campo de actividades y acontecimientos, tiene un carácter excesivo y es básicamente una estrategia negativa de afrontamiento evitativo asociado a inquietud, nerviosismo y tensión muscular. Además, la preocupación genera una serie de consecuencias conductuales, tales como, indecisión comportamental, evitación y búsqueda de confianza en un intento por parte de las personas que padecen el trastorno de reducir la preocupación y el malestar emocional asociado. Las preocupaciones suelen comenzar con una serie de preguntas del tipo ¿qué pasaría si...?, por lo que puede considerarse inicialmente una estrategia que utilizan las personas para la solución de problemas pero que, sin embargo, no desemboca en una forma eficiente o exitosa de solución debido a que frecuentemente no son problemas reales o son de baja probabilidad de ocurrencia.

- **Clasificación diagnóstica, DSM-IV-TR y CIE-10:** Actualmente, el DSM-IV-TR, exige que la persona debe llevar por lo menos seis meses experimentando una ansiedad y preocupación excesiva acerca de ciertos acontecimientos de la vida diaria, siendo a la vez, la preocupación y ansiedad, difícil de controlar, y debe estar acompañada de tres síntomas de ansiedad crónica.

Desde mi punto de vista, es importante señalar las propuestas hechas por el grupo de trabajo para el desarrollo del DSM-5, siendo una de estas propuestas que el TAG sea reetiquetado como *trastorno por ansiedad y preocupación generalizadas*, de esta manera resaltaría la identidad que lo diferencia del resto de los trastornos emocionales. Esta propuesta enfatizaría más a que el TAG estaría caracterizado por una excesiva ansiedad y preocupaciones generalizadas por una serie de eventos que durarían de tres a más meses.

Otras propuestas hechas son: *a.* mencionar expresamente los dominios más habituales de preocupación; *b.* aumentar la fiabilidad y validez del diagnóstico reduciendo el tiempo necesario para que se pueda diagnosticar; *c.* eliminar el criterio sobre la dificultad para controlar las preocupaciones, ya que en la práctica es ineficiente para el diagnóstico; *d.* mantener los síntomas más específicos y con los que las personas con TAG tienden a identificarse más frecuentemente; *e.* incluir la evitación cognitiva y comportamientos asociados con el TAG, ya que los modelos teóricos lo apoyan, y *f.* finalmente, estudiar la eliminación de los criterios E, F y G

para mejorar la utilidad clínica y aumentar la consistencia del conjunto de trastornos de ansiedad.

Ahora bien, en la tabla N°08, haremos una breve descripción sobre los criterios diagnósticos del TAG según el DSM-IV-TR y según la CIE-10.

Tabla 6

Criterios diagnósticos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada según el DSM-IV-TR y la CIE-10 para adultos.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS SEGÚN EL DSM-IV-TR	CRITERIOS DIAGNOSTICOS SEGÚN LA CIE-10
<p>2. Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades que se prolongan a más de seis meses.</p> <p>3. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.</p> <p>4. La ansiedad y preocupación de asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de seis meses):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inquietud o impaciencia. 2. Fatigabilidad fácil. 3. Dificultad para concentrarse o dejar la mente en blanco. 4. Irritabilidad. 5. Tensión muscular. 6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño no reparador). <p>5. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de pánico (trastorno por pánico), pasarlo mal en público como en la fobia social, contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un TEPT.</p>	<p>A. Presencia de un periodo de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria.</p> <p>B. Presencia de al menos cuatro de los síntomas enumerados a continuación, de los cuales por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1-4:</p> <p style="padding-left: 40px;">Síntomas autónomos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Palpitaciones o golpeteo del corazón, o ritmo cardiaco acelerado. 2. Sudoración. 3. Temblor o sacudidas. 4. Sequedad de boca (no debida a medicación o deshidratación). <p style="padding-left: 40px;">Síntomas relacionados con el pecho y abdomen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Dificultad para respirar. 6. Sensación de ahogo. 7. Dolor o malestar en el pecho. 8. Náuseas o malestar abdominal (p.e. estomago revuelto). <p style="padding-left: 40px;">Síntomas relacionados con el estado mental:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento. 10. Sensación de que los objetos son irreales (desrealización) o de que uno mismo está distante o “no realmente está aquí” (despersonalización). 11. Miedo a perder el control a volverse loco o a perder la conciencia. 12. Miedo a morir.

-
6. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
7. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia como las drogas, fármacos, o a una enfermedad médica como hipertiroidismo, y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.
- Síntomas generales:
- 13. Sofocos de calor o escalofríos.
 - 14. Aturdimiento o sensaciones de hormigueo.
 - 15. Tensión, dolores o molestias musculares.
 - 16. Inquietud o incapacidad para relajarse.
 - 17. Sentimiento de estar “al límite” o bajo presión, o de tensión mental.
 - 18. Sensación de nudo en la garganta o dificultad para tragar.
- Otros síntomas no específicos:
- 19. Respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos.
 - 20. Dificultad para concentrarse o dejar la “mente en blanco” a causa de la preocupación o de la ansiedad.
 - 21. Irritabilidad persistente.
 - 22. Dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.
- C. El trastorno no cumple con los criterios de trastorno de pánico, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno obsesivo compulsivo o trastorno hipocondríaco.
- D. El trastorno de ansiedad no se debe a un trastorno orgánico, como hipertiroidismo, a un trastorno mental orgánico o trastorno relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas, tales como un exceso de consumo de derivados anfetamínicos o abstinencia a benzodiacepinas.
-

FUENTE: DSM-IV-TR y CIE-10

ELABORACIÓN: Propia

Tabla 7
Criterios diagnósticos propuestos para el DSM-5 (APA, 2010)

Criterios diagnósticos propuestos para el DSM-5
A) Ansiedad y preocupación excesiva (expectativa aprehensiva) para dos (o más) dominios de actividades o eventos (p. ejm., familia, salud, económicas y dificultades de trabajo o académicas)
B) La ansiedad y preocupación excesiva ocurren durante un periodo de tres o más meses en los que están presentes más días de los que no lo están.
C) La ansiedad y la preocupación se asocian a uno o ambos de los siguientes síntomas: <ol style="list-style-type: none"> a. Inquietud, sentirse tenso o nervioso. b. Tensión muscular.
D) La ansiedad y preocupación se asocian a uno o más de los siguientes comportamientos: <ol style="list-style-type: none"> a. Notable evitación de situaciones en las cuales podrían ocurrir algo negativo. b. Acusado empleo de tiempo y esfuerzo en prepararse ante una situación en las cuales podrían ocurrir algo negativo. c. Una marcada indecisión comportamental o para la toma de decisiones debido a las preocupaciones. d. Búsqueda repetida de bienestar o tranquilidad (debido a las preocupaciones).
E) Como en el criterio D del DSM-IV-TR*.
F) Como en el criterio E del DSM-IV-TR*.
G) Como en el criterio F del DSM-IV-TR*.

FUENTE: Manual de psicopatología y trastornos psicológicos de Vicente Caballo.

ELABORACIÓN: Propia

- **Epidemiología del trastorno de Ansiedad Generalizada:** Existe una gran variabilidad de prevalencia del TAG dependiendo de diversos factores, especialmente referidos al ámbito de estudio y criterio diagnóstico empleado. En Estados Unidos la prevalencia del TAG es de 5 por 100 y la prevalencia para los últimos 12 meses es de 3 por 100 (Kessler et al., 2008) a modo de conclusión de distintos estudios europeos epidemiológicos concluye que la prevalencia para los últimos 12 meses sería superior al 2 por 100 y que el riesgo del TAG es dos o tres veces superior entre las mujeres que entre los varones (Lieb, Becker y Altamura, 2005) Según datos de un estudio epidemiológico efectuado en seis países europeos, incluido España, la prevalencia del TAG se estimó en 2,8 por 100. Finalmente, con datos referidos exclusivamente a

estudios epidemiológicos españoles, la prevalencia del TAG a lo largo de la vida es de 1.3 por 100, y en los últimos doce meses, de 0.5 por 100 (Haro et al, 2008)

Con respecto a la edad de inicio, el TAG se desarrolla de manera tardía: la edad media de inicio es entre los 20 y 25 años (Kessler et al, 2008,) aunque puede aparecer en cualquier momento de la vida. Por ser una enfermedad que se desarrolla en cualquier edad y por ser crónico, este trastorno es más significativo en las personas mayores, teniendo una prevalencia de 7.2 por 100 (Montorio et al.,2003)

- **Comorbilidad y diferenciación con otros trastornos:** Existe comorbilidad especialmente con el trastorno de depresión mayor, ya que la mitad de las personas con TAG también cumplen criterios para la depresión mayor. Además, se ha demostrado que las personas que cumplen paralelamente TAG y depresión mayor experimentan niveles más elevados de ideación suicida, un peor funcionamiento social y tasas más elevadas de otros trastornos de ansiedad, alimentarios y somatomorfos.

En cuanto a la *diferenciación* con otros trastornos, se considera tres de ellos: con el *trastorno obsesivo compulsivo (TOC)*, se asemejan debido a las preocupaciones crónicas y las obsesiones, ya que ambas pueden ser conceptualizadas como procesos cognitivos excesivos e incontrolables asociados a eventos negativos. En segundo lugar, el TAG se asemeja y tiene cierta comorbilidad con el *trastorno por pánico*, ya que estos pacientes están principalmente preocupados por la potencial amenaza física y las personas con TAG, lo estarían más por catástrofes de índole psicológica. En tercer lugar, existe mucha relación entre *ansiedad y depresión* y como es común, es difícil encontrar algún paciente con trastorno de depresión sin sufrir también de ansiedad, especialmente de tipo generalizado.

- **Aproximaciones explicativas al trastorno de ansiedad generalizada**

1. Dimensiones biológicas y familiares

Mc-Laughlin, Behar y Borkovec, 2008 realizaron estudios de gemelos con relación al TAG tomándolos conjuntamente, poniendo de manifiesto que su heredabilidad es baja.

En un estudio de pacientes que han recibido terapia psicológica para el TAG, más de la mitad de ellos tienen un familiar cercano con ansiedad; por lo tanto, los problemas de ansiedad son más comunes en familiares de personas con TAG que en familias en las que no existen personas que lo padezcan.

2. Teorías psicológicas sobre el trastorno de ansiedad generalizada.

A continuación, describiremos cuatro teorías sobre el TAG y la preocupación.

a. Teoría de la preocupación como evitación cognitiva.

En esta teoría se centra en la distinción entre el contenido verbal de las preocupaciones y las imágenes mentales, ya que estas activaciones de imágenes mentales producen una activación somática, como el aumento del ritmo cardíaco, por ejemplo, que no ocurre cuando se activa el mismo contenido, pero de manera verbal.

b. Modelo metacognitivo del TAG

Este modelo está basado en la diferencia entre dos tipos de preocupaciones: la preocupación tipo 1 y el tipo 2 (Wells, 1995, 1999). La preocupación tipo 1 hace referencia a las preocupaciones sobre situaciones externas o internas que no son cognitivas como las sensaciones físicas, por ejemplo: preocuparse por el trabajo, la salud o las relaciones personales. En cambio, la preocupación tipo 2, es principalmente una preocupación sobre la preocupación o

metapreocupación, por ejemplo: “no puedo dejar de preocuparme”, “estoy perdiendo el control”, “me voy a volver loco” (Wells, 2006).

c. Modelo de intolerancia hacia la incertidumbre.

La intolerancia hacia la incertidumbre, es definida como “la tendencia a reaccionar de forma negativa a nivel emocional, cognitivo y comportamental ante las situaciones inciertas” (Dugas et al., 2004).

Las personas con TAG tienen una baja tolerancia a soportar la posibilidad de que puedan ocurrir en el futuro acontecimientos que tengan consecuencias negativas, pese a que existen muy pocas probabilidades de hacerse realidad.

3. Modelo de déficit de regulación emocional.

Gross en 1998, entiende la regulación emocional como los intentos que hace el individuo para influir en sus emociones, cuándo tenerlas y cómo se experimentan y expresan.

Mennin et al., (2005) mantienen que en las personas con TAG se produce un déficit de regulación emocional que se manifiesta en: *a.* una vivencia de las emociones muy intensa, *b.* un déficit en la comprensión de las emociones, *c.* reacciones negativas ante los estados emocionales o miedo a la emoción y *d.* un manejo de emociones escasamente adaptativo. Por este motivo los individuos con TAG sienten emociones muy intensas que no comprenden ni saben manejar y que valoran como algo amenazante. En lugar de procesar las emociones y sentirlas, las evitan mediante la preocupación.

4. Evaluación: Habitualmente se comenzará por procedimientos de evaluación diagnóstica para establecer si la persona cumple los criterios diagnósticos y determinar si los síntomas no se explican mejor por otros diagnósticos, ya que la preocupación excesiva puede estar presente en otros trastornos de ansiedad o la depresión mayor.

La evaluación debe ser completada con el objetivo de planificar el tratamiento considerando: *a.* síntomas idiosincrásicos respecto a los contenidos de preocupación, consecuencias que los pacientes perciben y la gravedad de cada síntoma; *b.* conductas de evitación específicas y otros comportamientos asociados a la preocupación como dolores, tensión muscular, alteraciones del sueño, dificultades de concentración y catastrofismo, y *c.* funcionamiento interpersonal y apoyo social.

Ahora, presentaremos en la tabla N° 10 algunos instrumentos que ayudan a la detección del TAG.

Tabla 8
Escalas e instrumentos de utilización frecuente para evaluar el Trastorno de Ansiedad Generalizada

ÁREA DE EVALUACIÓN	PROCEDIMIENTO	REFERENCIA
	Entrevista para los trastornos de ansiedad (<i>Anxiety Disorders Interview Schedule, ADIS-IV</i>).	Brown, Di Nardo y Barlow, 2004.
Evaluación de los criterios diagnósticos para el TAG.	Cuestionario de trastorno de ansiedad generalizada (<i>Generalized Anxiety Disorder Questionnaire, GAD-Q-IV</i>).	Newman, Zuellig, Kachin, Constantino y Cashman, 2002.
	Cuestionario de preocupación y ansiedad (<i>Worry and Anxiety Questionnaire, WAQ</i>).	Dugas, et al., 2001. Existe una adaptación para mayores, nuevo, 2005.
Intensidad de las preocupaciones	Cuestionario de preocupaciones, del estado de Pensilvania (<i>Penn State Worry Questionnaire, PSWQ</i>).	Meyer et al., 1990. Versiones españolas en Nuevo, Montorio, Ruiz, 2002, Sandín, Chorot, Valiente y Lostao, 2009.
	Cuestionario de dominios de la preocupación (<i>Worry Domains Questionnaire, WDQ</i>).	Tallis et al., 1992. Wisocky, 1994.
Contenido de las preocupaciones	Escala de preocupaciones para personas mayores revisada (<i>Worry Scale for Older Adults-Revised, WSOA-R</i>).	Versión española en Nuevo, Izal, Montorio, Losada y Marquez, 2003.

Metapreocupación	Cuestionario de metapreocupación (<i>Meta-Worry Questionnaire, MWQ</i>).	Wells, 2005. Versión española en Nuevo, Montorio, y Borkovec, 2004.
Creencias sobre la preocupación	Escala ¿Por qué preocuparse? (<i>Why worry?</i>). ⁹	Freeston et al., 1994. Versión española de Gonzales et al., 2006.
Intolerancia a la incertidumbre	Escala de intolerancia a la incertidumbre (<i>Intolerance of Uncertainty Scale</i>).	Freeston et al., 1994. Versión española de Gonzales et al., 2006.

FUENTE: *Manual de psicopatología de trastornos psicológicos.*

ELABORACIÓN: *Propia.*

El instrumento elegido para captar síntomas de trastorno de ansiedad y depresión es el SRQ (Self Reporting Questionnaire). Este instrumento fue validado y tipificado por el Ministerio de Salud del Perú, y es lanzado en la Estrategia Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz como instrumento para el tamizaje en la Salud Mental, con el fin de la detección de nuevos casos en Salud Mental que presenten la sociedad Peruana. Este instrumento mide la angustia en términos de nueve síntomas: cefaleas frecuente, trastornos de sueño, temor fácil, temblor, nervios, tensión o aburrimiento, problemas digestivos, dificultad para pensar, sensaciones estomacales desagradables y fatiga sin explicación. En el cuestionario SRQ se incluyeron 13 preguntas de las cuales las respuestas positivas a las 3, 9, 11, 17, 13, 18 y 20 indican —caso o de las primeras 20 si se contestan 11 ó más positivas, indican caso de angustia o depresión.

G. Esquizofrenia.

- 1. Definición:** Se considera que la esquizofrenia es un trastorno mental grave y complejo, caracterizado por la pérdida del contacto con la realidad. El deterioro cognitivo de la persona puede alcanzar un nivel tan elevado que interfiera en su capacidad para afrontar demandas de la vida cotidiana. Esto puede implicar un grave distanciamiento de la realidad y afectar gravemente a casi todas las áreas y funciones del paciente.

2. **Inicio y curso:** El inicio y curso de este trastorno pueden ser variables, su inicio suele habituarse al final de la adolescencia o principios de la etapa adulta, y es poco probable que la enfermedad aparezca antes de los 16 años o después de los 50. La aparición de la enfermedad puede ocurrir de manera aguda o insidiosa, y su curso puede progresar de tal modo que comprenda, en el mejor de los casos, desde un solo brote con remisión completa hasta, en los peores casos, desarrollarse de manera crónica que implique un deterioro progresivo del paciente. En la mayoría de los casos se presenta una fase premórbida, en la que el paciente va desarrollando lentamente y de manera más atenuada los signos y síntomas hasta que aparece la primera fase activa en la que se muestran los síntomas de manera más llamativa.

3. **Características clínicas:** En la actualidad se habla de tres categorías o dimensiones: un factor positivo, un factor desorganizado y un factor negativo. Los pacientes pueden presentar síntomas de una o de varias de estas categorías por lo que algunos de estos autores han considerado la idea de concebir estos síndromes como elementos representativos de diferentes dimensiones psicopatológicas, más que subtipos exclusivos de la esquizofrenia (Kay, 1990).

a. **Síntomas positivos:** Son síntomas que se encuentran en exceso o exageración de las funciones normales. Los síntomas positivos resultan más alarmantes o evidentes que los negativos, aunque muestran una mejor respuesta al tratamiento farmacológico y un mejor pronóstico. Los principales síntomas positivos de la esquizofrenia son:

✓ **Ideas delirantes:** Implica un deterioro de la capacidad para hacer inferencias lógicas, es decir, para llegar a conclusiones a partir de la observación del entorno de la persona o de sí misma (First, Frances y

Pincus, 2005). Este tipo de creencias afectan emocionalmente al paciente y éste puede dedicar mucho tiempo a pensar en ellas. Oltmanns y Maher (1988) establecieron siete características para definir el delirio, aunque ninguna de estas era suficiente ni necesaria para cumplir el requisito:

- a. el desequilibrio entre la evidencia o las razones a favor y en contra es tan claro que las demás personas considerarían esta creencia absurda;
- b. la creencia no es compartida por lo demás;
- c. la creencia es mantenida con convicción;
- d. la persona se preocupa con la creencia o se implica emocionalmente con ella;
- e. la creencia conlleva referencia a la persona;
- f. la creencia es fuente de malestar subjetivo o interfiere en el funcionamiento social o laboral de la persona y;
- g. la persona no realiza esfuerzos para evitarla o resistirse de ella.

Existen muchos tipos de ideas delirantes, pero las más frecuentes son las *de prejuicio*, donde la persona piensa que se conspira para producirle algún tipo de daño, y las *de persecución*, en donde la persona cree que es espiado; las ideas delirantes *de control*, donde el paciente tiene la convicción de que una fuerza externa controla sus pensamientos, conductas o sentimientos; las *de referencia*, en las que la persona cree que detalles, frases o hechos que acontecen se refieren a ella o tienen un significado especial para ella, por ejemplo: creen que ciertos gestos, comentarios, imágenes de televisión, canciones de la radio, etc. se dirigen especialmente a ella; *de grandiosidad*, en las que la persona cree tener poderes especiales, o que es un personaje famoso o que ha

realizado un hecho extraordinario; *místico-religiosas*, en donde las creencias se basan en aspectos religiosos, como la posesión demoníaca o la venida de cristo (encomendar tener alguna misión encomendada por Dios); *las de culpa o pecado*, en las que la persona siempre está preocupada por algo que haya hecho; *las de celos*, en las que la persona se muestra preocupada y centrada en que la pareja le pueda ser infiel o le haya engañado con otra persona, y, por último, *las somáticas*, cuando la persona cree que tiene alguna enfermedad o anormalidad o que algo ha cambiado en su cuerpo.

✓ ***Alucinaciones:*** Existen distintos tipos de alucinaciones en este trastorno, entre estos están las *auditivas*, siendo la alucinación más frecuente en las que el paciente oye voces, ruidos o sonidos. En las alucinaciones *visuales*, la persona puede ver formas o colores que no existen realmente. En las alucinaciones *olfativas o gustativas*, la persona siente olores o sabores desagradables. Las alucinaciones *corporales* consisten en cambios tanto de forma como de tamaño, aunque también pueden ser sensaciones de quemadura o de hormigueo.

✓ ***Síntomas motores o comportamiento catatónico:*** los síntomas motores pueden ser producto directo de la enfermedad, aunque también pueden ser algún efecto secundario de una medicación. Existen muchos tipos de síntomas motores, entre ellos destacan los *estados estuporosos*, en el que el paciente permanece paralizado, sin hablar y aislado del mundo externo, *la inhibición o agitación psicomotriz*, *la catalepsia o inmovilidad*, en la que el paciente puede permanecer en posturas inverosímiles que puede prolongarse por largos periodos de tiempo.

También pueden darse las *estereotipias motoras*, *los manierismos*, o exageración de movimientos intencionales; *la ecopraxia*, donde el paciente repite movimientos que acaba de realizar otra persona; y *el negativismo*, actitud de oposición ante cualquier movimiento que se le ordena. En este grupo de síntomas se puede incluir también cambios en el vestido y la apariencia, la conducta social y sexual, la conducta agresiva o agitada y, por último, la conducta repetitiva.

b. Síntomas negativos: Estos síntomas no son de la esquizofrenia, y cabe señalar que a veces los fármacos antipsicóticos convencionales producen efectos secundarios que pueden parecer síntomas negativos y que también puede confundirse con síntomas depresivos, que con frecuencia acompañan a este tipo de trastornos.

✓ *La alogia:* Es la alteración del lenguaje que consiste en la falta de fluidez, la producción insuficiente del lenguaje en la que el paciente sólo da respuestas a lo que se le pregunta, siendo éstas, muy breves que muchas veces se limita a una sola palabra.

✓ *La abulia-apatía:* Consiste en una falta de motivación y una carencia de energía para iniciar, mantener o terminar una conducta, y se puede manifestar por una inactividad física casi completa.

✓ *La anhedonia:* se caracteriza por una disminución de la capacidad para experimentar placer por medio de las actividades que se realizan y una pérdida de interés por cosas que antes sí lo tenían.

✓ *El aplanamiento afectivo o embotamiento:* el paciente presenta un déficit en la capacidad para expresar emociones, este síntoma se observaría en la inmovilidad y la falta de respuesta en la expresión

facial del individuo, el contacto visual pobre y la reducción del lenguaje corporal, es decir, el discurso del paciente no contiene gestos, no va acompañado de movimientos de las manos, evitan el contacto visual directo o mantienen la mirada fija y no añaden tonalidad a las palabras.

c. *Síntomas de desorganización:* En este grupo se incluyen los síntomas de lenguaje desorganizado, el comportamiento desorganizado o extraño y el afecto inapropiado.

- ✓ *Lenguaje desorganizado o trastorno formal del pensamiento:* El paciente presenta el trastorno del lenguaje conocido como “fuga de ideas” porque va pasando de una frase a otra o de un tema a otro sin enlazar los contenidos; es decir, el lenguaje es informativo, pero no presenta ningún hilazón.
- ✓ *Comportamiento desorganizado:* Los pacientes que tienen este tipo de comportamiento presentan conductas que se caracterizan por la falta de lógica y por esta razón pueden tener dificultades en las actividades de la vida diaria debido a la desorganización de sus acciones; por ejemplo, vagar por ahí completamente desaliñado y abordando a extraños, las risas inmotivadas, permanecer quieto en una esquina de la calle mirando el sol, leer el periódico al revés o recoger objetos inútiles de la basura.
- ✓ *Afecto inapropiado:* los pacientes que presentan este síntoma pueden tener manifestaciones afectivas incongruentes en las que la emoción que se expresa no está relacionada con la situación en la que se encuentra; a veces pueden tener sensaciones de vacío, de

angustia profunda o falta de conexión con otras personas o falta de empatía. Una respuesta emocional inapropiada que puede presentarse en la esquizofrenia es el surgimiento de sentimientos de ira repentinos, impredecibles y aparentemente inexplicables (Sarason y Sarason, 2006).

- 5. Clasificación diagnóstica del trastorno: DSM-IV-TR y CIE-10:** Según los criterios de la CIE-10, se requiere de tan solo un mes de síntomas activos para el diagnóstico de la esquizofrenia.

Según el DSM-IV-TR, este trastorno se caracteriza por la presencia de al menos, dos de los siguientes signos y síntomas: delirios, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos que se manifiestan de forma significativa al menos durante un periodo de un mes. Estas alteraciones influyen significativamente en la vida personal, familiar, laboral o social del paciente.

Ahora bien, describiremos en la tabla N° 11 los criterios para este trastorno según el DSM-IV-TR y según la CIE-10.

Tabla 9

Criterios diagnósticos para la esquizofrenia según el DSM-IV-TR (APA, 2000) y la CIE-10 (OMS, 2000).

CRITERIOS DIAGNOSTICOS SEGÚN EL DSM-IV-TR	CRITERIOS DIAGNOSTICOS SEGÚN LA CIE-10
<p>d. Síntomas característicos: dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un periodo de un mes (o menos, si ha sido tratado adecuadamente)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ideas delirantes. 2. Alucinaciones. 3. Lenguaje desorganizado (por ejemplo, descarrilamiento frecuente o incoherente) 4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado. 5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento efectivo, alogia o abulia. <p>Nota: solo se requiere un síntoma del criterio a si las ideas delirantes son extrañas, o si las alucinaciones consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del paciente, o si dos o más voces conversan entre sí.</p> <p>e. Defunción social/laboral: durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están muy por debajo del nivel previo al inicio de trastorno (o cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperado de rendimiento interpersonal o académico).</p> <p>f. Duración: persisten signos continuos de la alteración durante al menos seis meses. Este periodo de seis meses debe incluir al menos un mes de síntomas que cumplen al criterio a (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos y residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse solo por síntomas negativos o por dos o más síntomas</p>	<p>G1. Al menos uno de los síndromes, síntomas y signos listados en el apartado 1) o bien por lo menos dos de los síntomas y signos listados en 2) deben haber estado presentes la mayor parte del tiempo durante un episodio de enfermedad psicótica de por lo menos un mes de duración (o algún tiempo durante la mayor parte de los días).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Por lo menos a uno de los siguientes. <ol style="list-style-type: none"> a) Eso, inserción, robo o difusión del pensamiento. b) Ideas delirantes de ser controlado, de influencia y pasividad referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas y percepciones delirantes. c) Voces alucinatorias que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca del enfermo u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo. d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son inverosímiles, tales como las que se refieren a la identidad religiosa o política, a capacidades y poderes sobrehumanos (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima o estar en comunicación con seres de otro mundo). 2. Al menos dos de los siguientes. 3. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no muy estructuradas y fugaces, sin contenido afectivo claro, o cuando se presenta a diario durante al menos un mes.

de la lista del criterio a, presentes de forma atenuada (por ejemplo, creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).

- g. Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo: el trastorno esquizoafectivo y el trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a que: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maniaco o mixto concurrente con la fase activa, o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en la relación con la duración de los periodos activo y residual.
- h. Exclusión de consumo de sustancias y enfermedad medica: el trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directas de alguna sustancia (por ejemplo, una droga de abuso o de medicamento) o de una enfermedad médica.
- i. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnostico adicional de esquizofrenia solo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos un mes (o menos, si se han tratado con éxito).

- 4. Neologismo, interceptación o bloqueo del curso de pensamiento, que da lugar a incoherencia o lenguaje circunstancial.
- 5. Conducta catatónica, tal como excitación posturas características o flexibilidad cérica, negativo, mutismo y estupor.
- 6. Síntomas negativos, tales como marcada apatía, empobrecimiento o incongruencia de la expresión verbal y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (síntomas que suelen desembocar en aislamiento social y en disminución de los rendimientos). Deben quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica.

G2. Criterios de exclusión usando con más frecuencia.

- 1. Si en el enfermo se satisfacen también los criterios para un episodio maniático o depresivo, los criterios listados más arriba deben satisfacerse antes de aparecido el trastorno del humor.
- 2. El trastorno no es atribuible a una enfermedad organica cerebral o intoxicación, dependencia o abstinencia relacionadas con alcohol u otras drogas.

Comentario: al evaluar la presencia de este tipo de experiencias subjetivas y de conductas anómalas, se debe tener especial cuidado para evitar falsos positivos, especialmente allí donde están implicados formas de expresión cultural o subculturalmente influidos o en presencia de un nivel de inteligencia por debajo de la media.

Clasificación del curso longitudinal (solo se puede aplicar después de que haya transcurrido al menos un año desde el inicio de los síntomas de la fase activa):

- a. Episódico con síntomas residuales interepisodicas (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados).
- b. Episódico sin síntomas residuales interepisodicas.
- c. Continuo (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del periodo de observación).
- d. Episodio único en remisión parcial.
- e. Episodio único en remisión total.
- f. Otro patrón o no especificado.

Subtipos:

- g. Tipo paranoide.
- h. Tipo desorganizada.
- i. Tipo catatónica.
- j. Tipo indiferenciada.
- k. Tipo residual.

Formas de evolución: teniendo en cuenta la considerable variación del curso de los trastornos esquizofrénicos, puede ser conveniente (en especial para investigación) especificar la forma evolutiva. La evolución no deberá especificarse al menos que haya habido un periodo de observación de al menos un año.

Continua.

Episódica con defecto progresivo. Desarrollo progresivo de síntomas negativos en los intervalos entre episodios psicóticos.

Episódica con defecto estable. Síntomas negativos persistentes. Pero no progresivos, en los intervalos entre episodios psicóticos.

Episódica con remisiones completas. Con remisiones completas o virtualmente completas entre los episodios psicóticos.

Remisión incompleta.

Remisión completa.

Otra forma de evolución.

Periodo de observación menor de un año.

Subtipos:

- l. Tipo paranoide.
- m. Tipo hebefrénica.
- n. Tipo catatónica.
- o. Tipo indiferenciada.
- p. Tipo residual.
- q. Tipo simple.
- r. Depresión posesquizofrénica.
- s. Otra esquizofrenia.
- t. Esquizofrenia sin especificación.

FUENTE: DSM-IV-TR y CIE-10

ELABORACIÓN: Propia

- **Epidemiología:** La incidencia anual del trastorno es del orden de 0.07 a 1.3 por cada mil habitantes, y que la prevalencia puntual esta entre el 0.5 y 12 por mil habitantes, aceptándose que la prevalencia a lo largo de la vida de la esquizofrenia esta entre dos y 200 por mil habitantes con unos valores promedio ligeramente inferiores al 1 por 100 de la población.

En cuanto a los factores demográficos, los datos indican que la edad más peligrosa es la de 15 a 55 años, especialmente entre los 25 y 35 años y que no hay diferencias significativas de sexo, aunque muchos estudios indican que los varones son los más afectados y con peor evolución del trastorno.

En cuanto a la distribución geográfica, los datos indican que la esquizofrenia es más desarrollada en zonas urbanas que rurales o periféricas, tiene mayor número de casos en países de primer mundo como Estados Unidos, Suecia e Irlanda.

En cuanto a diferencias étnicas, culturales o religiosas, se informa que las personas de raza negra tienen mayor predisposición que los de raza blanca, pero también hay estudios que estiman más riesgo en los blancos. Así mismo, se señala que los católicos tienen mayor prevalencia al igual que en los inmigrantes, de éstos últimos se cree que podría deberse al estrés asociado a la necesidad de tener que integrarse en otro país, etnia o cultura.

En cuanto al estado civil, los solteros, separados o divorciados tienen mayor riesgo a adquirir la esquizofrenia, lo que podría deberse a la preocupación por encontrar o mantener una pareja en adecuadas condiciones del funcionamiento marital o familiar.

En cuanto a la morbilidad, los datos son claros, ya que este trastorno se da por ejemplo: con el consumo de sustancias, especialmente tabaco y alcohol, ansiedad o conducta violenta. Y en cuanto a la mortalidad precoz 10 por 100 de los pacientes con este diagnóstico se suicidan y un 30 por 100 lo intentan.

- **Etiología de la esquizofrenia:** Las causas de las disfunciones en la esquizofrenia son de muy diverso origen e índole: psicológico, ambiental, genético, orgánico, neuroquímico, etc. Y todas estas fuentes causales a su vez son potencialmente susceptibles de una mayor o menor influencia del estrés (Zubin y Spring, 1977).
- **Evaluación:** La evaluación clínica en pacientes con esquizofrenia varía en cuanto a su extensión y forma, dependiendo de su finalidad y del estado clínico del paciente.

Aunque en la evaluación de la esquizofrenia puede y debe utilizarse cualquier estrategia o instrumento de evaluación psicológica, lo más común es la evaluación a través de entrevistas, preferentemente estructuradas como la “Entrevista clínica estructurada para el DSM-III-R” y la “Evaluación del estado actual”; y de escalas e inventarios, siendo los más ampliamente utilizados siendo la “escala breve de valores psiquiátrica”, la “Escala de síntomas positivos y negativos”, “la Escala de evaluación de síntomas positivos” y el “Inventario para los trastornos afectivos y la esquizofrenia”.

El instrumento elegido para captar síntomas de trastorno de Psicosis es el SRQ (Self Reporting Questionnaire). Este instrumento fue validado y tipificado por el Ministerio de Salud del Perú, y es lanzado en la Estrategia Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz como instrumento para el tamizaje en la Salud Mental, con el fin de la detección de nuevos casos en Salud Mental que presenten la sociedad Peruana. Cualquiera de las preguntas 21 a la 24, especialmente la 23 y 24, contestadas positivamente indican psicosis. Estas preguntas se refieren a síntomas paranoides, ideas megalomaniacas o imposibles de probarse en la realidad, interferencia en el pensamiento y alucinaciones.

I. Alcoholismo

- **Definición:** Algunos autores han hecho el intento de definir el alcoholismo, para Keller (1960), el alcoholismo es una enfermedad crónica que se manifiesta por el hábito de beber repetidamente de tal forma que se deduce que el bebedor perjudica su salud y su funcionamiento social y económico. Jellinek (1960) lo

define como cualquier uso de bebidas alcohólicas que cause cualquier daño al individuo, a la sociedad o a ambos. La Organización Mundial de la Salud en 1952 definía así el alcoholismo: “Alcohólicos son aquellos bebedores excesivos cuya dependencia al alcohol ha alcanzado un grado tal que presentan notables trastornos mentales o interferencias con su salud mental o física, con sus relaciones interpersonales y su funcionamiento social económico, o bien tienen signos claros de la tendencia a orientarse hacia tales síntomas. Es por esto, entonces, que tales personas requieren tratamiento”

- **Criterios diagnósticos para el alcoholismo:**

Tabla 10

Criterios diagnósticos para la dependencia del alcohol.

CIE-10	DSM-IV
SINTOMAS	
Al menos, tres de los siguientes síntomas tienen que haber estado presentes, en algún momento, durante el pasado año:	Patrón desadaptativo de uso del alcohol que conduce a un deterioro significativo o a distrés, y que se manifiesta por algunos de los siguientes síntomas:
<p>Tolerancia</p> <p>1. Aumento en las cantidades de alcohol que se requieren para conseguir los efectos originales producidos por menores cantidades de alcohol.</p>	1. Necesidad de incrementar considerablemente las cantidades de alcohol para conseguir el efecto deseado o intoxicación; clara disminución de los efectos con el uso continuado de la misma cantidad de alcohol o funcionamiento normal a dosis o niveles sanguíneos de alcohol que producen un deterioro significativo en el bebedor casual.
<p>Abstinencia</p> <p>2. Estado de abstinencia fisiológica.</p>	2. Síndrome de abstinencia del alcohol.
<p>Deterioro del control</p> <p>3. Dificultades para controlar la bebida en relación con su comienzo, finalización o niveles de uso.</p>	3. El alcohol, a menudo, se consume para aliviar o evitar síntomas de abstinencia.
<p>Negligencia en las actividades</p> <p>4. Abandono progresivo de placeres o intereses en favor de la bebida, o</p>	4. Un deseo persistente o uno o más esfuerzos inútiles para suprimir o controlar la bebida.
<p>Tiempo utilizado en la bebida</p> <p>Aumento en la cantidad de tiempo necesaria para obtener el alcohol,</p>	5. El uso del alcohol se hace en mayor cantidad o por un período más largo de lo que el sujeto pretendía.
	6. Abandono o reducción a causa de la

consumirlo o recuperarse de sus efectos.

Bebida a pesar de los problemas

6. Uso persistente del alcohol a pesar del evidente daño físico o de sus consecuencias psicológicas.

Compulsión

6. Fuerte deseo o compulsión a beber con incapacidad para cumplir con las obligaciones.

Uso dañino

Problemas legales

bebida de actividades sociales, ocupacionales o recreativas.

7. Una gran parte del tiempo se utiliza en actividades necesarias para obtener el alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.

8. Uso continuado del alcohol a pesar de ser consciente de tener problemas recurrentes que son estimulados por dicho uso.

9. Consumo recurrente de alcohol que produce incapacidad para cumplir con las obligaciones en el trabajo, escuela o casa.

10. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las cuales existe peligro.

11. Problemas legales o interpersonales relacionados con el consumo recurrente del alcohol.

CRITERIOS DE DURACION

B1. Algunos síntomas de la alteración han persistido un mes como mínimo o han aparecido repetidamente durante un período repetido de tiempo.

B2. Ningún criterio temporal especificado.

FUENTE: DSM-IV-TR y CIE-10.

ELABORACIÓN: Propia.

Tabla 11
Criterios diagnósticos para el abuso del alcohol.

CIE-10	DSM-IV
SÍNTOMAS	
Un patrón de bebida que ha causado realmente daño psicológico o físico.	<p>Patrón desadaptativo de uso del alcohol que conduce a un deterioro significativo o a distrés, y que se manifiesta por algunos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Consumo recurrente de alcohol que produce incapacidad para cumplir con las obligaciones en el trabajo, escuela o casa. 2. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las cuales existe peligro. 3. Abandono o reducción, a causa de la bebida, de actividades sociales, ocupacionales o recreativas. 4. Problemas legales o interpersonales relacionados con el consumo recurrente de alcohol.
CRITERIO DE DURACIÓN	
C. No está presente ningún criterio concurrente para la dependencia del alcohol.	<p>B1. Algunos síntomas de la alteración han persistido un mes como mínimo o han aparecido repetidamente durante un período repetido de tiempo. B2. Ningún criterio temporal especificado. C. No está presente ningún criterio concurrente para la dependencia del alcohol.</p>

***El número de síntomas todavía no ha sido determinado.*

FUENTE: DSM-IV-TR y CIE-10.

ELABORACIÓN: Propia.

- **Causas del alcoholismo:** A continuación, realizaremos una breve descripción de las principales hipótesis de la dependencia al alcohol. Entre ellas se incluyen: 1) desarrollo de dependencia física y evitación del síndrome de la abstinencia; 2) los mecanismos de recompensa; 3) hipótesis adaptativa, y 4) predisposición genética.

A. Evitación del síndrome de abstinencia: Esta hipótesis se postula que el uso del alcohol se inicia por curiosidad, presión social, o por el deseo de obtener los efectos placenteros atribuidos al consumo de alcohol. El síndrome de abstinencia puede ser

tan intenso y aversivo que los sujetos afectados mantendrán la ingesta con el fin de evitar estos síntomas (Jaffe, 1988).

B. Mecanismos de recompensa: La segunda hipótesis postula que los individuos se hacen dependientes de los efectos positivos del alcohol. El alcohol se bebería por su capacidad de recompensa.

C. Hipótesis adaptativa: Considera la dependencia al alcohol como un intento del consumidor de reducir el malestar que existía antes de que comenzase la ingesta del alcohol.

D. Predisposición genética: Los estudios con familias han investigado tanto a los padres biológicos de individuos alcohólicos adoptados, como a los alcohólicos que convivían en familias con hermanastros con los que sólo compartían un padre. En ambos tipos de estudios los resultados avalan la hipótesis genética. Los hijos biológicos de padres alcohólicos tenían de 3 a 4 veces más probabilidad de convertirse en alcohólicos que los hijos de no alcohólicos o los hijos adoptivos (Bohman, 1978).

- **Curso evolutivo del alcoholismo:** El curso evolutivo del alcoholismo refleja, de hecho, un deterioro progresivo en aspectos psicológicos, sociales y fisiológicos, iniciando el consumo en la adolescencia y siendo su progreso lentamente hasta constituir un verdadero problema hacia la mitad o al final de los veinte años.

Al principio, en la *fase pre alcohólica*, la ingesta de alcohol va progresando de una actividad social y agradable a una necesidad para calmar las tensiones de cada día.

En una segunda fase, o *de alcoholismo temprano*, suelen comenzar a presentarse episodios cortos de amnesia (*blackouts*).

La tercera fase, denominada *crucial*, empieza cuando en el sujeto aparece el fenómeno de la pérdida de control.

Finalmente, la última fase o *fase crónica* supone la derrota total ante el alcohol, y se caracteriza porque el sujeto puede permanecer ebrio durante una semana o más.

- **Trastornos asociados:**

1. *Esquizofrenia:* En el curso de la dependencia del alcohol, la esquizofrenia podría aparecer de una forma concurrente.
2. *Trastornos del estado de ánimo:* A menudo, el consumo excesivo y crónico de bebidas alcohólicas se asocia con depresión, pero generalmente la depresión parece ser una consecuencia y no una causa de la bebida.
3. *Trastornos de ansiedad:* Aunque hay algunos estudios que parecen indicar que los estados de ansiedad preceden al abuso o dependencia de la bebida alcohólica, otros demuestran un incremento del estado ansioso durante períodos de abuso de alcohol, seguidos de una mejora sustancial en subsecuentes períodos de abstinencia (Stockwell, Smail, Hodgson y Canter, 1984).
4. *Celopatía:* La celopatía en los individuos que consumen excesivo alcohol se considera el resultado tanto de los efectos tóxicos de la sustancia en sí como de las reacciones del sujeto ante las dificultades sexuales que el alcohol ocasiona en los bebedores abusivos.

J. Trastorno convulsivo

- **Definición:** Según el MINSa (2015), la epilepsia es una de las principales enfermedades neurológicas crónicas y no transmisibles, que consiste en una alteración de la función de las neuronas de la corteza cerebral. Se manifiesta como un proceso discontinuo de eventos clínicos denominados crisis epilépticas.

Caballo V., Salazar I. & Carroble, J. señalan que la característica principal de este trastorno es la presencia de síntomas o déficit que afectan el funcionamiento motor voluntario o sensorial. Así mismo se considera también, que, al inicio de este trastorno estarían implicados factores psicológicos.

- **Clasificación diagnóstica, DSM-IV-TR y CIE-10:** El DSM-IV y la CIE 10 recogen

los criterios que se observan en la siguiente tabla:

Tabla 12
Criterios diagnósticos del Trastorno de conversión según el DSM-IV-TR y la CIE-10

CIE-10	DSM-IV
SINTOMAS	
<p>A. Uno o más síntomas o déficit que afectan a las funciones motoras voluntarias o sensoriales y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.</p> <p>B. Se considera que los factores psicológicos están asociados al síntoma o al déficit debido a que el inicio o la exacerbación del cuadro vienen precedidos por conflictos u otros desencadenantes.</p> <p>C. El síntoma o déficit no está producido intencionadamente y no es simulado (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio o en la simulación).</p> <p>D. Tras un examen clínico adecuado, el síntoma o déficit no se explica por la presencia de una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia o por un comportamiento o experiencia culturalmente normales.</p> <p>E. El síntoma o déficit provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto, o requiere atención médica.</p> <p>F. El síntoma o déficit no se limita a dolor o a disfunción sexual, no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno de somatización y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.</p>	<p>De las diversas condiciones clínicas incluidas en la categoría de los “Trastornos disociativos de conversión”, se corresponderían con el trastorno de conversión las que se recogen a continuación.</p> <p style="text-align: center;"><i>Trastornos disociativos de la motilidad</i></p> <p>A. Se satisfacen los criterios generales del trastorno disociativo (F44).</p> <p>B. Alguno de los siguientes síntomas debe cumplirse:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida parcial o completa de la capacidad para realizar movimientos que normalmente se encuentran bajo control voluntario (incluyendo el habla). 2. Incoordinación, ataxia o incapacidad para permanecer de pie sin ayuda, de gravedad variable. <p style="text-align: center;"><i>Convulsiones disociativas</i></p> <p>A. Se satisfacen los criterios generales del trastorno disociativo (F44).</p> <p>B. Presencia de movimientos espasmódicos de aparición brusca e inesperada, muy parecidos a cualquiera de las variedades de crisis epilépticas, pero que no se siguen de pérdida de conciencia.</p> <p>C. Los síntomas del criterio B no se acompañan de mordedura de lengua, incontinencia urinaria, contusiones o</p>
Código basado en el tipo de	

síntoma o déficit:	hematomas importantes a consecuencia de la caída.
4. Con síntoma o déficit motor.	
5. Con crisis y convulsiones.	<i>Anestias y pérdidas sensoriales disociativas</i>
6. Con síntoma o déficit sensorial.	A. Se satisfacen los criterios generales del trastorno disociativo (F44).
7. De presentación mixta.	B. Alguno de los siguientes síntomas debe cumplirse: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida completa o parcial de cualquiera de las sensaciones cutáneas normales en toda la superficie corporal o en parte de ella (especificar: tacto, pinchazo, vibración, frío, calor). 2. Pérdida parcial o completa de la visión, audición u olfato (especificar).

FUENTE: DSM-IV-TR y CIE-10.

ELABORACIÓN: Propia.

Así mismo, tomamos en cuenta las sugerencias que propone como criterios el DSM-V:

Tabla 13

Criterios diagnósticos del Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales) según el DSM-5

- A. Uno o más síntomas de alteración de la función motora o sensitiva voluntaria.
- B. Los hallazgos clínicos aportan pruebas de la incompatibilidad entre el síntoma y las afecciones neurológicas o médicas reconocidas.
- C. El síntoma o deficiencia no se explica mejor por otro trastorno médico o mental.
- D. El síntoma causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota de codificación: El código CIE-9-MC para el trastorno de conversión es 300.11, el cual se asigna con independencia del tipo de síntoma. El código CIE-10-MC depende del tipo de síntoma (véase a continuación).

Especificar el tipo de síntoma:

- (F44.4) Con debilidad o parálisis.
- (F44.4) Con movimiento anómalo (p. ej., temblor, movimiento distónico, mioclonía, trastorno de la marcha).
- (F44.4) Con síntomas de la deglución.
- (F44.4) Con síntoma del habla (p. ej., disfonía, mala articulación).
- (F44.5) Con ataques o convulsiones.
- (F44.6) Con anestesia o pérdida sensitiva.
- (F44.6) Con síntoma sensitivo especial (p. ej., alteración visual, olfativa o auditiva).
- (F44.7) Con síntomas mixtos.

Especificar si:

Episodio agudo: síntomas presentes durante menos de seis meses.

Persistente: síntomas durante seis meses o más.

Especificar si:

Con factor de estrés psicológico (especificar el factor de estrés).

Sin factor de estrés psicológico.

FUENTE: DSM-V.

ELABORACIÓN: Propia.

- **Prevalencia:** Según el DSM-V, la prevalencia exacta se desconoce. Esto se debe a que generalmente, el diagnóstico requiere la evaluación en un nivel especializado de atención. Mientras que, la incidencia de estos síntomas persistentes se estima en 2-5/100.000 por año.
- **Desarrollo y curso:** El inicio de los ataques no epilépticos alcanza su máximo en la tercera década y los síntomas motores tienen su máxima frecuencia de aparición en la cuarta década. Los síntomas pueden ser transitorios o persistentes. El pronóstico puede ser mejor en los niños más pequeños que en los adolescentes y adultos.
- **Factores de riesgo y pronóstico:** El DSM-V considera a los siguientes:
 - Temperamentales:** Por lo general se asocian rasgos de personalidad desadaptativos con el este trastorno.
 - Ambientales:** Posibles antecedentes de abuso y negligencia en la niñez, ya que, muchas veces existen eventos estresantes vitales.
 - Genéticos y fisiológicos:** Así como la presencia de una enfermedad neurológica que cause síntomas similares.
 - Modificadores del curso:** como pronósticos positivos está la corta duración de los síntomas y la aceptación del diagnóstico. Por otro lado, como pronóstico negativo están los rasgos de personalidad desadaptativos, comorbilidad física y la recepción de beneficios por la incapacidad.
- **Comorbilidad:** La ansiedad, el trastorno de pánico y los trastornos depresivos, así como también el trastorno de síntomas somáticos normalmente aparecen

conjuntamente con este trastorno. De manera contraria, los más infrecuentes son los trastornos psicóticos, los trastornos por uso de sustancias y el abuso de alcohol.

El instrumento utilizado es el SQR (Self Reporting Questionnaire). Este instrumento fue validado y tipificado por el Ministerio de Salud del Perú, y es lanzado en la Estrategia Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz como instrumento para el tamizaje en la Salud Mental, con el fin de la detección de nuevos casos en Salud Mental que presenten la sociedad Peruana, para captar problemas con el alcohol. contiene cinco preguntas relacionadas con el beber problemático y se refieren a síntomas como: opinión de familiares y otros sobre el exceso en la bebida, incapacidad para dejar de beber aun deseándolo, dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida, involucrarse en riñas por causa de la bebida o estando embriagado, opinión personal de exceso en la bebida, la respuesta positiva a una o más de las cinco preguntas indican riesgo de alcoholismo.

2.2.2 Resiliencia

La palabra resiliencia, proveniente del idioma francés “résilience”, se utiliza en metalurgia e ingeniería para definir la capacidad de ciertos materiales para recuperar su forma inicial luego de ser sometidos a una presión que los deforma. En otras palabras, sería un término utilizado en el ámbito de la Física que se refiere a la propiedad de los cuerpos elásticos de recobrar su forma original, liberando energía cuando son sometidos a una fuerza externa. Sería algo así como “capacidad de rebote”. Por su parte las ciencias sociales reenfocaron el concepto para referirse a la capacidad de enfrentar con éxito la adversidad, resistiendo y recuperándose de una situación traumática. (Manciaux, 2003).

Para Wagnild y Young (1993), la resiliencia sería una característica de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación. Ello connota vigor o fibra emocional y se ha utilizado para describir a personas que

muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida. La resiliencia es la capacidad para resistir, tolerar la presión, los obstáculos y pese a ello hacer las cosas correctas, bien hechas, cuando todo parece actuar en nuestra contra. Puede entenderse aplicada a la psicología como la capacidad de una persona de hacer las cosas bien pese a las condiciones de vida adversas, a las frustraciones, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado.

A. Resiliencia familiar

La expresión resiliencia familiar designa los procesos de superación y adaptación que tienen lugar en una familia como unidad funcional. La perspectiva sistémica permite comprender de qué manera los procesos familiares moderan el estrés y posibilitan a las familias afrontar penurias prolongadas y dejar atrás las situaciones de crisis.” El modo como las familias enfrente y maneje la experiencia disociadora, amortigüe el estrés, se reorganice con eficacia y siga adelante con su vida influirá en la adaptación inmediata de todos sus integrantes, así como en la supervivencia y bienestar de la unidad familiar misma” (Walsh, 2004, pág. 40).

Los siguientes son los principios básicos, propios de la teórica sistémica, que sustentan el enfoque de la resiliencia familiar:

- La entereza familiar se puede comprender y favorecer mejor en el contexto de la familia y el mundo social en general, entendiéndola como la interacción de procesos individuales, familiares y ambientales.
- Las situaciones de crisis y el estrés permanente afectan a toda la familia, creando riesgos no sólo de disfunciones individuales, sino de conflictos relacionales y quiebra de la familia.
- Los procesos familiares atenúan los efectos del estrés en todos los miembros de la familia y en sus relaciones

- Los procesos de protección fomentan la resiliencia amortiguando el estrés y promoviendo la recuperación.
- Las reacciones inadaptadas aumentan la vulnerabilidad y el riesgo de desazón individual y relacional.
- Todas las familias tienen posibilidades de resiliencia, dichas posibilidades pueden elevarse al máximo.
- Los procesos familiares pueden gravitar en el curso que tengan muchas situaciones de crisis (Walsh, 2004, pág. 53).

B. Resiliencia comunitaria.

Las organizaciones de víctimas propenden por el mejoramiento de la calidad de vida de los integrantes y comunidades, de esta forma desempeñan un papel fundamental en el desarrollo comunitario; estas organizaciones agrupan de manera estratégica todos los recursos, psicológicos y físicos, que pueda necesitar una víctima en el proceso de re construcción de su proyecto de vida. Allí encuentran orientación sobre las instituciones donde pueden acudir en busca de auxilios Gubernamentales, las instancias donde pueden denunciar los hechos por los cuales fueron víctimas, encuentran apoyo emocional y lo más importante un espacio para expresar su dolor sin caer en la discriminación o la indiferencia. Estas organizaciones permiten a las personas que se vinculan, no solo encontrar apoyo, si no la posibilidad de ayudar a otros en similares circunstancias, siendo este un proceso bidireccional que permite el desarrollo de habilidades para hacer frente a los problemas y poner en práctica soluciones eficaces. En este tipo de organizaciones cobran importancia las lideresas quienes actúan como ejemplo a seguir, no solo en la forma como enfrentaron las consecuencias del conflicto armado, si no en los mecanismos para exigir sus derechos, la incidencia social y política que puedan llegar a tener (Castillo, A. y Palma, E. 2016).

Granee y Fores (citados por Castillo, A. y Palma, E. 2016) plantean algunas características de las comunidades que fomentan la resiliencia:

- a. Muestran autoestima y arraigo por su lugar de procedencia (generalmente las organizaciones suelen agrupar víctimas de un territorio determinado).
- b. Comparten valores como la solidaridad o el emprendimiento.
- c. Cuentan con la capacidad de ver alegría en medio de la adversidad.
- d. Valoran el apoyo del Estado y a su vez emprenden labores propias para no caer en el asistencialismo.
- e. Generan liderazgo.
- f. Participación en igualdad de condición en la toma de decisiones referentes a la comunidad y organización, y
- g. Son incluyentes y no discriminan.

C. Factores de riesgo

Braverman (2001) define los factores de riesgo como “aquellos estresores o condiciones ambientales que incrementan la probabilidad de que un niño experimente un ajuste promedio pobre o tenga resultados negativos en áreas particulares como la salud física, la salud mental, el resultado académico o el ajuste social”

Es preciso distinguir entre conductas de riesgo y factores de riesgo:

“Las conductas de riesgo, son aquellas conductas que vayan en contra de la integridad física, mental, emocional o espiritual de la persona y que puede incluso, atentar contra su vida” (Daza, J. y Rojas, K. 2014, p. 60).

Ψ Característica de estas conductas de riesgo:

1. Exposición repetida y voluntaria a un peligro.
2. Implican una atracción irresistible hacia las sensaciones intensas y novedosas.

3. En ocasiones, puede estar asociada a rasgos psicopatológicos que actúan como facilitadores o agravantes de estas conductas.
4. Existe, a menudo, un “sesgo optimista” que provoca que la persona se sienta menos expuesta al peligro real.
5. Pueden estar asociados a distintos tipos de adicciones o a la dificultad para controlar impulsos.

Los factores de riesgo, en cambio, son todas aquellas condiciones físicas, psicológicas y sociales que incrementan significativamente las posibilidades de que un individuo incurra en alguna conducta de riesgo (Daza, J. y Rojas, K. 2014, p. 61 - 62).

Ψ Características de factores de riesgo:

- Edad y género.
- Baja autoestima.
- Altos niveles de angustia.
- Altos niveles de depresión.
- Pobre percepción del riesgo.
- Altos niveles de impulsividad.
- Rebeldía y resistencia a la autoridad.
- Gran necesidad de autonomía.
- Pasividad.
- Curiosidad.
- Baja resistencia a las presiones del grupo.
- Baja aceptación o rechazo del grupo de pares.
- Situaciones asociadas a disminución del rendimiento escolar: dificultades, fracaso, suspensiones, deserción, etc.

- Manifestación de problemas de conducta en edades tempranas.
- Sensación de invulnerabilidad.
- Exposición crónica a condiciones de presión y estrés.
- Sentimiento de soledad.
- Experiencias tempranas de frustración.
- Capacidad deficiente de afrontamiento.
- Mayor intolerancia al aburrimiento y a la rutina y cierta “anestesia” emocional.

D. Factores protectores:

Son las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y en muchos casos de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Así, la familia extendida parece tener un efecto protector para con los hijos de las adolescentes solteras. En lo que concierne a los factores protectores, se puede distinguir entre externos e internos (Daza, J. y Rojas, K. 2014, p. 62):

Los externos se refieren a condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños: familia extendida, apoyo de un adulto significativo o integración social o laboral.

Los internos se refieren a atributos de la propia persona: estima, seguridad y confianza en sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía.

Según Rutter, citado por Rojas, M. (*s,f*), un mismo factor puede ser de riesgo y protector a la vez (por el desarrollo de nuevas actitudes y destrezas) según las circunstancias.

Lösel, 1994, citado por Daza y Rojas, 2014, señala que, en algunos casos estos factores no pueden ser diferenciados de los factores de riesgo con claridad. Por ejemplo, la orientación religiosa puede fungir como estabilizadora frente a una

situación adversa, pero puede convertirse en factor de riesgo para la salud mental dentro del contexto de determinadas sectas.

Los factores de protección son todas aquellas variables que disminuyen la probabilidad de involucrarse en conductas de riesgo, ya que fomentan la resiliencia y el autocuidado, que vendrían a ser las siguientes.

- Autonomía, características temperamentales, humor, capacidad para resolver problemas, autoestima, género y religión.
- Autoconcepto, y autoestima positivos, asertividad, manejo saludable del estrés, promoción de valores, manejo adecuado del tiempo libre, desarrollo de métodos eficaces de afrontamiento, sentido del humor, locus de control interno (experiencias de autoeficacia, confianza en sí mismo y autoconcepto positivo).

E. Recursos generadores de resiliencia

Según E. Grotberg, es posible incentivar la resiliencia en cualquier etapa de la vida del ser humano. La tarea de desarrollar la resiliencia dentro de cualquier grupo, sin dar importancia a la edad.

- ✓ **La confianza:** Para que los niños y jóvenes puedan desarrollar una resiliencia adecuada necesitan la ayuda de un adulto en quien ellos confíen, respeten, amen y con los que se sientan un gran apego y unión (Daza J. y Rojas, K, 2014, p. 67 - 68).
- ✓ **La autonomía:** Se define como la dependencia, libertad y capacidad de tomar nuestras propias decisiones. La autonomía es fundamental para promover los factores resilientes y reforzar aquellos que ya se han activado. (Daza J. y Rojas, K, 2014, p. 68 - 69).
- ✓ **Iniciativa:** Cuando incentivamos la iniciativa, se refuerzan paralelamente nuestras relaciones de confianza con los otros, reconocemos límites para

nuestros comportamientos y aceptamos ese aliento para ser personas autónomas (Daza J. y Rojas, K, 2014, p. 69 - 70).

- ✓ **La aplicación:** La aplicación es un pilar muy poderoso y se ve potenciado por su conexión con otros factores resilientes (Daza J. y Rojas, K, 2014, p. 70 - 71).
- ✓ **Identidad:** El pilar de construcción de la identidad completa los cinco pilares fundamentales de la resiliencia. Toma los factores resilientes importantes de cada etapa evolutiva y los integra para utilizarlos en las situaciones donde debemos enfrentar las adversidades de la vida.

La llave para comenzar a promover la identidad puede ser ayudar en el desarrollo de las capacidades interpersonales y en aquellas que ayudan a la resolución de conflictos (Daza J. y Rojas, K, 2014, p. 72 - 73).

2.2.3 El conflicto armado en el Perú

A. El Conflicto Armado Interno

Durante las dos décadas pasadas, el país atravesó la guerra interna más grande de su historia republicana. La magnitud de este conflicto se debe a que se extendió en grandes proporciones del territorio nacional, dejando un gran número de víctimas fatales cercana a 69 mil 280. Como se sabe, este conflicto no afectó por igual a todos los peruanos, ya que los más afectados fueron campesinos que vivían en zonas rurales y hablaban quechua u otra lengua nativa (CVR, 2003).

El conflicto empezó debido a la libre decisión del Partido Comunista del Perú Sendero Luminoso (PCP-SL) de declarar una guerra contra el Estado. Las brechas sociales y económicas del país se habían ido ampliado enormemente. PCP-SL recogió la frustración de un gran sector de la población y la volcó a la lucha armada. Reclutaron varios miembros en centros de estudio en Ayacucho y también parte de la población campesina. Para el grupo de personas que no se

adhirieron a sus filas resultó muy duro ver que quienes cometían abusos en su contra habían salido de sus mismas comunidades o instituciones. (CVR, 2003)

En un inicio el gobierno peruano subestimó lo que sucedía, pero poco a poco los actos de violencia se fueron tornando más graves llegando al asesinato sistemático y ataques a las fuerzas policiales. La situación se volvió incontenible para la policía, por lo que el gobierno entrega la responsabilidad a las Fuerzas Armadas (FFAA). La presencia del ejército se expandió por las zonas del conflicto al interior del país (CVR, 2003).

Las fuerzas armadas no comprendían con claridad quien era Sendero Luminoso, veían como culpable del conflicto a cualquier organización izquierdista. La estrategia del gobierno de Alan García estuvo dirigida a restarle a PCP-SL el apoyo que pudiera conseguir de la población campesina. Fue en los tres años siguientes (1985-1988) cuando más víctimas fatales se produjeron y donde más casos de violación contra los derechos humanos se detectaron (CVR, 2003).

En estas circunstancias se dio el enfrentamiento entre las FFAA y el PCP-SL, poniendo a un gran número de personas en el medio del conflicto. Por un lado, estaban los terroristas que, en un inicio buscaban adherencia al partido de los miembros de las comunidades a través de la persuasión; pero al poco tiempo se convirtió en una imposición forzada de sus ideas a través de la violencia y el terror. Cometían crímenes de extrema violencia y crueldad para mantener a la población bajo su control, amenazando a los miembros de las comunidades para que mantuvieran silencio y no los delaten.

Por su lado las FF. AA sentían que los terroristas podían estar entre los miembros de las comunidades, por lo que no hacían esfuerzos en diferenciar quien era terrorista y quién no. En algunos casos llegaban a arrasar comunidades

enteras. Al igual que PCP-SL, las FFAA utilizaban *el miedo* como estrategia para mantener reprimida a la población. Su trato con los civiles era prepotente y humillante, sobre todo con la población más alejada y desconectada con las zonas urbanas. Realizaban desapariciones forzadas y torturas, bastaba que alguien hubiera brindado algo de comer a un senderista para que lo torturaran, fusilaran o lo desaparecieran. (CVR, 2003)

Durante del gobierno de Alberto Fujimori se da más libertad de acción a las FFAA.

El terrorismo llega a Lima poniendo a toda la capital en estado de alerta. En 1992 caen dirigentes senderistas muy importantes incluyendo a Abimael Guzmán. Esto genera la desorganización y derrota del PCP-SL. En la década de los noventa hubo muchas denuncias contra violaciones de los derechos humanos, pero el gobierno no asumió responsabilidad alguna. La impunidad fue una constante durante este período. Con la caída del régimen de Alberto Fujimori, se crea un gobierno de transición. Este ordena la creación de una Comisión de la Verdad y Reconciliación para que se pudiera esclarecer como fue el conflicto armado, quienes fueron los actores y los responsables, así como las secuelas que este dejó (CVR, 2003).

B. Las secuelas de la violencia

El conflicto armado interno que vivió nuestro país, dejó secuelas muy graves y profundas en los distintos aspectos de la vida del país, desde aspectos económicos, sociales, políticos, culturales hasta aspectos emocionales; provocando la agudización de viejos problemas estructurales como la pobreza y la exclusión social de grandes sectores.

Otro de los efectos dramáticos del conflicto armado interno fue el *desplazamiento masivo*, forzado e intempestivo de la población,

fundamentalmente campesina, que según Isabel Coral representó el 70% de todos los desplazados, seguido de los pobladores urbano populares en un 20% y el 10% de los sectores medios; con los consecuentes problemas de adaptación de las familias, particularmente de las mujeres campesinas, a las nuevas situaciones de la ciudad receptora, en condiciones de desventaja y de discriminación; y en muchos casos generando desarticulación de la unidad familiar.

Entendemos por secuelas, las consecuencias o efectos perjudiciales que puedan desprenderse de las acciones de violencia desarrolladas en la región y el país.

La violencia que se produce de manera sorpresiva y en intensidades muy grandes, causa daño a las personas tanto a nivel físico como a nivel psicológico. Las heridas físicas son tratadas, pero las heridas psicológicas, por ser invisibles, suelen ser más ignoradas (Echeburúa, 2005). Para Canepa (2002) son justamente las consecuencias que se dan a nivel interno las que son profundas y duraderas. Uno de los efectos internos que puede producir la violencia es la formación de un trauma. Se ha encontrado que la mayoría de los autores que estudian las secuelas psicológicas de la violencia, tales como Benyakar, Echeburúa, García y Herman, dan por asumido la existencia de este. La violencia genera lesiones en la estructura psíquica de las personas y una de las partes que se ve afectada son las relaciones interpersonales.

La Comisión de la Verdad y Reconciliación, a partir de toda la información recogida en el proceso de investigación y de la información complementaria revisada, ha clasificado las secuelas de la violencia en tres grandes categorías: secuelas psicológicas, sociopolíticas y económicas.

A. Secuelas psicológicas

Este tipo de secuela está referida a los problemas emocionales y psicológicos, que el conflicto armado interno ha dejado en la población, tanto a nivel individual como colectivo, ocasionando a su vez serios problemas en la identidad y autoestima personal, en las relaciones interpersonales, de convivencia familiar y comunal; llegando en muchos casos a generar problemas más graves como la demencia. Esto debido a que el impacto de las experiencias traumáticas y dolorosas que la población ha vivido durante esos años no han sido procesadas, situación que presenta un carácter desestabilizador y perjudicial en la vida de las personas o el grupo social.

Las secuelas en la salud mental, son uno de los efectos más graves en amplios sectores de la población ayacuchana, particularmente en los campesinos, quienes fueron las víctimas cercanas y directas de la crueldad, insanía y actitud inhumana tanto de los grupos alzados en armas como de las fuerzas del orden; y que, además, por cuestiones de discriminación étnica y social, no fueron adecuadamente defendidos y amparados.

Según el Informe Final de la CVR la violencia psicológica tiene expresiones en los siguientes aspectos:

- **El miedo y la desconfianza:** La violencia ha generado un miedo exacerbado en la población, el cual aún persiste hasta la fecha; ya que las fuerzas en conflicto, de manera deliberada, infundieron el terror con amenazas contra la vida, la integridad y seguridad de las personas. Por otro lado, las incursiones armadas, los asesinatos, desapariciones y torturas vivenciadas dejaron sentimientos difíciles de superar; por ello en mucha gente existe el temor al rebrote de la violencia, y al hecho de convertirse en otra víctima más de dicho conflicto,

particularmente, en aquellos que durante dicho período perdieron a sus familiares.

Por otro lado, como producto del miedo, existe demasiada desconfianza, no solo frente a los forasteros, sino también entre los propios familiares, vecinos o paisanos, porque durante el conflicto armado fueron confrontados entre personas cercanas, y obligados por las fuerzas en conflicto a delatarse entre ellos, sea con razón o sin ella, con el propósito de salvar sus propias vidas.

- **Desintegración de los vínculos familiares y comunitarios:** La pérdida de los familiares más cercanos durante la guerra, como padres, hermanos e hijos; generaron situaciones de incertidumbre en las personas, debido a la ruptura del soporte y seguridad tanto material como emocional a nivel familiar; lo mismo ocurrió a nivel de la comunidad, ante el desactivamiento de las organizaciones y la ausencia o pérdida de sus autoridades, a lo cual se sumó el socavamiento y merma de valores y prácticas comunitarias de reciprocidad y solidaridad.
- **Los asesinatos y desapariciones forzadas de los padres y esposos,** provocaron la desintegración familiar, generando un drama terrible de orfandad y de viudez, produciendo entre los deudos desesperación, sufrimiento cruel y desconcierto, al no saber qué hacer ante la falta de protección y cuidado. Igualmente, la muerte, desaparición o secuestro de los hijos produjeron entre los padres un sentimiento de impotencia y muchas veces de culpa, por no haber podido evitarlos, ya que las leyes naturales determinan que los mayores sean los que adelanten, con frecuencia, en la muerte a los hijos.
- **Las alteraciones en la convivencia y el trastoque de la vida cotidiana:** La vida de muchas comunidades se convirtió en un peligro por los permanentes ataques y allanamientos de los subversivos y las fuerzas del orden. Esto provocó desconcierto, temor y huidas de la población a zonas de refugio y

desplazamiento forzado, con el consecuente abandono de sus casas, tierras y todas las pertenencias; quedando en las comunidades sólo ancianos, mujeres y niños, llegando muchas de ellas a convertirse en comunidades fantasmas. Los desplazamientos forzados tuvieron otros efectos en la población, tales como la desadaptación en ambientes nuevos y desconocidos, marginación y discriminación por su condición de pobres y emigrantes; y en muchos casos fueron estigmatizados como “terroristas”, situación que dejó marcas profundas que mellaron su identidad y autoestima.

- **Alteraciones del Duelo:** Como señala la CVR, la falta de piedad y de respeto básico a los muertos, constituyó uno de los rasgos de conducta característico de los perpetradores, que marcaron huellas profundas en la población afectada; quienes, además de la pérdida de un familiar cercano (padre, madre, hijo, o un hermano), tuvieron que sufrir la alteración del duelo: rituales y costumbres a través de los cuales las personas procesan sus pérdidas y se preparan para seguir adelante con sus vidas. El duelo entendido como un proceso emocional muy intenso, implica un desequilibrio temporal, donde las personas responden al dolor con sus recursos mentales y emocionales; refieren los especialistas, que, si éstos desequilibrios son sobrepasados, la persona queda atrapada por esa pérdida, incapaz de responder a ella adecuadamente y prisionera del dolor. Los familiares fueron prohibidos en la generalidad de los casos, de enterrar a sus muertos, de cumplir con los rituales funerarios y de llevar el luto; obligándolos a llevar el dolor solos y muchas veces enterrar a sus muertos a escondidas, por las noches, rompiendo con una práctica solidaria de hacerlo con todos los familiares y vecinos, quienes no acudían por miedo a las amenazas y posibles represalias. Las situaciones más dolorosas se presentaron en los casos donde hubo ausencia del cuerpo del ser querido, condenando a los

deudos a un sufrimiento interminable de búsqueda por no haberlo visto y cumplido con los rituales correspondientes, ni otorgarle un lugar en la memoria. En otros casos, se vieron sometidos a desenterrar a sus muertos de las fosas comunes, o a encontrarlos devorados por las fieras en parajes alejados o lugares conocidos como arrojaderos de muertos.

- **Daños en la identidad personal:** Las experiencias dolorosas que las personas han vividos, como las torturas y las violaciones sexuales, con las consecuentes humillaciones y tratos crueles que las han despojado de la calidad humana, han dejado huellas terribles tanto en el cuerpo como en el alma de las víctimas; además del miedo y la vergüenza que acompañan a dichas heridas, por lo que muchas personas prefieren callar, negar su lugar de origen y en el caso de las mujeres, renegar de su condición de mujer.
- **Ruptura de proyectos de vida:** La violencia frustró muchos proyectos de vida tanto personales como familiares. Uno de ellos, que con frecuencia es expresado por las mujeres, es el abandono de los estudios de sus hijos, por falta de un soporte emocional y económico de los padres ausentes a consecuencia de la violencia. Muchos hijos de padres con algún nivel de estudio, primario o secundario, no pudieron acceder a la educación o truncaron sus estudios solo en los primeros años; esto ha significado un retroceso y mayor empobrecimiento de la familia, obligando a los huérfanos a madurar tempranamente y asumir roles de adultos para apoyar a la madre y/o atender a los hermanos menores.
- **Sentimientos de odio, resentimientos y desesperanza:** A causa del dolor, sufrimiento y humillación del que fueron objeto las víctimas del conflicto armado, tienen sentimientos de indignación, resentimiento, rabia, odio, deseos

de venganza y muchas veces desesperanza y pérdida de la fe, no sólo por el futuro, sino también frente al rol del Estado.

Estos sentimientos de olvido y marginación no superados, se hacen parte de la cotidianidad y repercuten en las relaciones interpersonales, en la reproducción de otras formas de violencia, como violencia familiar, tanto en la pareja como el maltrato infantil y formación de pandillas juveniles, entre otros.

- **Disminución de las capacidades intelectuales y de aprendizaje,** principalmente en los jóvenes y adolescentes, expresada en la falta de concentración y dificultades de captación de conocimientos; a consecuencia de las experiencias traumáticas vivenciadas, como las torturas, asesinatos, secuestros o violaciones a familiares. En el caso de los adultos se manifiesta con frecuencia en la pérdida de la memoria.
- **Refugio en el consumo de alcohol, coca y tabaco:** Los campesinos, incluidas las mujeres, como mecanismo de evasión del peligro, pérdida del miedo, olvido del dolor acumulado y obtención de valor frente a situaciones difíciles en muchos casos se refugiaron en el consumo del alcohol, la coca y el tabaco, convirtiéndose en adictos; lo cual les es difícil de superar hasta la fecha, sobre todo si no se tiene apoyo profesional.
- **Problemas de salud física:** La violencia también dejó serios problemas en la salud: desnutrición, anemia, tuberculosis, bronquitis, reumatismos; debido a la prolongada exposición de las personas a la intemperie, pues a causa del temor a las incursiones nocturnas la población se vio obligada a refugiarse en los cerros, montes o cuevas, sometidos al frío, lluvias y vientos. Además, muchas mujeres han somatizado enfermedades psíquicas en dolencias físicas, como la cefalea, dolor del corazón, entre otros.

- **Desconcierto y sentimientos de culpa:** Otra secuela de la violencia, es el gran desconcierto que ha dejado en la población el no poderse explicar: ¿por qué ocurrieron los hechos?, ¿por qué les tocó vivir ese dolor a ellos?, ¿qué culpas tuvieron, para sufrir tanto?, etc. Las mujeres, principalmente, tienen sentimientos de culpa que se expresan con frecuencia en reproches a sí mismas por aquello que ocurrió con sus familiares, por no haber podido evitar la muerte o la desaparición de sus esposos e hijos, por no haberse sometido a exigencias de los perpetradores, o por no haber previsto la seguridad de la familia.
- **Tristezas prolongadas:** La pérdida de los familiares sea por muerte o desaparición, y los consecuentes problemas generados por la violencia en la mujer y la familia, han provocado tristezas profundas o “llakis” que no han sido superadas por las mujeres, ya que los recuerdos las atormentan permanentemente y les hacen perder las ganas de vivir y las aspiraciones hacia proyectos de vida futuros.

8. Secuelas Socio Políticas

La destrucción y debilitamiento de la organización de las comunidades, es una de las principales secuelas del conflicto armado interno que se visibiliza en los siguientes problemas:

- **En primer lugar,** el proceso de desplazamiento de la población, donde familias y en muchos casos comunidades integras, salieron en forma masiva huyendo de sus lugares de origen, espontánea y desorganizadamente en busca de seguridad y protección, hacia lugares menos hostiles como las ciudades; debido a que como señala el Informe Final de la CVR, la violencia había trastocado de tal manera que los lugares habitualmente seguros como

la casa, el local comunal, la capilla y la escuela se convirtieron en espacios peligrosos.

- **En segundo lugar**, se sabe que la población joven fue el objetivo inicial de los grupos alzados en armas para el reclutamiento forzado, y a su vez blanco de la detención por las fuerzas del orden, seguidos por las autoridades y las personas con mayores recursos, sujetos de amenazas y asesinatos de SL; por lo cual se generó el despoblamiento de las comunidades, por la partida de este grupo de pobladores y sus familiares, condicionando la destrucción y/o debilitamiento de la organización comunal.
- **Y, en tercer lugar**, la generalización y exacerbación de la violencia a nivel de las comunidades motivó el proceso de desplazamiento de la población, condicionando no solo la desintegración de la familia, sino de la propia comunidad, porque trastocó el orden social y contribuyó a la desorganización de la comunidad. los derechos humanos de las personas, generando recelo y desconfianza de la población sobre sus instituciones y autoridades políticas.

9. Secuelas Económicas

La CVR señala como una de las secuelas económicas la destrucción del capital humano, no solo por las muertes y desapariciones, sino también por el desplazamiento y las condiciones físicas y psicológicas en que quedaron las personas, como efecto de la violencia. De igual manera, se destruyó el capital social al desestructurarse las organizaciones comunales y sus formas de cooperación, ayuda mutua y reciprocidad como valores y prácticas.

El desplazamiento del capital social del campo hacia las ciudades, motivó el abandono de las tierras, las viviendas y otros bienes, por

consiguiente, el abandono de la producción y un mayor atraso y empobrecimiento de las comunidades. Esta situación, también generó cambios en las condiciones laborales de los desplazados, quienes, ante la falta de oportunidades de trabajo, quedaron en condiciones de desempleo y subempleo, obligando a las mujeres y los niños a incorporarse a las actividades económicas, para garantizar el sustento diario de la familia.

C. El trauma psíquico

El trauma, es un fenómeno que se puede producir en el aparato psíquico como producto de hechos de violencia, por lo que sería una secuela de ella. Para poder comprender más claramente cómo el trauma afecta el aparato psíquico es importante poder definir dos aspectos: en primer lugar, cómo es que se forma en condiciones de vida normales, y como se organiza el aparato psíquico; y en segundo lugar, qué es lo que se entiende por trauma. A medida que transcurre el tiempo, la persona pasa por una serie de experiencias que van a conformar su historia de vida. La persona tiene que integrar estas experiencias entre sí para poder obtener un sentimiento de cohesión. Esta organización de las experiencias en cadenas es una función de nuestra psique. Estas cadenas se tornan cada vez más complejas para llegar a formar una red (Benyakar, 2005). Esta red no es autónoma en su relación con el mundo externo, por el contrario, se va formando a partir de la interacción con él. Así el aparato psíquico es una red que está conformada por vivencias, la cual tiene su propia organización y estructura interna, pero se ha formado en gran medida por la influencia entre la persona y el mundo externo.

En el caso de que, como parte de la historia de vida de una persona, sucede un evento disruptivo, se produce una reacción denominada trauma. Para

Benyakar (2005) un evento disruptivo se refiere a los acontecimientos objetivos negativos que se produjeron en el mundo externo que suceden de forma brusca e inesperada. Así mismo, Echeburúa (2005) hace referencia a tipos de acontecimientos específicos que generan secuelas emocionales de naturaleza traumática. Dentro de ellos incluye las agresiones sexuales (tanto en niños como en adultos), relación de pareja violenta, terrorismo, secuestro, tortura, muerte violenta de un hijo, maltrato infantil, accidentes y desastres naturales.

La persona se muestra incapaz de enfrentarse a estos acontecimientos ya que amenazan la vida o integridad física propia o de los seres queridos. “la intensidad del hecho y la ausencia de respuestas psicológicas adecuadas para afrontar algo desconocido e inhabitual explican el impacto psicológico” (Echeburúa, 2005, p. 29).

En este punto resulta importante explicar las diferencias y la relación entre evento disruptivo, vivencia y experiencia, para evitar confusiones. El evento disruptivo sucede en el mundo externo, es algo fáctico y objetivo. La vivencia hace alusión exclusivamente a lo que sucede en el mundo subjetivo por causa de este evento, es por esto que a ella no podemos acceder. La experiencia sería la articulación entre ambos, entre el evento disruptivo y la vivencia subjetiva. A ella si podemos acceder ya que es narrable, se muestra cuando una persona explica lo vivido. Al narrar las experiencias se hace alusión a los eventos objetivos que sucedieron, pero también a la vez a elementos subjetivos de cómo uno percibió y se sintió a causa de ese evento (Benyakar, 2003).

Cuando una vivencia es traumática, la persona no tiene la capacidad elaborar y articular lo que está sucediendo (Benyakar, 2005). Los sentimientos suelen ser de miedo intenso y desvalimiento y desprotección. También se produce angustia automática la cual no permite a las personas el desarrollo de defensas eficaces.

El aparato psíquico tiene la capacidad de metabolizar ciertos niveles de angustia, pero cuando esta es demasiado alta, como en el caso de las vivencias traumáticas, el aparato psíquico se bloquea (Viñar & Viñar, 1993). Frente a la irrupción de una vivencia traumática el aparato psíquico aún puede desplegar un mecanismo para protegerse de esta vivencia: la encapsula (Benyakar, 2005). La vivencia traumática encapsulada no es integrada al aparato psíquico, pero tampoco es expulsado de él. Se preserva en un estado anormal apartado del resto de las vivencias. (Herman, 1992). Tomando en cuenta las consideraciones hechas respecto al trauma, se puede observar el caso de las personas que han vivido violencia política en el Perú. Para estas personas la experiencia traumática persiste a lo largo del tiempo, permanece prácticamente actual a pesar del paso de los años. Estas personas parecen estar atadas a las escenas de violencia, como si fueran su único interés. Las escenas de violencia configuran un núcleo innombrable que no se puede incluir en la cadena asociativa, pero que emerge constantemente en diferentes ámbitos de la vida (Costa & Raffo, 1998).

Una vivencia traumática genera desarticulación a dos niveles. La primera desarticulación se da nivel del aparato psíquico. Para que una vivencia pueda ser incorporada al aparato psíquico es necesario que se articule a la red vivencial del sujeto. En el caso de una vivencia traumática no se puede incorporar esta vivencia al aparato psíquico, debido que la naturaleza de ella es tan disruptiva, que se impone al sujeto. Se produce una internalización forzada, y por tanto es necesario darle un espacio en el aparato psíquico a la vivencia, aunque esta no sea elaborable ni articulable. La internalización es pasiva y el sujeto se convierte en un objeto que recibe una realidad abrumadora. (Benyakar, 2005; Viñar & Viñar, 1993).

La segunda desarticulación se circunscribe a la vivencia traumática. En la psique existen representaciones y afectos, la articulación entre estos dos da lugar a la vivencia. Son dos elementos diferentes que, sin fusionarse o perder sus características particulares, se conjugan dando lugar a una nueva unidad funcional: la vivencia (Benyakar, 2005). En la vivencia traumática no se produce esta articulación. Cuando uno se encuentra frente a un estímulo amenazante se ponen en juego reacciones fisiológicas, emocionales y cognitivas.

D. El efecto de la violencia en la salud mental

La violencia causa un daño en la estructura psíquica y por tanto en la salud mental. Al momento de analizar la repercusión del daño, este se puede manifestar dos niveles, el intrapersonal y el interpersonal. La separación en dos puntos se hace por fines didácticos, sin embargo, en la realidad estos dos niveles actúan interrelacionadamente.

✓ A nivel intrapersonal

La violencia causa, como ya se ha explicado, daño interno a las personas, un daño a la estructura psíquica. Pero este daño interno se externaliza a través de síntomas de diversa índole que pueden llegar en algunos casos a configurar trastornos mentales. Para las personas que han atravesado por experiencias de violencia intensas y que se presentan de manera intempestiva, la probabilidad de sufrir un trastorno mental es de 2 a 3 veces mayor que el resto de la población (Echeburúa, 2005). Las secuelas psíquicas a presentarse van desde ciertos cambios en el comportamiento y en las características de personalidad, hasta una desestructuración de ella que desemboca en el desarrollo un trastorno de tipo psicótico. Sin embargo, no puede afirmarse que la violencia y el consiguiente trauma, sea la causa

directa y exclusiva de un trastorno mental. Muchos trastornos mentales tienen una etiología multicausal.

Si bien todos los tipos de violencia se dirigen a destruir y causar un daño a otro, las consecuencias de la violencia varían dependiendo del tipo de violencia al que uno ha sido expuesto. Hay síntomas que suelen ser comunes a diversos tipos de violencia, como la tendencia a revivir el acontecimiento a través de diversos mecanismos tales como, el estado de hiperalerta, la evitación y el embotamiento afectivo. Pero también hay síntomas particulares al tipo de suceso: en el caso de la violencia sexual aparece principalmente la vergüenza y la culpa, en el caso de la violencia en la pareja aparecen los sentimientos de desvalorización, en el caso de terrorismo surgen sentimientos de indefensión, desconfianza y rabia (Echeburúa, 2005).

En el caso de las víctimas de violencia política en el Perú, se han encontrado varios casos de sintomatología clínica y de trastornos mentales.

En líneas generales se observó que más de la mitad de la población padecía de un trastorno mental (Cueva, 2005). Estas cifras son bastante altas tomando en cuenta que en la población general la prevalencia de los trastornos antes mencionados son las siguientes: 5 a 9% en mujeres y 2 a 3% en hombres para depresión, 5% para trastorno de ansiedad generalizada, 5% para alcoholismo y 1% para trastornos psicóticos.

A partir de estos datos, resulta evidente que un hecho violento disruptivo, como fue la violencia política vivida en nuestro país, ha favorecido la aparición de ciertos trastornos mentales.

El trastorno mental más observado en la población que experimentó violencia política es la depresión. El conflicto armado interno generó

muchas pérdidas, de la cual la más irreparable fue la pérdida de familiares y personas queridas. La reacción normal frente a una pérdida es realizar un proceso de duelo. El duelo implica una serie de estados subjetivos que se dan luego de la pérdida de un ser querido. Trae mucho dolor, pero lleva a una readaptación del individuo a una realidad donde ya no está el ser amado, esta readaptación abre la posibilidad subjetiva de reanudar vínculos (Fasic Interamericana, 1987). Las condiciones de las pérdidas en los casos de violencia, complican los procesos de duelo. La pérdida se da de manera inesperada, con escenas de crueldad y horror, se impone el silencio, los cuerpos de las personas fallecidas están ausentes o sumamente maltratados. Frente a esto es difícil procesar la pérdida. Los sentimientos de dolor y tristeza suelen ser muy difíciles de superar a pesar del paso del tiempo. “La recuperación de la salud mental se complica porque ha sido atacada la capacidad de vivir y amar” (Kristal de Burstein, 2003, p. 22). Es muy probable que todos estos hechos hayan llevado muchas personas a desarrollar un cuadro depresivo. Sin embargo, también tienen una fuerte influencia otros factores como la predisposición genética, el soporte externo, las fortalezas y debilidades previas.

Hechos violentos con un potencial traumático también podrían generar trastornos de ansiedad. Frente a un estímulo amenazante la persona reacciona fisiológicamente con un nivel de arousal. Si este estímulo constituye una experiencia traumática la respuesta fisiológica, que no puede dar lugar a una reacción comportamental eficaz, se prolonga y se mantiene aun cuando el estímulo haya desaparecido. (Herman, 1992). Además, la violencia puede generar un trastorno de estrés post traumático. En este caso la reexperimentación de los acontecimientos a través de recuerdos y sueños

recurrentes, se puede deber a la desarticulación de la representación y del afecto de la vivencia traumática. Se repite como una manera de buscar ligazón entre ellos.

Con respecto a la esquizofrenia, para que una persona que haya sido afectada por violencia política, desarrolle este trastorno, deben conjugarse varios factores. Debe existir una predisposición genética que le proporcione la vulnerabilidad a adquirir el trastorno. El tener un familiar biológico de primer grado con esquizofrenia, hace que uno presente un riesgo de esquizofrenia diez veces mayor al de la población general. (Lopez-Ibor & Valdez, 2002).

Otro factor que podría intervenir es haber crecido en un ambiente con problemas psicosociales, ya sea en la familia, el colegio, la comunidad, etc. Estos factores predisponen a la persona a tener una estructura de personalidad frágil. Frente a un hecho de violencia muy intenso y que se presenta de forma inesperada, es difícil encontrar una defensa psicológica eficaz. Si, además, el aparato psíquico frágil de una persona, no logra encapsular esta vivencia traumática, esta podría generar una desorganización general en la estructura psíquica del individuo y desencadenar una esquizofrenia.

Un problema psicosocial que ha aumentado después del período de violencia política en el Perú, es el alcoholismo. Esta es una enfermedad que va de la mano, en muchos casos, de la tristeza y la depresión. Los testimonios recogidos por la CVR, dan indicios de que este problema ha aumentado a raíz del conflicto armado.

Es importante tomar en cuenta que si bien los trastornos mentales antes mencionados, pueden ser una herramienta muy útil para entender la realidad

psíquica de una persona, a la vez, por ser categorías diagnósticas previamente establecidas, pueden impedirnos una comprensión más fidedigna de las secuelas de la violencia. Para Theidon (2004), las categorías diagnósticas surgen de un modelo médico-psicopatológico, que deja de lado la influencia del contexto social más amplio. Si se desea dar importancia al contexto en el que se encuentran las personas al momento de analizar su realidad psíquica, se deben tomar en cuenta que existen diferencias culturales entre estos contextos. Por ejemplo, la región más afectada por el conflicto armado interno, es decir la región andina, tiene una cultura bastante diferente a la región de la costa, la cual está influenciada por la cultura occidental. Las diferencias culturales, que se traducen en las formas de vivir y de entender el mundo, influyen en las formas que toman los contenidos del mundo interno, por lo tanto, también en la forma de concebir la salud y la enfermedad.

La manera en cómo viven y, explican la salud y la enfermedad estas personas, escapa a la descripción que se da desde el modelo médico-psicopatológico. Debido a esto, y para enriquecer la mirada de este grupo de personas, se revisó un estudio con una metodología de acercamiento etnográfico realizado por Theidon (2004). Este recogió algunos elementos importantes que están presentes en estas culturas, y que influyen en su manera de entender las secuelas psicológicas que padecen. Un primer elemento a tomar en cuenta es que las personas de la región andina, afectados por la violencia, describen los efectos de esta en términos bastante corporales, de tal forma que el dolor psíquico se mezcla con un dolor físico. El cuerpo al haber estado presente durante los años de violencia, se convierte en un lugar donde se acumulan los recuerdos y con ellos el dolor.

Es muy frecuente escuchar a los comuneros decir que tienen dolores de cabeza por culpa de los pensamientos de la época de conflicto, o que sienten que se quedan ciegos por tanto llorar (Theidon, 2004). Da la impresión que para estas personas el límite entre la psique y el soma fuese muy permeable, por lo tanto, un malestar mental se infiltra y también puede afectar fuertemente al cuerpo. El malestar generado por la violencia es vivido por ellos como algo que invade en la totalidad al ser humano, tanto a su mente como a su cuerpo.

Finalmente es importante mencionar para el análisis de las secuelas individuales, que este no se puede hacer de manera separada a las secuelas sociales o interpersonales, ya que para el mundo andino lo personal y lo social está extremadamente ligado. Para este grupo de personas, las relaciones con otros constituyen la esencia de uno mismo, dan una identidad, y esta identidad está a su vez supeditada al contexto social. Para esta población una señal de madurez, no es la independencia u autonomía como es en culturas más individualistas, sino la capacidad de mantener relación cercana y positiva con los demás. La capacidad de relacionarse y de tener relaciones positivas con otros, es algo valorado en esta cultura. Por lo mencionado anteriormente, se podría pensar, al analizar las secuelas intrapersonales, que estas expresan un malestar que va más allá de una sola persona, expresan un malestar social.

Se ha hecho referencia en esta última sección, a la importancia de tener una mirada más amplia que no se quede solo en las categorías diagnósticas. Se debe tener un entendimiento fenomenológico de la realidad que permita captar sus particularidades tal y como se presentan, de tal manera que uno

pueda aprehender los sentidos más profundos que expresan las personas, en este caso, sobre los efectos de la violencia en ellos.

✓ **A nivel interpersonal**

Las secuelas en la salud mental de un individuo, generadas por la violencia política, no se desarrollan de manera aislada, están influidas e influyen en su grupo social, es decir su familia y su comunidad. Para Santisteban (2003) los principales efectos psicológicos de la violencia política se encuentran en los rasgos de la convivencia social ya que se alteran las formas de relacionarse con el otro.

Las relaciones interpersonales se refieren al vínculo que establecen las personas entre sí. El ser humano es un ser social por naturaleza, su vida se construye en relación con su medio ambiente, por tanto, en relación con los otros. Desde el inicio de la vida humana hasta el final de ella, el ser humano es un ser “en relación” con alguien. Las relaciones interpersonales condensan un aspecto importante de lo que distingue al ser humano: la capacidad de amar a un otro. En este sentido se puede decir que relacionarse con otro es lo que le da matiz a lo humano y por tanto lo que da sentido a la vida (González, 2004). Todas las personas necesitan de otro para realizarse y satisfacer sus necesidades, por lo tanto, nadie es completamente autosuficiente. El encuentro con otro, a lo largo del ciclo de vida, permite la maduración mutua y la formación de la personalidad (Fritzen, 2003).

La concepción que se tiene de los otros se basa en las experiencias de relación que uno ha tenido desde el inicio de la vida. Una relación cálida, cercana y fuerte permite que ambos sujetos envueltos en la relación se reconozcan como personas y reconozcan su valor mutuo. Por el contrario, las relaciones frías, distantes y agresoras no le permiten a la persona

construir su sí mismo de una manera sólida y dotada de valor. Si bien las relaciones con otros pueden ser fuente de experiencias de felicidad y plenitud, también pueden ser fuente de las experiencias más terribles de dolor emocional (González, 2004; Fritzen, 2003).

Existen dos clases de acontecimientos violentos con potencial traumático: los acontecimientos violentos que suceden por causas arbitrarias, accidentes, por ejemplo; pero el otro tipo de violencia sucede por la voluntad humana, por la decisión de una persona de generar un tipo de relación que agrede a otro.

Para quienes han experimentado la voluntad humana llevada a sus fines más siniestros, como en el caso del terrorismo, el mundo ya no es percibido como un lugar seguro.

La experiencia de una relación que ha agredido, enseña a la persona que no se puede confiar en los demás. Por otro lado, la persona siente que tampoco puede confiar en sí misma, en su propia capacidad de cuidarse y protegerse.

Es debido a esto que la violencia de carácter traumante tiene la capacidad de dañar al sí mismo y la relación con los otros. Estas dos consecuencias no se dan de manera independiente, sino que están íntimamente relacionadas.

Con respecto a los efectos de la violencia de carácter traumático en la vida, Echeburúa (2005) señala: “El trauma amenaza a tres supuestos básicos de la vida: el mundo es un lugar seguro, el mundo tiene significado, y, por último, el yo tiene un valor.

La ruptura del sentimiento de seguridad y control supone un desmoronamiento de los postulados básicos de confianza necesaria para la vida cotidiana normal.

El sentimiento de seguridad tiene su origen en la confianza básica, un concepto desarrollado por Erikson (1974). Para él en cada etapa hay una crisis, la cual al resolver positivamente genera un logro del desarrollo. Cada logro es la base para el siguiente. El primer logro del desarrollo es la confianza básica, esta vendría a ser “seguridad plena en los otros y también un sentimiento fundamental de la propia seguridad” (Erikson, 1974, p.79). Se adquiere a través de la relación más temprana con la madre, donde ella es sensible a las propias necesidades del bebe, reconoce su individualidad como una persona. Lo que genera este primer contacto interpersonal, es que la persona vea al mundo al que pertenece como hospitalario y se vea a sí mismo como una persona valiosa capaz de estar en ese mundo. La confianza básica marca la capacidad de apertura al mundo y a los otros, sostiene a la persona a lo largo del ciclo vital. (Herman, 1992).

La confianza a su vez genera la creencia de que del mundo algo bueno va a devenir (Gonzalez, 2004). En el caso de las personas que han experimentado violencia de carácter traumático esto no sucede así. Sus vidas quedan marcadas, no solo dejando dolor en su pasado, sino también tiñendo la mirada al futuro con este dolor (Santisteban, 2003).

Cuando un ser humano es víctima de la agresividad y odio por parte del otro, se está negando su humanidad no reconociéndolo como persona. El mensaje dado es “te violento porque no te reconozco como una persona humana, no reconozco tu humanidad eres una cosa para mí, que yo puedo usar (...) eres un objeto en el cual yo proyecto y deposito mis odios y resentimientos” (Oyague, 2003, p. 51). Al negarle su humanidad está destruyendo aquello que con el cuidado materno se construyó, se atenta contra la base del self.

Las personas que vivieron la violencia política se encontraban indefensas, esta indefensión es semejante al estado de un recién nacido que depende absolutamente de su madre (Costa & Raffo, 1998). A diferencia de la relación con los padres, quienes, a pesar de su poder por encima del niño, muestran consideración por su individualidad y dignidad, el agresor usa su poder para no dejar al otro ser, para anular su ser. Las personas se encuentran en un estado de desvalimiento e indefensión lo cual las humilla, devalúa y desempodera (Herman, 1992).

Todos estos daños a logros tempranos de la personalidad, derrumban los pilares sobre los que se construye el self del individuo. El self está en estrecha relación con el mundo externo, se construye y sostiene en relación con los otros. Entonces si una relación benigna pudo construir el self, una dañina puede destruirlo. “Traumatización extrema es un proceso en la vida de los sujetos de una sociedad que se caracteriza por (...) los efectos patógenos que provoca en la organización psíquica y social” (Catillo & Becker, 1990, en Canepa, 2002, p.8). Los daños en el self van a repercutir en la relación con los otros porque son justamente esos otros quienes han causado el daño. La persona pierde la confianza en el mundo y en la capacidad de amor y protección de las personas. En la medida que uno pierde la confianza en uno mismo, ya no es posible sentir que puede ser tal y como es en la relación con otros.

Relacionarse con los otros y con la comunidad ya no tiene sentido si se pierde la esperanza en ella. Además, el deterioro en el sentimiento de esperanza y conexión con la comunidad es mayor cuando la experiencia de violencia implica la traición en alguna relación interpersonal.

En el caso de la guerra interna al interior del país la desconfianza fue una de las secuelas más notorias que perdura hasta el día de hoy. La violencia generó suspicacia la cual se convirtió en desconfianza generalizada. Toda persona podía ser enemiga y por tanto era sospechosa. A esto se le suma la sospecha sentida por personas foráneas, que, si bien antes era fuerte, con el conflicto armado se incrementó. Pero la desconfianza no solo está puesta hacia los mismos miembros de la comunidad, también está puesta en las autoridades y en los gobiernos que no solamente no supieron proteger, sino que fueron los autores de los hechos. (CVR, 2003). Se podría sostener que en cierta forma existe un parecido entre el cuidador temprano (la madre), que tiene la función de garantizar seguridad y protección plena, y las autoridades, quienes supuestamente también deben garantizar esta protección. Cuando aquel, que uno da por sentado que debe garantizar protección, no lo hace, el sentimiento de desamparo es mayor.

Los sentimientos que uno tiene frente a los demás se van a ver reflejados en el comportamiento. Los cambios en la percepción de seguridad de las personas y en la percepción del otro, van a modificar su relación con ellos. En las personas que han experimentado violencia de carácter traumático, ocurre una desregulación de la intimidad que establecen con las demás personas. Suele suceder que estas personas oscilan entre los extremos de cercanía y alejamiento. Por un lado, la persona se retrae y aleja voluntariamente de los demás, incluyendo sus seres más queridos. Esto sucede debido al rompimiento de la confianza básica, al sentimiento de culpa, de inferioridad, de vergüenza y porque no desea exponerse a estímulos que le recuerden la experiencia traumática vivida. Sin embargo, el terror de que la violencia regrese y que uno no sea capaz de protegerse

por sí mismo, lleva a la persona a buscar protección en los otros. Esto da como resultado relaciones muy intensas que oscilan de un extremo de alejamiento, a uno de cercanía e intimidad (Herman, 1992).

Dentro de los cambios comportamentales vistos en víctimas de violencia, como el terrorismo, los más frecuentes son la dependencia emocional, la desconfianza y, en algunos casos, la agresividad hacia los otros (Echeburúa, 2005). Así mismo Costa & Raffo (1998) mencionan que en el caso de las víctimas de violencia política del Perú se ha encontrado comportamientos de fragilidad emocional, queja somática, depresión y signos paranoides. La dependencia emocional puede ser vista como un patrón de demandas afectivas frustradas, que buscan desesperadamente ser satisfechas a través de las relaciones interpersonales (Castello, 2000). Una de las explicaciones de su origen hace referencia a la falta de introyección de objetos buenos en la temprana infancia que permitan al niño soportar la soledad. Las personas que han experimentado violencia de carácter traumática, han sufrido pérdidas en el self. La violencia, que genera un trauma, produce vacíos en el individuo que remiten a espacios primarios de desamparo, de pérdida del objeto primario (Viñar & Viñar, 1993). Esta podría ser una explicación de porqué algunas personas que han vivido violencia política parecen mostrar conductas de dependencia.

La desconfianza genera una forma de relación suspicaz, y hasta paranoide, con los otros. Las personas con estas características mal interpretan las intenciones de los demás tomándolas como maliciosas. De esto deriva una actitud defensiva y comportamientos de hostilidad porque ven a otros como potenciales enemigos. Según la teoría de Melanie Klein la paranoia tiene su origen en etapas muy tempranas del desarrollo en las cuales surge la

ansiedad persecutoria. (Coderch, 1982). Esta ansiedad es lo que luego constituiría la paranoia.

Uno de los mecanismos de defensa contra esta ansiedad es la disociación. Esta es descrita como una división de la mente en compartimientos en donde uno puede colocar una experiencia desagradable y en cierta forma aislarla de la conciencia. Es un mecanismo de defensa muy visto en personas que han vivido un trauma. Se podría pensar que la experiencia traumática de la violencia regresa a la persona en un modo de funcionamiento muy primitivo, por esto la persona es presa de ansiedad persecutorias que derivan en una paranoia. Además, estas personas usan la disociación, la cual tiene un funcionamiento análogo al explicado por Benyakar (2005) en relación al encapsulamiento de la vivencia traumática. La agresión directa, arbitraria y en una posición de grandes desigualdades como se dio en el conflicto armado, generó mucho odio y resentimiento. La violencia como manera de relación puede ser interiorizada y reproducida en las relaciones posteriores. En el caso peruano la violencia marcó, en algunos casos, las relaciones familiares y comunitarias. La guerra interna enfrentó en el conflicto a muchos pobladores, los cuales mantienen hasta hoy resentimiento y rencor entre si por estos acontecimientos (CVR, tomo VIII, 2003). La violencia también ha marcado la forma de relación de algunas familias. Estas personas buscan venganza para el culpable de los hechos, y como en muchos casos la justicia no ha sabido responder, este rencor no ha sido calmado. El odio no solo se limita a los autores de la violencia, en muchos casos la impotencia lleva al descontrol y se dirige la violencia hacía los seres más queridos haciendo que la cadena de violencia se prologue.

Para estas personas suele ser difícil comprender de donde proviene tanta agresión (Costa & Raffo, 1998).

Otra explicación de porqué las relaciones interpersonales se han visto alteradas radica no en la falta de confianza en los otros, sino en la falta de interés por ellos y por la vida en general. Como antes se ha mencionado la depresión es un trastorno mental del cual sufren varias personas víctimas de violencia. Esta depresión en la mayoría de los casos parece provenir de grandes pérdidas y duelos alterados. Las personas confiesan “que no hay deseos de nada ni para trabajar, querer morirse”. (CVR, 2003, p. 206). Los planteamientos de Freud respecto a la melancolía sirven para graficar estos sentimientos: un estado de ánimo doloroso, una pérdida de interés por el mundo exterior y la inhibición de todas las funciones. Cuando una persona paulatinamente, es capaz de aceptar la pérdida, su yo sustrae la libido de ese objeto perdido y queda libre de volver a colocarlo en uno nuevo. Aquí entonces la persona es capaz de desprenderse del familiar muerto y colocar la libido en otros objetos, siendo capaz de nuevamente establecer relaciones con los otros. De no suceder esto, esta libido es sustraída al propio yo identificándose con el objeto perdido (Freud, 1917), y la persona pierde su capacidad de conexión con otros. Esta teoría ayuda a comprender porque para algunas personas reanudar vínculos, después de una pérdida, carece de sentido.

Esta tristeza y falta de interés abarca todos los aspectos de la vida de las personas no solamente el interpersonal. Una interesante definición de salud mental dada por Freud la define como la capacidad de amar y trabajar. Cánepa (2002) recoge esta definición para señalar que en las víctimas de violencia esta capacidad ha sido alterada. Las personas dicen tener el deseo

de “volver a vivir”, “ocuparse de la familia”, “cuidar a los hijos”, “sanarse”, “vivir nomás”, “trabajar duro”, “dar algo de lo que he recibido”, “aportar a la paz en la sociedad” (p. 9). Sin embargo, como resalta esta autora, la sociedad en la cual se ha desplegado la violencia no permite que las pulsiones de vida se desplieguen, y que las personas encuentren sentido a los quehaceres humanos relacionados al trabajo y cuidado de otros.

La violencia y su efecto en las relaciones interpersonales crean un mecanismo “círculo vicioso” del cual es difícil salir para hallar una solución. Como antes se había mencionado, un vínculo humano fuerte e importante es el mayor factor resiliente para superar una experiencia de violencia, ya que provee un contexto contenedor (Oyague, 2003; Herman, 1992). Pero es justamente este vínculo el que es atacado por la violencia, entonces es difícil utilizarlo para recuperarse del trauma cuando el trauma mismo lo ha arrebatado. Sin embargo, es importante que quienes estén cerca a esta persona afectada, persistan en el intento de reanudar sus relaciones sociales. Es solamente a través del vínculo con otros, que la persona va poder reconstruir su self y volver a formar y consolidar aquello que la violencia ha destrozado. Lo que un vínculo ha dañado, solo otro vínculo podrá reparar.

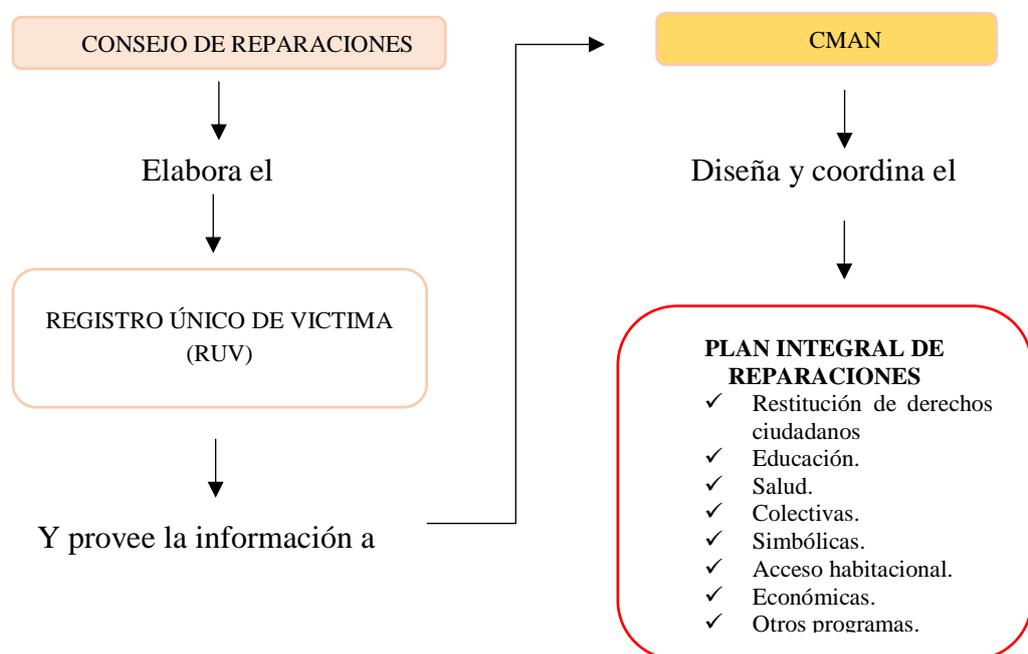
Esta revisión ha buscado exponer cómo la violencia hacia las personas puede generar un trauma y por tanto amplias y prolongadas secuelas en su estructura psíquica. Dentro de estas secuelas resalta el efecto sobre los vínculos que se dan entre las personas. Se considera importante dar énfasis a este efecto ya que es a través de los vínculos que se construye, a lo largo de la vida, la identidad y el sentido de uno mismo. Por lo tanto, se podría

pensar que perder la calidad de los vínculos, aminora la calidad de vida de las personas.

E. PLAN INTEGRAL DE REPARACIONES (PIR) – LEY 28592

Ley aprobada el 20 de julio del 2005, creando así el PIR; y, siendo aprobada el 05 de julio del 2006 a través del Decreto Supremo 015-2006-JUS. Esta ley tiene por objetivo la restitución de los derechos de las víctimas de la violencia política, la resolución de las secuelas a consecuencia de las violaciones a los derechos humanos y la reparación material y moral por los daños sufridos.

El proceso para la reparación fue la siguiente:



Siendo los programas de reparación, según el Artículo 2 de la Ley N° 28592, que establece los componentes del Plan Integral de Reparaciones, con el propósito de resarcir individualmente a la víctima y a las comunidades afectadas (víctima colectiva), las siguientes:



Según el Registro Único de Víctimas (RUV) – Libro I, hasta el año 2018 hubo un total de 27,513 inscritos al RUV, lo cual detallamos en el siguiente cuadro:

PROVINCIAS	TOTAL
AMBO	1,678
DOS DE MAYO	876
HUACAYBAMBA	365
HUAMALIES	1,755
HUANUCO	8,059
LAURICOCHA	688
LEONCIO PRADO	9,624
MARAÑÓN	1309
PACHITEA	1,592
PUERTO INCA	240
SIN PROVINCIA	34
YAROWILCA	1,293
Total en General	27,513

➤ *Programa de Reparaciones en Restitución de Derechos Ciudadanos*

Según la representante de la Organización de Familias Desplazadas y Víctimas de la violencia política (COFADESVIVPO), en Huánuco no existen jueces con especialización en casos de desapariciones de víctimas, ni médicos forenses que reconozcan restos humanos de personas fallecidas extrajudicialmente y hallados en fosas comunes; es por ello que, según el informe N° 162 de la Defensoría de Pueblo, el Ministerio Público, en primera instancia, en el 2002 creó y estableció un sistema descentralizado, existiendo actualmente 4 fiscalías supraprovinciales en Lima; 3 en Ayacucho, 1 en Tingo María – Huánuco y 13 fiscalías más que atienden delitos comunes y violaciones a los derechos humanos.

En el año 2015, se dio a conocer una resolución ejecutiva del Gobierno Regional de Huánuco, en el cual se informa que, en el año 2004 el Poder Judicial realizó un cambio de los órganos jurisdiccionales con el fin de establecer un subsistema de juzgamiento para las graves violaciones a los derechos humanos suscitados entre los años 1980 a 2000. Actualmente este subsistema está conformado por 6 juzgados especializados a nivel nacional; 3 en Lima, 1 en Huánuco, 1 en Ayacucho, 1 en Junín y 2 colegiados de la Sala Penal Nacional de Lima.

Así mismo, debido a que en la actualidad no se tiene una cifra uniforme respecto a las personas desaparecidas en el país, ya que el Consejo de Reparaciones registró en el RUV a 7399 víctimas, la Defensoría del Pueblo registró a 1890 víctimas, el Equipo Forense Especializado del Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público señaló que existirían 15 mil personas desaparecidas; es por ello que, en el informe del PIR 2016 – 2021, la Defensoría del Pueblo suscribe que es indispensable una política pública, creando una instancia multisectorial e intergubernamental, teniendo por objetivo impulsar y colaborar con la búsqueda forense de las personas desaparecidas,

brindando acompañamiento psicosocial y atención en salud mental a los familiares, y apoyando a los familiares con los gastos que la búsqueda supone para ellos.

➤ *Programa de Reparaciones en Educación*

Dentro de este beneficio, hasta el año 2014 en diciembre, se encontraban 109 beneficiarios acreditados y atendidos, correspondiendo como lo indica el siguiente cuadro:

Tabla 14
Beneficiarios del Programa de Reparaciones en Educación atendidos en la región Huánuco, según provincias

PROVINCIA	ATENDIDOS				TOTAL
	REPARED	ALFABETIZACIÓN	RESERVA DE VACANTES	BECA TÉCNICO PRODUCTIVO	
AMBO	1	0	0	0	1
DOS DE MAYO	0	0	1	0	1
HUAMALIES	8	0	0	0	8
HUÁNUCO	24	0	25	2	51
LEONCIO PRADO	20	0	12	5	37
MARAÑÓN	2	0	0	0	2
PACHITEA	0	0	4	0	4
YAROWILCA	2	0	3	0	5
TOTAL	57	0	45	7	109

Fuente: CMAN

Elaboración: Propia

Según el PIR 2016 – 2021, algunas universidades y centros de estudios otorgan ciertos beneficios a las víctimas, tales como la reserva de vacantes, exoneración de pagos, entre otros.

Así mismo, en el programa social BECA 18 existe una modalidad especial, REPARED, caracterizada por estar dirigida a personas con edad máxima de 50 años, con un promedio 12 de nota del 1° al 5° año de secundaria para postular a institutos y con un promedio de 13 para poder postular a universidades.

En cuanto a la modalidad de OTORGAMIENTO DE BECAS DESCENTRALIZADO A NIVEL NACIONAL, concursable del PRED, al año 2015 Huánuco se encontraba en el cuarto lugar con un porcentaje de 10.46%. Siendo este beneficio concursable a

estudios superiores, técnicos o universitarios, al año mencionado, fueron 93 beneficiarios, perteneciendo 5 de ellos al año 2012, 12 al 2013, 39 al 2014 y 37 al 2015 como lo detallamos en el siguiente cuadro:

Tabla 15
Otorgamiento de becas descentralizado a nivel nacional

REGIÓN	2012	2013	2014	2015	TOTAL	%
LIMA	13	60	100	94	267	30.03
JUNIN	2	29	67	74	172	19.35
AYACUCHO	16	44	42	56	158	17.77
HUÁNUCO	5	12	39	37	93	10.46
APURIMAC	7	13	14	19	53	5.96
HUANCAVELICA	2	12	18	20	50	5.62
Otros	0	14	40	42	96	10.80
TOTAL	43	184	320	342	889	100%

Fuente: CMAN

Elaboración: Propia

La modalidad de ACCESO PRIORITARIO A EDUCACIÓN PARA ADULTOS Y CAPACITACIÓN TÉCNICO PRODUCTIVA, tiene por objetivo permitir la culminación de estudios primarios o secundarios, tanto en zonas urbanas como rurales y de mayor incidencia del suceso de la violencia política; siendo de esta manera en Huánuco 14 los beneficiarios, ocupando el sexto lugar con un porcentaje de 5.07%, como lo detallamos en el cuadro a continuación:5

Tabla 16
Beneficiarios a la modalidad de acceso prioritario a educación para adultos y capacitación técnico productiva

REGIÓN	N°	%
LIMA	79	28.62%
JUNIN	63	22.83%
HUANCAVELICA	51	18.48%
APURIMAC	32	11.59%
AYACUCHO	23	8.33%
HUÁNUCO	14	5.07%
Otros	14	5.07%
TOTAL	276	100.00%

Fuente: CMAN

Elaboración: Propia

➤ *Programa de Reparaciones en Salud*

SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS)

En cuanto a este tipo de reparación, de acuerdo al PIR 2016 – 2021, no existe un presupuesto o monto diferenciado por parte del gobierno, así como tampoco existe una atención específica o especializada a favor de las víctimas de violencia política, puesto que, así lo refiere la dirigente de la Comunidad de Familias Desplazadas y Víctimas de la Violencia Política COFADESVIVPO.

Por otro lado, según la CMAN al año 2015 en el mes de abril existía un total de 16, 423 víctimas afiliados al SIS, lo cual se detalla en el siguiente cuadro:

Tabla 17
Beneficiarios del PRS atendidos en la región de Huánuco

PROVINCIA	BENEFICIARIOS AFILIADOS
Ambo	1 009
Dos de Mayo	552
Huacaybamba	225
Huamalies	798
Huánuco	4 657
Lauricocha	410
Leoncio Prado	6 099
Marañón	942
Pachitea	937
Puerto Inca	117
Yarowilca	674
Sin Provincia	3
TOTAL	16 423

Fuente: CMAN
Elaboración: Propia

Tabla 18
Beneficiarios según afiliación al SIS por provincias

PROVINCIA	AFILIADOS	NO AFILIADOS	TOTAL
Ambo	1 009	232	1 241
Dos de Mayo	552	39	591
Huacaybamba	225	36	261
Huamalies	798	244	1 042
Huánuco	4 657	1 165	5 822
Lauricocha	410	61	471
Leoncio Prado	6 099	786	6 885
Marañón	942	56	998
Pachitea	937	80	1 017
Puerto Inca	117	22	139
Yarowilca	674	162	836
Sin Provincia	3	2	5
TOTAL	16 423	2 885	19 308

Fuente: CMAN
Elaboración: Propia

➤ *Programa de Reparaciones Colectivas*

Este tipo de reparación consiste en el financiamiento integral y/o cofinanciamientos con entidades municipales o gubernamentales de proyectos colectivos en las comunidades que han sido afectadas por la violencia política, tales como locales comunales, puestos de salud, galpones para crianza de cuyes, entre otros.

Según la CMAN – HUÁNUCO, al 2015, en la región no existían víctimas desplazados inscritos y reconocidos como tal por el consejo de reparaciones, por lo cual, no se implementó ningún proyecto de reparación colectiva para desplazados.

➤ *Programa de Reparaciones al Acceso Habitacional*

Según el PIR 2016 – 2021, son 10, 848 (ver tabla N° 20) las víctimas beneficiarias que tendrían derecho a la modalidad del Programa de Reparación al Acceso Habitacional; sin embargo, al año 2015, la responsable de la Dirección Regional de Vivienda, Construcción y Saneamiento DRVCS – Huánuco, dio a conocer que este derecho no se llevó a cabo, ya que, el gobierno central no define los lineamientos específicos en cuanto a este programa.

Tabla 19
Beneficiarios del PRAH en Huánuco

PROVINCIA	BENEFICIARIOS
Ambo	433
Dos de Mayo	69
Huacaybamba	63
Huamalies	151
Huánuco	4 066
Lauricocha	46
Leoncio Prado	4 016
Marañón	57
Pachitea	898
Puerto Inca	27
Yarowilca	501
Sin Provincia	1
TOTAL	10 848

Fuente: CMAN
Elaboración: Propia

➤ *Programa de Reparaciones Simbólicas*

En cuanto a este programa, en la región se han llevado a cabo muy pocas acciones; sin embargo, en algunos casos de exhumaciones se ha logrado brindar acompañamiento a los familiares de las víctimas apoyando en acciones de reconocimiento al dolor y provisiones de ataúdes y nichos.

Así mismo, según el PIR 2016 – 2021, la Fiscalía Especializada en Terrorismo y Lesa Humanidad, Distrito Fiscal Huánuco, realizó acciones simbólicas en coordinación con la CMAN – Huánuco, contribuyendo en la vialización de trámites, toma de muestras en las exhumaciones, entrega de restos, etc, con el fin de reunir elementos de convicción e identificación a los responsables.

➤ *Programa de Reparaciones Económicas*

Según información proporcionada por la CMAN, al año 2014 se ha publicado 16 listas de beneficiarios, donde 6, 596 víctimas, han realizado un cobro de S/. 24´ 821, 144.28 nuevos soles de reparación económica; sin embargo, 3, 732 beneficiarios quedaron pendientes del cobro de sus reparaciones económicas, ascendiendo la suma a S/.11´806,067.62 nuevos soles.

Tabla 20
Beneficiarios del Programa de Reparaciones Económicas en Huánuco

PROVINCIA	ATENDIDOS		PENDIENTES DE COBRO	
	BENEF. ATENDIDOS	MONTO OTORGADO	BENEF.	MONTO
AMBO	358	1,511,672.75	157	633,410.78
DOS DE MAYO	327	1,201,908.81	202	647,805.65
HUACAYBAMBA	103	340,680.58	62	152,430.58
HUAMALIES	556	2,121,536.35	389	1,339,544.25
HUÁNUCO	1 750	5,858,949.50	1 035	2,936,137.50
LAURICOCHA	251	838,115.12	114	338,638.92
LEONCIO PRADO	2 246	8,750,818.78	1 225	3,766,399.47
MARAÑÓN	324	1,273,654.77	189	559,559.54
PACHITEA	114	468,244.06	80	298,910.73
PUERTO INCA	68	216,746.06	54	158,454.40
YAROWILCA	282	1,111,900.84	147	497,859.15
SIN PROVINCIA	217	1,126,916.66	78	476,916.65
TOTAL	6 596	24,821,144.28	3 732	11,806,067.62

Fuente: CMAN

Elaboración: Propia

2.3 Definiciones conceptuales

- **C-MAN:** “Es la Comisión Multisectorial de Alto Nivel encargada del seguimiento de las Acciones y Políticas del Estado en los ámbitos de la Paz, la Reparación Colectiva y la Reconciliación Nacional – CMAN, fue creada mediante el Decreto Supremo N° 011-2004-PCM, y tiene por finalidad diseñar la política nacional de paz, reconciliación y reparación, así como el seguimiento de las acciones y políticas del Estado en esta materia.” (CMAN, MINJUSDH. 2016. Pág. 2).

- **Prevalencia:** “La prevalencia cuantifica la proporción de individuos de una población que padecen una enfermedad en un momento o período de tiempo determinado.” (Pita, S., Pértegas, S. y Valdés, F. 2004. Pág. 2)
- **Violencia política:** “La violencia política es una manera de articular la relación que se da entre: 1. Gobernados y gobernantes. (rebelión, asonada, insurrección, revolución), 2. Gobernantes y gobernados. (represión, persecución, tortura, dictadura), 3. Gobernados y gobernados. (guerra civil), 4. Gobernantes y gobernantes: *a*) conflicto interno (golpe de Estado, magnicidio, asesinato político), *b*) conflicto externo (entre líderes o Jefes de Estado). (Talancón, J. 2008. Pág, 378).
- **Trastorno:** “Llamamos trastorno a una enfermedad, a algo fuera de lo considerado normal. En Psicología se producen muchos trastornos que indican la necesidad de un tratamiento terapéutico para volver la conducta a un estado normalizado. En el trastorno la persona se descentra llegando incluso a "enloquecer", perdiendo así su capacidad de raciocinio”. (Vera, R. *s.f.* pág, 51)
- **Trastorno mental:** “Estado patológico que se caracteriza por confusión de ideas, perturbación emocional y conducta inadaptada. Puede tener origen orgánico o funcional.” (Vera, R. *s.f.* pág, 51).
- **Depresión:** “La depresión, o melancolía, es una alteración del tono del humor hacia formas de tristeza profunda, con reducción de la autoestima y necesidad de autocastigo.” (Galimberti, U. 2002, pág. 300).
- **Ansiedad:** “Miedo anticipado a padecer un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de temor o de síntomas somáticos de tensión.”. (Vera, R. *s.f.* pág, 05).

- **Psicosis:** “Las psicosis constituyen los trastornos mentales más graves que pueden llegar a un servicio primario de salud. Si bien su frecuencia no es muy alta, es indispensable poder identificarlas y tratarlas, pues con ello se le ahorrará al paciente una visita a un centro especializado. A pesar de su gravedad y la forma dramática como muchas veces se presentan estos pacientes, es posible darle un tratamiento ambulatorio adecuado a nivel del centro de salud o del dispensario”. (Climent, C. y Arango, M. 1983, pág. 70).
- **Trastorno convulsivo:** “La epilepsia se define como "una descarga ocasional, excesiva y desordenada que ocurre en el cerebro". Los ataques convulsivos generalizados pueden producirse a cualquier edad y en algunos casos van asociados a una enfermedad cerebral orgánica”. (Climent, C. y Arango, M. 1983, pág. 84).
- **Alcoholismo:** “Se entiende por alcoholismo el trastorno que sufre una persona al ingerir licor con frecuencia y exceso, de tal forma que le puede ocasionar problemas de toda índole (por ejemplo, familiares, laborales, sociales, psicológicos, personales y físicos)”. (Climent, C. y Arango, M. 1983, pág. 88).
- **Resiliencia:** “La resiliencia es la capacidad para resistir, tolerar la presión, los obstáculos y pese a ello hacer las cosas correctas, bien hechas, cuando todo parece actuar en nuestra contra.” (Wagnild, G., y Young, H. 1993).
- **Ecuanimidad:** “Considerada como la perspectiva balanceada de su propia vida y experiencias; connota la habilidad de considerar un amplio campo de experiencia y "esperar tranquilo' y tomar las cosas como vengan; por ende, se moderan respuestas extremas ante la adversidad”. (Salgado, C. 2012, pág. 24).

- **Perseverancia:** “Está referida al acto de persistencia a pesar de la adversidad o desaliento; la perseverancia connota un fuerte deseo de continuar luchando para construir la vida de un mismo y permanecer involucrado, así como practicar la autodisciplina” (Salgado, C. 2012, pág. 24).
- **Confianza en sí mismo:** “Es la creencia en uno mismo y en sus propias capacidades; también es considerada como la habilidad de depender en uno mismo y reconocer sus propias fuerzas y limitaciones” (Salgado, C. 2012. pág. 24,).
- **Satisfacción personal:** “Está referida a comprender que la vida tiene un significado y evaluar las propias contribuciones”. (Salgado, C. 2012, pág. 24).
- **Sentirse bien solo:** “Referida a la comprensión de que la senda de vida de cada persona es única mientras que se comparten algunas experiencias; quedan otras que deben enfrentarse solo; el sentirse bien solo nos da un sentido de libertad y un significado de ser únicos” (Salgado, C. 2012, pág. 24).

2.4 Sistema de variables- dimensiones e indicadores

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES / ITEMS
TRASTORNOS MENTALES	Ansiedad – depresión	1 - 18
	Psicosis	19 - 22
	Trastorno convulsivo	23
	Alcoholismo	24 - 28
RESILIENCIA	Confianza en sí mismo	6, 9, 10, 13, 17, 18, 24
	Ecuanimidad	7, 8, 11, 12
	Perseverancia	1, 2, 4, 14, 15, 20, 25
	Satisfacción personal	16, 21, 22, 25
	Sentirse bien solo	5, 3, 19

2.5 Definición operacional de variables

- **Ansiedad – depresión:** Respuestas a los ítems del 1 al 18
- **Psicosis:** Respuestas a los ítems del 19 al 22
- **Trastorno convulsivo:** Respuestas al ítem 23.
- **Alcoholismo:** Respuestas a los ítems del 24 al 28.
- **Ecuanimidad:** Denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, que serán respuestas a los Ítems: 7,8,11,12.
- **Perseverancia:** Persistencia ante la adversidad o el desaliento, que serán respuestas a los Ítems: 1,2,4,14,15,20,25.
- **Confianza en sí mismo:** Habilidad para creer en sí mismo, que serán respuestas a los Ítems: 6,9,10,13,17,18,24.
- **Satisfacción personal:** Comprende el significado de la vida que se medirán a través de las respuestas a los ítems: 16,21,22,25.
- **Sentirse bien solo:** Es el componente de libertad y que somos únicos y se medirá mediante las respuestas a los ítems: 5,3,19.

2.6 Hipótesis

Esta investigación no requiere de hipótesis por ser una investigación exploratoria.

Galan, M. (2009) refiere que, no todas las investigaciones llevan hipótesis, según sea su tipo de estudio, es suficiente plantear algunas preguntas de investigación, concluyendo que todo proyecto de investigación requiere preguntas de investigación, y sólo aquellos que buscan evaluar relación entre variables o explicar causas requieren formular hipótesis.

De la misma manera, este mismo autor, concluye que sólo aquellas investigaciones que buscan evaluar relación entre variables o explicar causas, requieren formular hipótesis.

Selltiz, C., Jahoda, M., Deutsch, M y Cook, S.W. (s,f) refieren que el investigador que penetre en este campo (investigación de tipo exploratoria) no está en disposición de adelantar hipótesis

alguna para la investigación. Sin algún conocimiento previo de los límites del área a investigar.

Es el caso de problemas acerca de los cuales existe muy poco conocimiento utilizable.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1 Nivel, tipos y método de investigación

3.1.1 Nivel de investigación:

Es exploratorio, ya que, como su nombre lo indica, consiste en examinar o explorar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado nunca antes. (Cazau, 2006).

En esta investigación se abordará sobre los trastornos mentales y la resiliencia en las víctimas de violencia política registradas en la C-MAN- Huánuco, siendo esta una población que no ha sido trabajada antes en la ciudad.

3.1.2 Tipo de investigación:

Es sustantivo - descriptivo porque podemos definirla como aquella que trata de responder a los problemas teóricos o sustantivos, en tal sentido, está orientada a describir, explicar, predecir o retrodecir la realidad, con lo cual se va en búsqueda de principios y leyes generales que permitan organizar una teoría científica.

Es descriptivo porque está orientada al conocimiento de la realidad tal como se presenta en una situación espacio-temporal dada. Responde a las interrogantes ¿Cómo es o cómo se presenta el fenómeno X?, ¿Cuáles son las características actuales del fenómeno X? (Sánchez, H. & Reyes, C. 2009).

En esta investigación describiremos los trastornos mentales y el grado de resiliencia que prevalece en las personas víctimas de violencia política.

3.1.3 Método de investigación:

Es el método descriptivo de encuestas porque toma en cuenta procedimientos de observación indirecta tales como la aplicación de cuestionarios, inventarios, test, etc. Se recogen datos relativamente limitados de un número grande de casos que generalmente representan la muestra de una población.

En esta investigación se aplicaron dos cuestionarios que son el Cuestionario de Auto reporte SRQ y la Escala de Resiliencia de Wagnild & Young.

3.2 Diseño de investigación

Descriptivo simple

En este diseño el investigador busca y recoge información contemporánea con respecto a una situación previamente determinada (objeto de estudio), no presentándose la administración o control de tratamiento (Sánchez, H. & Reyes, C. 2009).

M O

DONDE:

M: Víctimas de violencia política registradas en el CMAN – Huánuco.

O: Medición de los trastornos mentales y el grado de resiliencia que poseen las víctimas de violencia política.

3.3 Ámbito de investigación

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en Huánuco, ciudad y capital de la región homónima del Perú, situada en la Región Yunga fluvial, a 1.898 M.S.N.M según datos del INEI del censo 2017.

Funciona como centro comercial de las yungas o valles andinos en tránsito a la Selva Alta por lo que se cultiva coca, maderas, caña de azúcar, entre otros más. La actividad económica principal es la agricultura y comercio; con productores de papa, frutas, cereales y aguardiente, con tal motivo es asiento en industrias agroalimentarias y textiles, especialmente las azucenas y las algodóneras. Está comunicada por carretera con Cerro de Pasco y con la costa por vía aérea y terrestre, así como con Tingo María y la Amazonía con el corredor del Huallaga.

Localización: Huánuco está ubicada geográficamente en la parte centro oriental del Perú, entre la cordillera occidental y la cuenca hidrográfica del río Pachitea.

Sus límites son:

- Por el sur: con Pasco, Lima y Ancash.
- Por el norte: con la Libertad y San Martín
- Por el Este: con Ucayali, Loreto y Pasco.
- Por el Oeste: con Lima y Ancash

Huánuco cuenta con una superficie de 37 265, 77 km² y con una población de 867 227 habitantes.

Así también, cuenta con cinco principales lagunas que son: Carpa, Lauricocha, Pichgacocha, Carhuacocha y Susucocha.

Hydrografía: Tres son los ríos que asocian el levantamiento andino, ellos son de oeste a este, el Marañón, el Huallaga y el Pachitea.

El departamento de Huánuco se divide en once provincias las cuales son: Huánuco, Ambo, Dos de mayo, Huacaybamba, Huamalies, Lauricocha, Leoncio Prado, Marañón, Puerto Inca, Yarowilca y Pachitea .

Según el INEI, al 30 de junio del 2016, la población en Huánuco consta de 873 134 habitantes.

La ciudad de Huánuco cuenta con La Comisión Multisectorial de Alto Nivel (CMAN) y consiste en el diseño y coordinación del Plan Integral de Reparaciones (PIR) en base a la información provista por el RUV. El PIR contempla diferentes tipos de reparaciones que van desde la restitución de derechos ciudadanos, el acceso a educación, salud y vivienda, reparaciones simbólicas y económicas, entre otros programas.

3.4 Población y muestra

3.4.1. Población:

La población de esta investigación estuvo constituida por 700 personas que han sido víctimas de la violencia política y que radican en la ciudad de Huánuco, entre jóvenes, adultos y adultos mayores, registrados en la CMAN – HUÁNUCO 2018.

Ψ Criterios de inclusión:

- Ser víctima directa o indirecta de la violencia política.
- Estar registrado en la CMAN.
- Asistir a la reunión en la que se llevó a cabo la evaluación.

Ψ Criterios de exclusión:

- No asistir a la reunión en la que se llevó a cabo la evaluación.
- No estar registrado en la CMAN.
- No ser víctima directa o indirecta de violencia política.

3.4.2. Muestra

A) Descripción de la muestra

Subconjunto de personas víctimas de violencia política que radican en la ciudad de Huánuco, entre jóvenes, adultos y adultos mayores, registrados en la CMAN – HUÁNUCO 2018.

B) Tipo de Muestreo:

Es de tipo No Probabilístico, utilizando como procedimiento el muestreo por conveniencia, por el acceso y disponibilidad a la información. (Universidad Jaime Bausate y Meza).

C) Tamaño de la Muestra:

El tamaño de la muestra fue de 102, que constituye el 15% de la población

Tabla 21

Información demográfica de víctimas de violencia política en Huánuco

DATOS	<i>f</i>	%
Sexo		
Masculino	25	20.83%
Femenino	95	79.17%
TOTAL	120	100.00%
Edad		
25 – 35	2	1.67%
36 – 46	56	46.67%
47 a más	62	51.67%
TOTAL	120	100.00%
Tipo de violencia		
Homicidios	14	11.67%
Secuestro	1	0.83%
Desaparición forzada	8	6.67%
Tortura	6	5.00%
Delitos contra la libertad sexual	0	0.00%
Mina antipersonal	2	1.67%
Reclutamiento ilegal de menores	3	2.50%
Actos de terrorismo y actos de barbarie	4	3.33%
Usurpación de tierras	0	0.00%
Desplazamiento forzado	81	67.50%
Masacres	0	0.00%
Lesiones personales y tratos inhumanos y degradantes	1	0.83%
Detención arbitraria y violación del debido proceso	0	0.00%
Destrucción de bienes culturales y lugares de culto	0	0.00%
TOTAL	120	100.00%

Fuente: CMAN

Elaboración: Propia

3.5 Instrumentos de estudio

3.5.1 Cuestionario de Auto Reporte de Síntomas SRQ - 18

Este instrumento fue validado y tipificado por el Ministerio de Salud del Perú, y es lanzado en la Estrategia Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz como instrumento para el tamizaje en la Salud Mental, con el fin de la detección de nuevos casos en Salud Mental que presenten la sociedad Peruana. En este cuestionario se evidencian los principales Trastornos de Salud Mental para su prevención: Trastorno Depresivo, Trastorno Psicótico, Trastorno Convulsivo y el Consumo de bebidas alcohólicas. La escala está compuesta por 28 ítems, 2 de los cuales están redactados en sentido inverso (ítems e, 14) y 26 de ellos en sentido positivo, es decir, contestar afirmativamente.

FICHA TÉCNICA

- ✓ Nombre : Self Reporting Questionnaire SRQ
- ✓ Autores : Organización Mundial de la Salud (OMS).
- ✓ Objetivo : Permite la identificación rápida y simplificada de los pacientes que requieren atención y en qué nivel de atención.
- ✓ Adaptación peruana : Véliz, J. (1996).
- ✓ Administración : Individual.
- ✓ Duración : Aproximadamente 15 minutos.
- ✓ Aplicación : Para adolescentes y adultos.

Descripción

El Cuestionario de Auto-reporte o Self Reporting Questionnaire (SRQ-18), mide la prevalencia de trastornos mentales de manera puntual y lápsica. Asimismo, permite la identificación rápida y simplificada de los pacientes que requieren atención y en qué nivel de atención. (Rivera, Y. Chávez, E. y Chávez E. 2011).

El SRQ-18 comprende contenidos de varios instrumentos, es de fácil aplicación y consta de 28 preguntas dicotómicas (“sí” o “no”). Las primeras 18 se refieren a síntomas depresivos o ansiosos; las preguntas 19 a 22, indican un trastorno psicótico; la 23 indica trastorno convulsivo; y las preguntas 24 a 28, problemas con el consumo de alcohol.

Validez y Confiabilidad

En el Perú estableció la confiabilidad y la validez Veliz, J. (1996) en personal de la Sanidad de la Policía Nacional (Tesis de maestría en medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, 1996).

Se aplicó el Self Reporting Questionnaire (SRQ), o CAR a 497 trabajadores de una institución militarizada y a 2 submuestras de 64 pacientes psiquiátricos y 157 sujetos supuestamente sanos. Las evaluaciones fueron realizadas por 8 trabajadores de salud no especialistas (TSNE) capacitados y por psiquiatras.

Resultados: La confiabilidad del cuestionario en pacientes psiquiátricos entre los TSNE y el psiquiatra investigador; fue de 88% ($\alpha=0.88$, $K=0.76$, $Z=28.25$, $p<0.001$); la validez concurrente con los psiquiatras tratantes fue de 83% ($\alpha=0.83$, $k=0.65$, $Z=20.96$, $p<0.001$), menor con el psiquiatra investigador; en sujetos supuestamente sanos ($\alpha=0.62$, $K=0.62$, $Z= 2.84$, $p<0.001$). En la subescala de neurosis, la correlación entre la frecuencia de respuestas afirmativas o negativas y la catalogación de «caso» y «no caso» fue altamente significativa en todas las preguntas. Las proporciones de los casos en relación a los subtotales, cuando el síntoma está presente, es superior al 50% en todas las preguntas excepto en [as preguntas 7 y 8.

La confiabilidad y validez concurrente y de constructo teórico, resultaron apropiadas para el universo del cual procede la muestra, recomendándose usar el SRQ en el seguimiento de pacientes psiquiátricos y estudio de poblaciones en riesgo (desastres) o que no dispongan de especialistas.

En la ciudad de Huánuco el cuestionario SRQ-18 fue validada por los psicólogos Rivera, Y., Chávez E. y Chávez E. (2011), docentes de la Universidad Nacional “Hermilio Valdizán” en el año 2011 para su investigación “Prevalencia de Trastornos Mentales en alumnos ingresantes a la Universidad Nacional “Hermilio Valdizán” Huánuco-2011”. El cuestionario se validó con el criterio de jueces, quienes fueron cinco especialistas del MINSA y ESSALUD, además de ser docentes de postgrado. El SRQ 18 obtuvo una validez de 0.83 de acuerdo interjueces.

3.5.2 Escala de Resiliencia de Wagnild & Young

FICHA TECNICA

Nombre	: Escala de Resiliencia.
Autores	: Gail M. Wagnild & Heather M. Young, 1993.
Objetivo	: Identificar el grado de resiliencia individual, considerado como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo.
Procedencia	: Estados Unidos.
Adaptación peruana	: Mónica del Águila (2003).
Administración	: Individual o colectiva.
Duración	: Aproximadamente de 25 a 30 minutos.
Aplicación	: Para adolescentes y adultos.
Significación	: La Escala evalúa las siguientes dimensiones de la resiliencia: Ecuanimidad, Sentirse bien solo, Confianza en sí mismo, Perseverancia, y Satisfacción. Asimismo, considera una escala total.

Descripción

La escala de resiliencia fue construida por Wagnild y Young en 1988, y fue revisada por los mismos autores en 1993. Está compuesta de 25 ítems, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es en desacuerdo, y un máximo de acuerdo es 7. Los participantes indicarán el grado de conformidad con el ítem, ya que todos los ítems son calificados positivamente; los más altos puntajes serán indicadores de mayor resiliencia, el rango de puntaje varía entre 25 y 175 puntos.

Validez y Confiabilidad

En Perú, inicialmente, Del Águila procedió a la adaptación lingüística del instrumento, para lo cual entregó la escala a un experto para que realice los cambios pertinentes. Según las consideraciones de este último, sólo fueron necesarios modificar los ítems 2, 3, 4, 5, 7 y 25.

Una vez determinado el formato, se procedió a realizar una prueba piloto, con un grupo de 118 adolescentes: varones y mujeres de 4to. y 5to. año de secundaria de 3 colegios privados y uno estatal, correspondientes a los tres niveles socioeconómicos (2 de clase alta, 1 de clase media y 1 de clase baja) en Lima Metropolitana.

Con esta muestra se estableció la validez y confiabilidad del instrumento, así como también se establecieron los percentiles.

En la ciudad de Huánuco, se ha realizado la validación y confiabilidad por Daza J. & Rojas K. (2014) mediante la aplicación del instrumento de Resiliencia de Wagnild & Young a una muestra piloto conformada por 40 mujeres víctimas de violencia familiar obteniendo la validez mediante un análisis factorial que nos arroja una correlación y el alfa de Cronbach, nos indica un coeficiente adecuado, es decir, el instrumento es confiable por ser mayor a 0.75.

3.6 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

	Método	Técnica	Instrumentos
Investigación Cuantitativa	Observación indirecta	El fichaje	Ficha textual Ficha mixta
	Observación indirecta	Psicometría	Cuestionario de Auto reporte de Síntomas SRQ - 18. Escala de Resiliencia (ER).

3.7 Técnicas de procesamiento de datos

Para el proceso usaremos la estadística descriptiva, a través de Cuadros y gráficos de distribución de frecuencia, mediante la información que obtendremos del Cuestionario de Autoreporte (SRQ-18) y la escala de Resiliencia (ER) en las víctimas de violencia política registradas en el C-MAN.

Método	Técnica	Instrumentos
PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN	Análisis estadístico	Análisis estadístico descriptivo Medidas de frecuencia .

CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. Presentación de resultados

En este capítulo se muestra en primer lugar los resultados de la variable trastornos mentales con los datos que presenta la muestra estudiada; estos resultados están seccionados en las dimensiones del cuestionario, la cuales son: ansiedad, depresión, psicosis, trastorno convulsivo y alcoholismo. Luego se presenta los resultados referentes a la variable resiliencia, que cuenta con las dimensiones: confianza en sí mismo, ecuanimidad, perseverancia, satisfacción personal y sentirse bien solo.

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE AUTOREPORTE DE SÍNTOMAS SRQ-18

Tabla 22

Resultados generales de las dimensiones que evalúa el SRQ-18 en víctimas de violencia política registradas en la CMAN – HUÁNUCO 2018

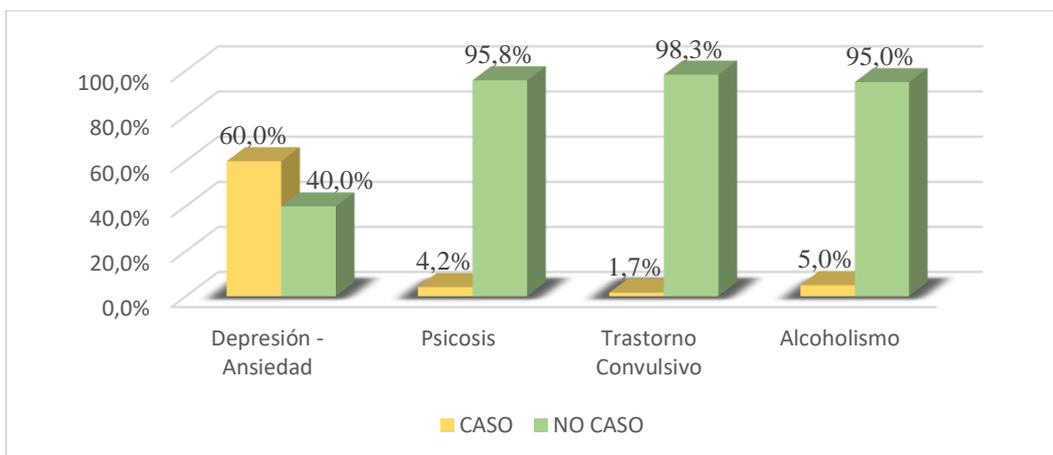
DIMENSIÓN	CASO		NO CASO		TOTAL	
	F	%	f	%	F	%
Depresión - Ansiedad	72	60.0%	48	40.0%	120	100%
Psicosis	5	4.2%	115	95.8%	120	100%
Trastorno Convulsivo	2	1.7%	118	98.3%	120	100%
Alcoholismo	6	5.0%	114	95.0%	120	100%

FUENTE: Administración del cuestionario de Auto Reporte de síntomas SRQ-18.

ELABORACIÓN: Propia.

Figura 1

Resultados generales de las dimensiones que evalúa el SRQ-18 en víctimas de violencia política registradas en la CMAN – HUÁNUCO 2018



FUENTE: Administración del cuestionario de Auto Reporte de síntomas SRQ-18.

ELABORACIÓN: Propia.

ANÁLISIS: En la tabla N° 23 y gráfico N° 1 se puede observar que de los 120 usuarios evaluados que equivale al 100% el 60% son casos de ansiedad – depresión, siendo el trastorno más predominante; en segundo lugar, son casos de alcoholismo con un 5%; en tercer lugar son casos de psicosis con un 4.2% y por último el 1.7% son casos de trastorno convulsivo.

INTERPRETACIÓN: Estos resultados indican que, el orden de los problemas se relaciona con los resultados a nivel mundial, como señala la OMS (2017) realizaron un estudio de la presencia de trastornos mentales en personas que viven en zonas de conflicto, los hallazgos reportan que la depresión, la ansiedad, son enfermedades mentales que afectan a más de una de cada cinco personas, alrededor del 22%, viviendo en áreas de conflicto. De forma semejante a nivel nacional el INSM Honorio Delgado Hideyo Noguchi (Kendall, Matos, Cabra; 2006), realizó intervenciones en los departamentos de Ayacucho, Apurímac y Huancavelica. Se atendió a 1560 personas. La magnitud de la violencia ha sido tal, que se encontró varios diagnósticos de enfermedades psiquiátricas. Del total de estas enfermedades, se encontró que el 46% de ellas era Depresión episódica y crónica, el 18% de Trastorno de ansiedad generalizada, el 10% de algún trastorno psicótico, el 8% de Alcoholismo. En efecto, podemos inferir que la salud mental se deteriora de manera alarmante en las personas que habitaron en

escenarios violentos, teniendo una alta incidencia de depresión, ansiedad y alcoholismo en las poblaciones afectadas por el conflicto armado.

Tabla 23

Resultados de la dimensión de Depresión – Ansiedad que evalúa el SRQ-18 en víctimas de violencia política registradas en la CMAN – HUÁNUCO 2018

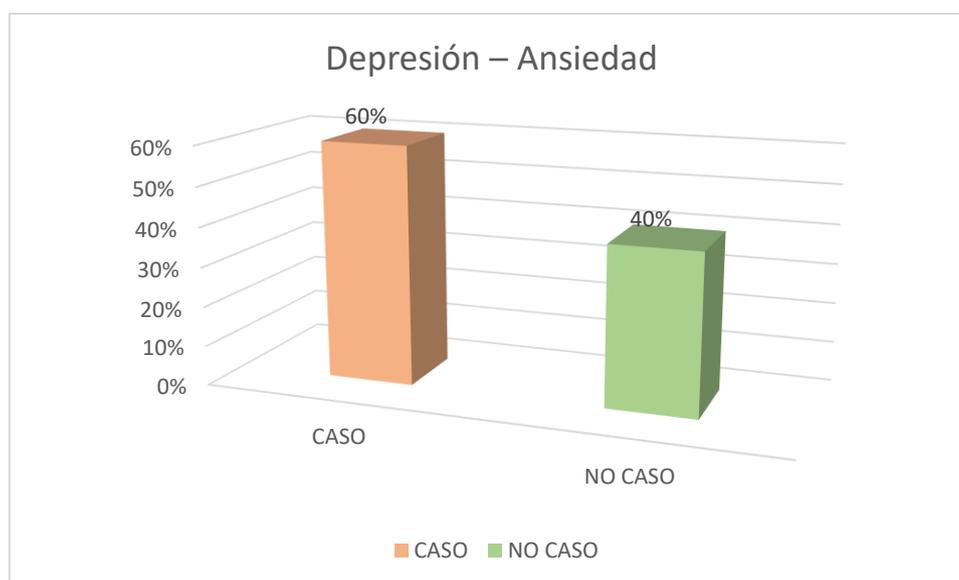
DIMENSIÓN	CASO		NO CASO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Depresión – Ansiedad	72	60%	48	40%	120	100%

FUENTE: Administración del cuestionario de Auto Reporte de síntomas SRQ-18.

ELABORACIÓN: Propia.

Figura 2

Resultados de la dimensión de Depresión – Ansiedad que evalúa el SRQ-18 en víctimas de violencia política registradas en la CMAN – HUÁNUCO 2018



FUENTE: Administración del cuestionario de Auto Reporte de síntomas SRQ-18.

ELABORACIÓN: Propia.

ANÁLISIS: En la tabla N° 24 y gráfico N° 2 de las 120 personas evaluadas, que equivale a un 100% de la muestra, se observa que el 60% presentan casos de ansiedad - depresión, mientras que el 40% no se consideran como un caso.

INTERPRETACIÓN: Estos resultados indican que: el 60% de los evaluados son casos de depresión - ansiedad, teniendo así un estado de ánimo deprimido, acompañado de malestar ansioso, preocupación frecuente e irracional, dificultades para relajarse, miedo por la ocurrencia de algo desagradable. La incapacidad de controlar la situación dolorosa conduce a un estado de retraimiento y abandono por indefensión, (Seligman, 1975); esta situación se produjo probablemente durante la exposición a situaciones traumáticas y ocasionó mayor nivel de angustia en las personas e, inclusive, afectaron a amplios grupos de la comunidad que, aunque no sufran enfermedad mental alguna en el momento, sí experimentan reacciones de ansiedad y tristeza, así como alteraciones en el comportamiento.

Tabla 24

Resultados de la dimensión de Psicosis que evalúa el SRQ-18 en víctimas de violencia política registradas en la CMAN – HUÁNUCO 2018

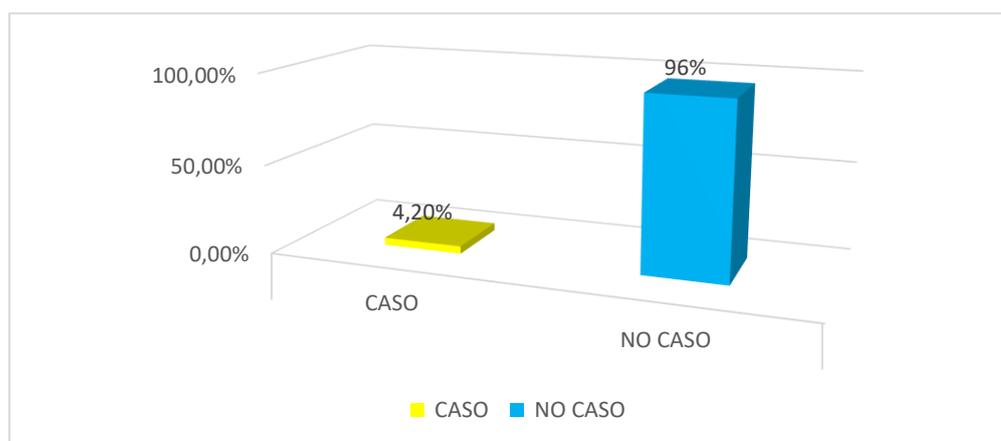
DIMENSIÓN	CASO		NO CASO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
Psicosis	5	4.2%	115	96%	120	100%

FUENTE: Aplicación del cuestionario de Auto Reporte de síntomas SRQ-18.

ELABORACIÓN: Propia.

Figura 3

Resultados de la dimensión de Psicosis que evalúa el SRQ-18 en víctimas de violencia política registradas en la CMAN – HUÁNUCO 2018



FUENTE: Administración del cuestionario de Auto Reporte de síntomas SRQ-18.

ELABORACIÓN: Propia.

ANÁLISIS: En la tabla N° 25 y gráfico N° 3 se observa que de las 120 personas evaluadas que equivale el 100%, el 4.2% son casos de psicosis, mientras que el 96% no son casos de psicosis.

INTERPRETACIÓN: Estos resultados nos muestran que el 4.2% de las víctimas de violencia política con considerados casos de psicosis. De acuerdo a Caballo, V., Salazar I., & Carrobes, J. definen la psicosis como un trastorno mental grave y complejo, caracterizado por la pérdida del contacto con la realidad. El deterioro cognitivo de la persona puede alcanzar un nivel tan elevado que interfiera en su capacidad para afrontar demandas de la vida cotidiana. Esto puede implicar un grave distanciamiento de la realidad y afectar gravemente a casi todas las áreas y funciones del paciente. Esto debido probablemente a las secuelas físicas de las torturas, impactos de bala o explosiones, quedaron como recuerdos de la experiencia, manteniendo una sensación de vulnerabilidad, secuelas psicosociales de la violencia CVR (2003).

Tabla 25

Resultados de la dimensión de Trastorno Convulsivo que evalúa el SRQ-18 en víctimas de violencia política registradas en la CMAN – HUÁNUCO 2018

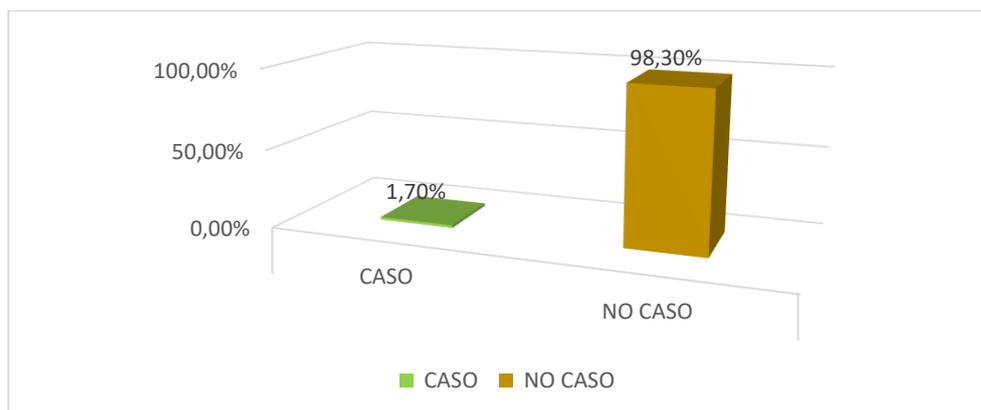
DIMENSIÓN	CASO		NO CASO		TOTAL	
	F	%	F	%	f	%
Trastorno convulsivo	2	1.7%	118	98.3%	120	100%

FUENTE: Aplicación del cuestionario de Auto Reporte de síntomas SRQ-18.

ELABORACIÓN: Propia.

Figura 4

Resultados de la dimensión de Trastorno Convulsivo que evalúa el SRQ-18 en víctimas de violencia política registradas en la CMAN – HUÁNUCO 2018



FUENTE: Administración del cuestionario de Auto Reporte de síntomas SRQ-18.

ELABORACIÓN: Propia.

ANÁLISIS: En la tabla N° 26 y gráfico N° 4 se observa que de los 120 evaluados que hace el 100%, 2 de ellos; es decir, el 1.7% son casos de trastorno convulsivo, mientras que 118 de los evaluados que equivale al 98.3% no presentan casos de este trastorno.

INTERPRETACIÓN: Estos resultados nos permiten interpretar que, el 1.7% de las víctimas de violencia política son casos de episodios de trastorno convulsivo. Según MINSAL (2009) la epilepsia o trastorno convulsivo se define como una alteración que afecta al Sistema Nervioso Central, específicamente la corteza cerebral y que se manifiesta clínicamente como eventos discontinuos denominados “crisis epilépticas”. Es una afección neurológica crónica, de alta frecuencia, de manifestación episódica y de diversa etiología. Se estima que afecta a 50 millones de personas en el mundo.

Tabla 26

Resultados de la dimensión de Alcoholismo que evalúa el SRQ-18 en víctimas de violencia política registradas en la CMAN – HUÁNUCO 2018

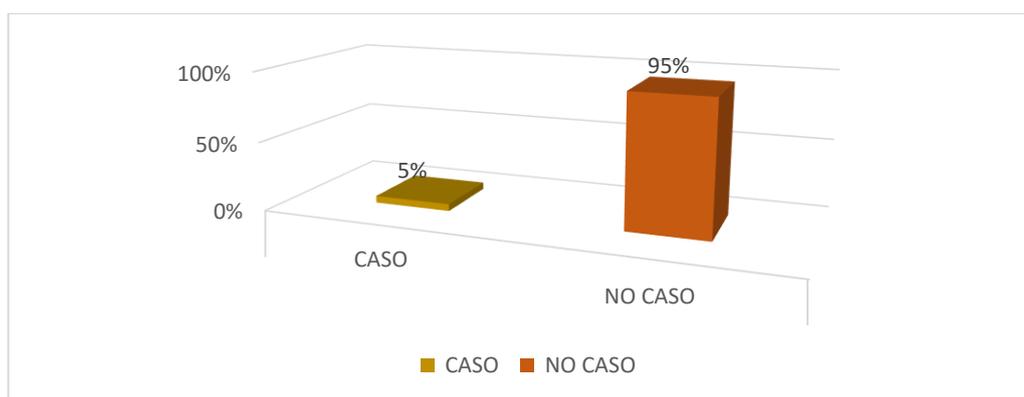
DIMENSIÓN	CASO		NO CASO		TOTAL	
	F	%	F	%	f	%
Alcoholismo	6	5%	114	95%	120	100%

FUENTE: Aplicación del cuestionario de Auto Reporte de síntomas SRQ-18.

ELABORACIÓN: Propia.

Figura 5

Resultados de la dimensión de Alcoholismo que evalúa el SRQ-18 en víctimas de violencia política registradas en la CMAN – HUÁNUCO 2018



FUENTE: Administración del cuestionario de Auto Reporte de síntomas SRQ-18.

ELABORACIÓN: Propia.

ANÁLISIS: En la tabla N° 27 y gráfico N° 5 se observa que, de los 120 usuarios evaluados, que equivale al 100%, 6 de ellos; es decir, el 5.0% presentan casos de alcoholismo, mientras que 114 de los evaluados que equivale el 95% no presentan casos de este trastorno.

INTERPRETACIÓN: Estos resultados nos permiten interpretar que, el 5.0% de las víctimas de violencia política son casos de consumo de alcohol, el consumo de esta sustancia además de estar mediada por la cultura, lo está por las propias características de los hechos violentos y las condiciones de vulnerabilidad de la población (Páez et al., 2001). Según la muestra los varones son quienes presentan mayor incidencia de consumo de alcohol. Ministerio de Salud

de Argentina (2011) encontró que son los varones quienes tienen mayor tendencia hacia las bebidas alcohólicas.

RESULTADOS DE LA ESCALA DE RESILIENCIA

Niveles	RESILIENCIA TOTAL	
	f	%
ALTO	26	22%
MEDIO	63	53%
BAJO	31	26%
Total	120	100%

Tabla 27

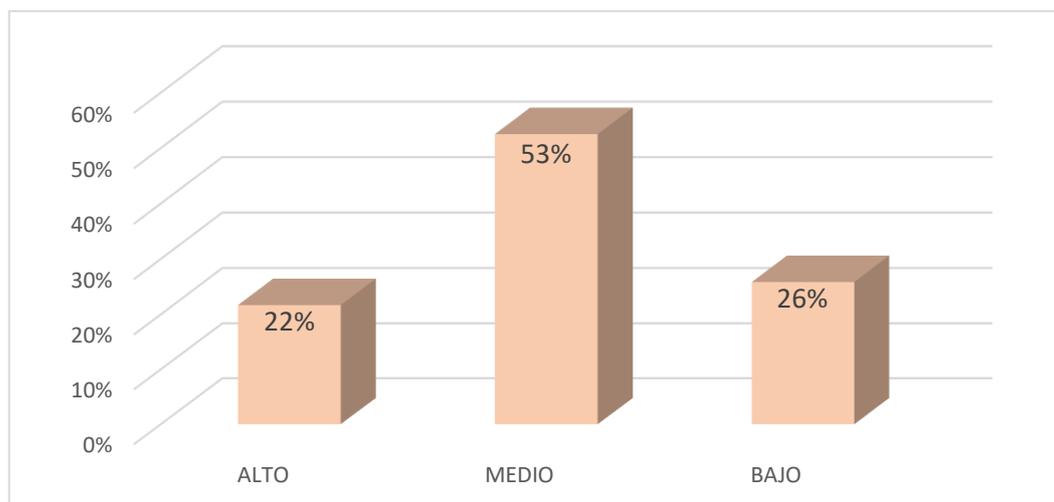
Resultados generales de la Escala de Resiliencia en víctimas de violencia política registrados en la CMAN – Huánuco 2018.

FUENTE: Administración de la Escala de Resiliencia Wagnild & Young.

ELABORACION: Propia

Figura 6

Resultados generales de la Escala de Resiliencia en víctimas de violencia política registrados en la CMAN – Huánuco 2018



FUENTE: Administración de la Escala de Resiliencia Wagnild & Young.

ELABORACION: Propia

ANÁLISIS: En la tabla N° 28 y gráfico N° 6 se observa que, de los 120 usuarios que equivale al 100% de los evaluados, se observa que el 22% presenta un nivel alto de resiliencia, el 53% presenta un nivel medio resiliencia, mientras que el 26% presenta un nivel bajo de resiliencia.

INTERPRETACIÓN: Este resultado nos muestra que más de la mitad de los usuarios (53% evaluados) denota capacidad para atravesar tiempos difíciles, dependiendo más de sí mismo que de otras personas, logrando encontrar una salida al momento de suceder una situación difícil.

Sin embargo, un 26% de los usuarios evaluados presentan una tendencia a depender de otras personas para enfrentar situaciones difíciles en su vida, sintiendo culpabilidad por las decisiones tomadas, mostrando falta de energía para realizar lo que se proyecta. Asimismo, se le dificulta enfrentar los obstáculos que ha experimentado anteriormente.

Tabla 28

Resultados de la característica de ecuanimidad de la Escala de resiliencia en víctimas de violencia política registrados en la CMAN - Huánuco 2018

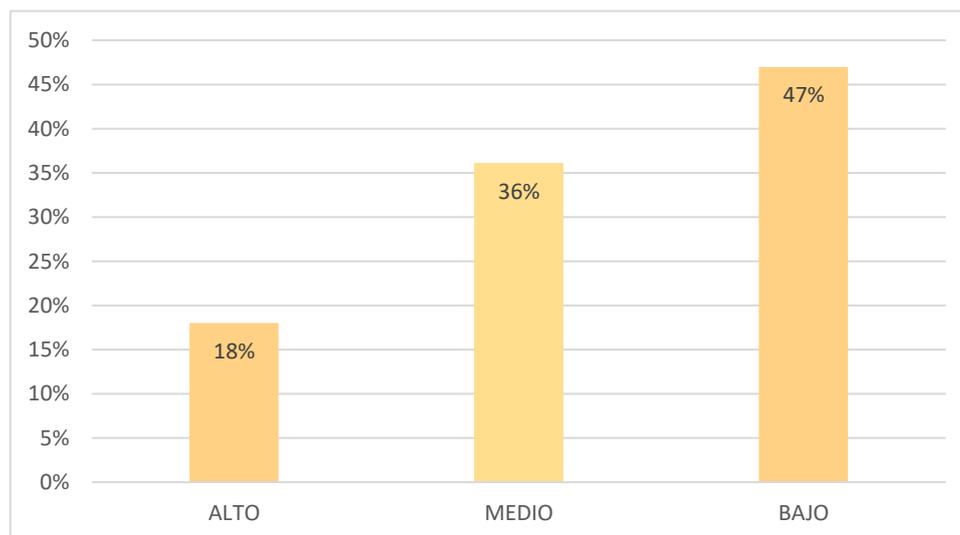
	<i>NIVEL DE ECUANIMIDAD</i>	
	<i>F</i>	<i>%</i>
<i>ALTO</i>	<i>21</i>	<i>18%</i>
<i>MEDIO</i>	<i>43</i>	<i>36%</i>
<i>BAJO</i>	<i>56</i>	<i>47%</i>
<i>Total</i>	<i>120</i>	<i>100%</i>

FUENTE: *Administración de la Escala de Resiliencia Wagnild & Young.*

ELABORACION: *Propia*

Figura 7

Resultados de la característica de ecuanimidad de la Escala de resiliencia en víctimas de violencia política registrados en la CMAN - Huánuco 2018



FUENTE: Administración de la Escala de Resiliencia Wagnild & Young.

ELABORACION: Propia

ANÁLISIS: En la tabla N° 29 y gráfico N° 7 se observa que, de los 120 usuarios que equivale al 100% de los evaluados se observa que el 18% presenta un nivel alto de ecuanimidad, mientras que el 36% presenta un nivel medio de ecuanimidad y un 47% del total presenta un nivel bajo de ecuanimidad.

INTERPRETACION, este resultado nos muestra que, el 47% de los evaluados presenta un nivel bajo en la dimensión ecuanimidad, lo cual indica que los evaluados no tienen una perspectiva balanceada de su propia vida y experiencias. No suelen tomar las cosas con tranquilidad y tienen dificultades para enfrentar diversas adversidades de la vida. (Young, 1993). Por tanto, para desarrollar la ecuanimidad, el primer paso será tener bajo control el vocabulario, utilizando palabras como desastre, horrible, espantoso y catástrofe solo cuando sean realmente necesarias, ya que este simple cambio ayudará a distanciarse un poco de los problemas y verlos en su justa perspectiva.

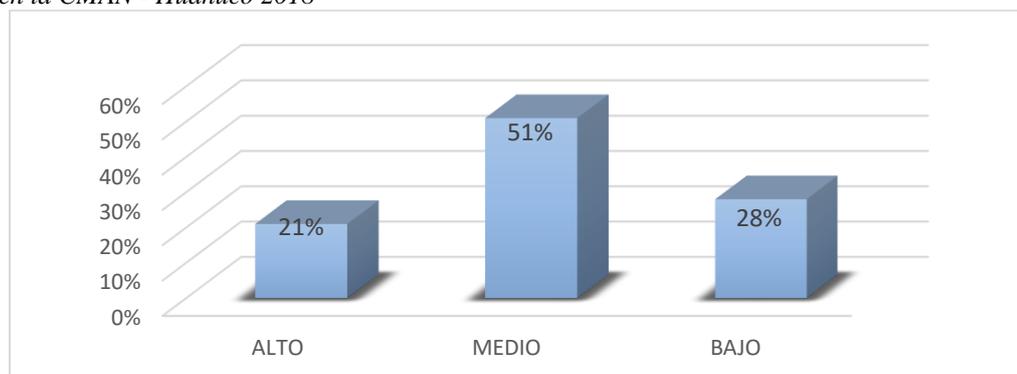
Tabla 29
Resultados de la característica de perseverancia de la Escala de resiliencia en víctimas de violencia política registrados en la CMAN - Huánuco 2018

	NIVEL DE PERSEVERANCIA	
	F	%
ALTO	25	21%
MEDIO	61	51%
BAJO	34	28%
Total	120	100%

FUENTE: Administración de la Escala de Resiliencia Wagnild & Young.
ELABORACION: Propia

Figura 8

Resultados de la característica de perseverancia de la Escala de resiliencia en víctimas de violencia política registrados en la CMAN - Huánuco 2018



FUENTE: Administración de la Escala de Resiliencia Wagnild & Young.
ELABORACION: Propia

ANALISIS: En la tabla N° 30 y gráfico N° 8 de los 120 usuarios que equivale al 100% de los evaluados se observa que el 51% presenta un nivel medio en la característica de perseverancia, 28% del total presenta un nivel bajo de perseverancia, mientras que el 21% presenta un nivel alto de perseverancia.

INTERPRETACION, este resultado nos muestra que, el 51% de los usuarios evaluados presenta un nivel medio en esta dimensión, lo cual denota persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina. Esto indica que a pesar de los problemas o circunstancias que presentan los evaluados, aún existe visualizaciones en sus

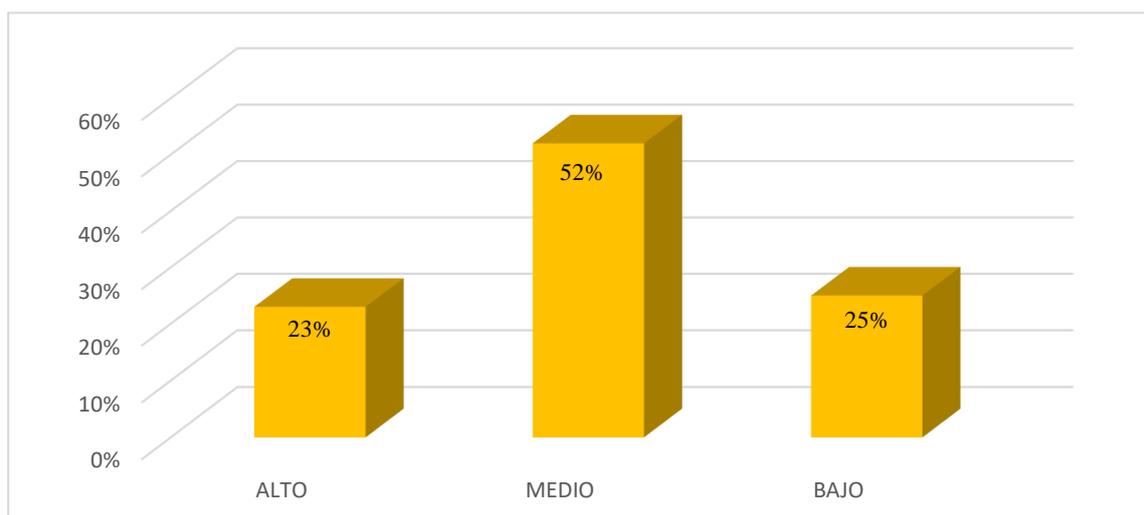
metas, sin obsesionarse con estas, saben establecer sus prioridades y sobre todo se rodean con personas que tienen las mismas ilusiones y motivaciones que ellos.

Tabla 30
Resultados de la característica de confianza en sí mismo de la Escala de resiliencia en víctimas de violencia política registrados en la CMAN - Huánuco 2018

NIVEL DE CONFIANZA EN SÍ MISMO		
	<i>f</i>	%
<i>ALTO</i>	28	23%
<i>MEDIO</i>	62	52%
<i>BAJO</i>	30	25%
<i>Total</i>	120	100%

FUENTE: Administración de la Escala de Resiliencia Wagnild & Young.
ELABORACION: Propia

Figura 9
Resultados de la característica de confianza en sí mismo de la Escala de resiliencia en víctimas de violencia política registrados en la CMAN - Huánuco 2018



FUENTE: Administración de la Escala de Resiliencia Wagnild & Young.
ELABORACION: Propia

ANÁLISIS, en la tabla N° 31 y gráfico N° 9 de los 120 usuarios que equivale al 100% de los evaluados se observa que el 52% presenta un nivel medio de confianza en sí mismo y un 25% del total presenta un nivel bajo de confianza en sí mismo y 23% presenta un nivel alto de confianza en sí mismo.

INTERPRETACION, estos resultados nos muestran que el 52% presenta un nivel medio de confianza en sí mismo, esto evidencia que existen indicadores de confianza en sí mismo, habilidad para creer en sí mismo y en sus capacidades, (Wagnild & Young 1993).

Pese a las circunstancias, el conflicto armado interno fortaleció los lazos familiares entre las personas con que se convive, las mujeres y los jóvenes buscaron posibilidades de empleabilidad, se replantearon los roles familiares (generalmente ante la ausencia del padre), la comunicación familiar es más eficiente y surgieron nuevas estrategias para la resolución de conflictos; a nivel comunitario se estrecharon los lazos con amigos y vecinos, (Flores, 2007).

Tabla 31

Resultados de la característica de nivel de satisfacción personal de la Escala de resiliencia en víctimas de violencia política registrados en la CMAN - Huánuco 2018

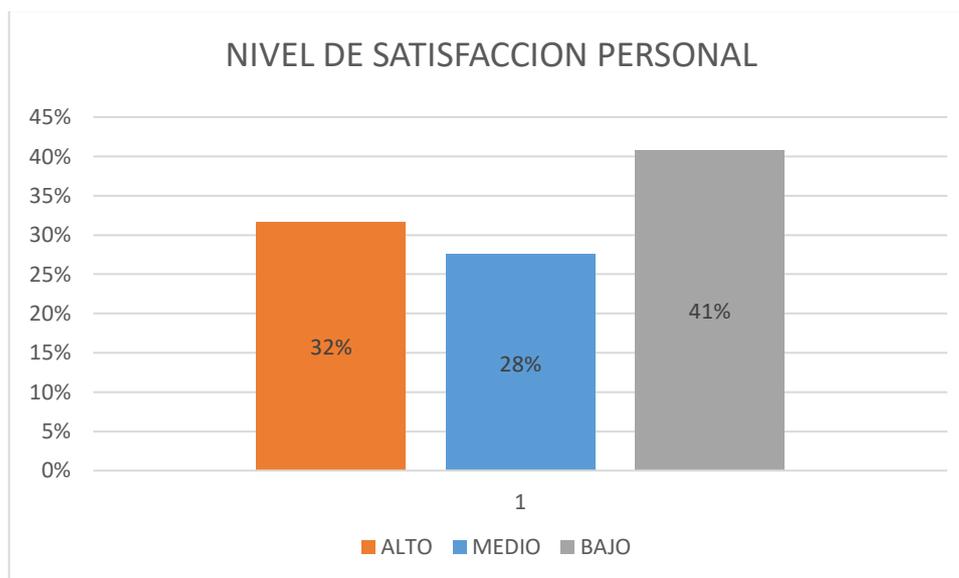
<i>NIVEL DE SATISFACCION PERSONAL</i>		
	<i>Frecuencia</i>	<i>porcentaje</i>
<i>ALTO</i>	<i>33</i>	<i>32%</i>
<i>MEDIO</i>	<i>38</i>	<i>28%</i>
<i>BAJO</i>	<i>49</i>	<i>41%</i>
<i>Total</i>	<i>120</i>	<i>100%</i>

FUENTE: *Administración de la Escala de Resiliencia Wagnild & Young.*

ELABORACION: *Propia*

Figura 10

Resultados de la característica de nivel de satisfacción personal de la Escala de resiliencia en víctimas de violencia política registrados en la CMAN - Huánuco 2018



FUENTE: Administración de la Escala de Resiliencia Wagnild & Young.

ELABORACION: Propia

ANÁLISIS, en la tabla N° 32 y en el gráfico N°10 de los 120 usuarios que equivale al 100% de los evaluados se observa que el 41% presenta un nivel bajo de satisfacción personal, mientras que el 32% presenta un nivel alto de satisfacción personal y un 28% del total presenta un nivel bajo de satisfacción personal.

INTERPRETACION, estos resultados nos muestran que el 41% presenta un nivel bajo de satisfacción personal, Esto indica que a los usuarios les es difícil comprender el significado de la vida y como se contribuye a ella, (Wagnild & Young 1993). Esto significa que probablemente las víctimas de violencia política no han dejado de lado todas las creencias y paradigmas que la sociedad ha implantado. Aquí lo que se busca sobre todo es la plenitud constante.

Tabla 32

Resultados de la característica de sentirse bien solo de la Escala de resiliencia en víctimas de violencia política registrados en la CMAN - Huánuco 2018

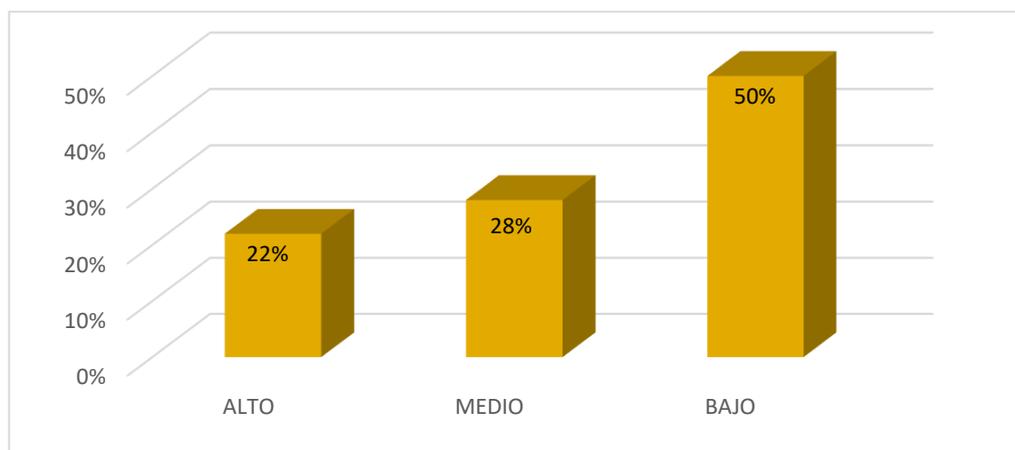
SENTIRSE BIEN SOLO		
	F	%
ALTO	26	22%
MEDIO	34	28%
BAJO	60	50%
Total	120	100%

FUENTE: Administración de la Escala de Resiliencia Wagnild & Young.

ELABORACION: Propia

Figura 11

Resultados de la característica de sentirse bien solo de la Escala de resiliencia en víctimas de violencia política registrados en la CMAN - Huánuco 2018



FUENTE: Administración de la Escala de Resiliencia Wagnild & Young, 1993.

ELABORACION: Propia

ANALISIS, en la tabla N° 33 y gráfico N° 1 de los 120 usuarios que equivale al 100% de los evaluados se observa que 50% presenta un nivel bajo en la característica de sentirse bien solo, mientras que el 28% presenta un nivel medio de satisfacción personal y un 22% del total presenta un nivel bajo de satisfacción personal.

INTERPRETACION, este resultado nos muestra que un 50% del total presenta un nivel bajo en la característica de sentirse bien solo, lo cual indica que la mayoría de los usuarios

evaluados recusa el significado de libertad y que somos únicos e importantes. Posiblemente el hecho de vivir experiencias insatisfactorias ha ocasionado que estas personas no muestran interés por relacionarse, lo cual está asociada con la tristeza. Muchas personas perdieron intempestivamente y de forma muy cruel a sus seres más queridos. Los procesos de duelo, en la mayoría de los casos, se han dado de manera alterada dada las condiciones de la muerte y de la imposibilidad de hacer rituales propios del luto. La tristeza por la ausencia del familiar perdido, la tensión por la falta de seguridad que el miedo no los deja sentir, la tensión que puede generar la rabia por la falta de justicia, etc. (CVR, 2003). Asimismo, la baja calidad de la educación formal, la cual impide el desarrollo de capacidades cognitivas, y la desnutrición, la cual dificulta el aprendizaje a causa del crecimiento retardado del cerebro (Organización de Estados Americanos, 2005). Rodríguez Rabanal (1990) menciona, además, que el tener que sobrevivir en condición de pobreza no permite elaborar psíquicamente la sobrecarga y que, por tanto, limita las posibilidades de creatividad, autonomía e iniciativa personal.

4.3. Discusión de los resultados

Los trastornos mentales según la CIE-10 (2004) presenta una diversidad de diagnósticos, cada uno de ellos con sus sintomatologías particulares, sin embargo, en la presente investigación solo estamos considerando cinco trastornos que son ansiedad, depresión, psicosis, trastorno convulsivo y alcoholismo.

Tomando en cuenta los resultados obtenidos con la evaluación del Cuestionario de Autoreporte de Síntomas Psiquiátricos (SRQ), podemos señalar que, del total de usuarios evaluados, se encontró que el trastorno mental más prevalente fue el trastorno ansioso – depresivo con un 60.0% de casos. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por la OMS (2017) quienes realizaron un estudio de la presencia de trastornos mentales en personas que viven en zonas de conflicto, donde los hallazgos reportan que la depresión, la ansiedad, son enfermedades mentales que afectan a más de una de cada cinco personas, alrededor del 22%,

viviendo en áreas de conflicto. Del mismo modo Ramírez, Hernández, Romero y Porras (2017) encontraron habitantes de Chengue, quienes vivieron el desplazamiento y sufrieron las consecuencias de manera notoria, altos índices de depresión (44,3%), trastornos de ansiedad (45%). De forma semejante a nivel nacional el INSM Honorio Delgado Hideyo Noguchi, (Kendall, Matos, Cabra; 2006), realizó intervenciones en los departamentos de Ayacucho, Apurímac y Huancavelica, donde se encontró que el 46% de ellas padecía de Depresión episódica y crónica, el 18% de Trastorno de ansiedad generalizada. Igualmente el Hospital Hermilio Valdizan, así como el INSM Cueva (2005), realizaron intervenciones en las víctimas de violencia política en los departamentos de Ayacucho, Huánuco, Junín y San Martín. Hallando que el 26% presentaba un trastorno depresivo, el 14% un trastorno de ansiedad. De igual forma Herrera López y Cruzado (2013) en una investigación en el Departamento de Huancavelica, en una muestra de 121 habitantes de la comunidad, mayores de 18 años, que vivieron en el lugar durante el periodo de violencia política. Se encontró que los más frecuentes fueron el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión.

En cuanto a la dimensión de psicosis, el 4.2% presentan casos de este trastorno, lo cual indica una tendencia a sentir mayor importancia de lo que piensan los otros, además de haber notado interferencias en su pensamiento, oyen voces sin saber de dónde provienen, además sienten que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma (Echeburúa y Corral, 2007, p. 373-387). Estos resultados muestran similitud con lo encontrado en el Hospital Hermilio Valdizan, así como el INSM Cueva (2005), se evidenció que el 5% víctimas de violencia política presentan trastorno de naturaleza psicótica. Asimismo, El INSM Honorio Delgado Hideyo Noguchi, (Kendall, Matos, Cabra; 2006), encontró que el 10% de víctimas de violencia política presentan trastorno psicótico. Sin embargo, existe una mayor prevalencia de este trastorno en Hewitt, *et al.* (2016) quienes realizaron una investigación en Colombia con víctimas de violencia política, se evidenció que el 85% de la muestra evaluada, entre hombres y mujeres,

presentó síntomas relacionados con psicoticismo, sentimientos que alguien quiere hacerle daño o herirlo.

En cuanto a la dimensión de trastorno convulsivo el 1.7% ha experimentado situaciones convulsivas alguna vez en su vida. La epilepsia es un trastorno intermitente del sistema nervioso debido a una descarga repentina, súbita y desordenada de las neuronas cerebrales. La descarga da lugar a una perturbación casi instantánea de la sensación, pérdida de la conciencia, afectación de la función psíquica, movimientos convulsivos o alguna combinación de lo anterior (Izquierdo, 2005).

En cuanto a la dimensión de alcoholismo, se evidenció que el 5.0 % son casos de este trastorno. Estos resultados se relacionan con lo encontrado por el Hospital Hermilio Valdizan, así como el INSM, Cueva (2005), encontró que el 6% de víctimas de violencia política sufría de alcoholismo. Asimismo, el INSM Honorio Delgado Hideyo Noguchi, (Kendall, Matos, Cabra; 2006), encontró que el 8% de las víctimas de violencia política presenta problemas de alcoholismo; de forma semejante Saavedra (2004) demostró que el departamento de Ayacucho es el más afectado. La prevalencia de trastornos psiquiátricos es notoriamente más alta en Ayacucho (50%) que, en el resto de los departamentos, en donde se encontró que el abuso de alcohol es 16% superando a los demás departamentos cuyas cifras no superan el 10%. Sin embargo, a nivel internacional esta cifra es mayor a diferencia de nuestro país, como lo indica Hewitt, *et al.* (2016), realizaron una investigación en Colombia con víctimas de violencia política, en los resultados se evidenció que el 34% consume alcohol.

Por otro lado, en cuanto al nivel de resiliencia, se encontró que el 53% presenta un nivel medio, siendo el nivel más predominante, en ello se evidencia indicadores de confianza en sí mismo, ecuanimidad, perseverancia y aceptación de uno mismo. De forma semejante Hewitt, *et al.* (2016), encontró que las estrategias de afrontamiento más empleadas son la religión y esperar que las cosas se arreglen solas. El nivel de resiliencia es moderado. Del mismo modo Flores (2007), halló siete factores de resiliencia: sistema familiar, educación, economía, ritos

(religión, duelo) trabajo, redes sociales y salud mental (sueños, área emocional, pérdida ambigua y manejo del tiempo), además, los factores de protección y de riesgo se presentan tanto en los familiares de desaparecidos como en los familiares de asesinados y el manejo de las crisis inesperadas, en todos sus pasos, dentro del sistema familiar, correspondió a las mujeres.

Esto puede explicarse con lo referido por Baró (1984) quien señala que la violencia y las violaciones a los derechos humanos pueden también generar cambios sorprendentemente positivos en las personas y comunidades, como el incremento de conductas de solidaridad o el surgimiento de recursos personales y comunitarios. La cercanía a la muerte puede modificar la perspectiva de la vida, revelar la importancia de ciertos aspectos de la misma y descubrir elementos positivos en uno mismo. Además el deseo de formarse académicamente, la independencia económica y la adquisición de vivienda propia son proyectos compartidos por el núcleo familiar que sumadas al pensamiento positivo y la espiritualidad actúan como promotores de resiliencia.

Mientras tanto el 26% presenta un nivel bajo, lo cual indica que estas personas tienen poca confianza en sí mismas, autonomía, determinación, perseverancia y ecuanimidad para resolver adecuadamente sus problemas; este resultado se relaciona con lo encontrado por Daza y Rojas (2014), encontró que, de 142 mujeres evaluadas, el 39.43 % presentan un nivel de resiliencia bajo. Asimismo, Dominguez (2018), encontró que el 40.5% de los adolescentes infractores del SOA-Huánuco presentan bajo nivel de resiliencia; el 20.3 presenta niveles inferiores al promedio de resiliencia; el 14.9% presenta niveles promedio de resiliencia, el 8.1 presenta niveles superiores al promedio y el 16.2% un alto nivel de resiliencia. Con relación a esto, (Grotberg, 2003) promueve otros factores para lograr la resiliencia como son: el yo tengo, yo soy, yo estoy y yo puedo; en el que explica que se pueden desarrollar estos factores de forma individual, pero si se presenta un problema se tienen que utilizar de manera integrada, lo que en algunas ocasiones no se logra dificultando así el desarrollo de los mismos.

Finalmente, el 22% presenta un nivel de resiliencia alto, es decir, que solo este porcentaje han logrado creer en sí mismos y sus capacidades, afrontando con buena actitud las adversidades de la vida y esperando un futuro positivo. Este resultado se relaciona con la investigación desarrollada por (Castillo y Palma, 2016) quienes encontraron que existe personas víctimas del conflicto armado que logran reconstruir sus vidas y desarrollar procesos resilientes. Las mujeres entrevistadas en esta investigación no manifiestan sentimientos de minusvalía ni autocompasión. Entienden la gran responsabilidad que les implica la crianza de sus hijos, para ellas, el esfuerzo realizado es en honor a los hijos, porque son después de la viudez, las únicas responsables de que ellos tengan una buena vida. Entienden que tienen una misión en la vida y actúan como tal. Enfrentarse con la muerte y aceptar a esta como algo inevitable, vivir los duelos y practicar los rituales propios de la cultura, son algunos de los paradigmas que influyen en la actitud de aceptación frente a su nuevo rol en la vida. Asimismo Villaorduña (2017), encontró que aplicando el programa “Conociéndome” se incrementó los factores personales de resiliencia en los estudiantes víctimas de maltrato infantil, por lo que se demuestra la efectividad del programa.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones:

En base a la investigación realizada podemos concluir lo siguiente:

- De todos los trastornos mentales abordados en la evaluación a las víctimas de violencia política; se ha encontrado que la ansiedad y depresión son aquellos trastornos con mayor prevalencia en la población estudiada; para ello se estima que, del total de la muestra, el 60% son casos de este trastorno en las víctimas de violencia política registradas en la C-MAN-Huánuco, 2018.
- Respecto a la dimensión de alcoholismo, se encontró que el 5.0 % son casos en relación a este trastorno en las víctimas de violencia política registradas en la C-MAN-Huánuco, 2018.
- En cuanto a la dimensión de psicosis, se halló que el 4.2% son casos, en las víctimas de violencia política registradas en la C-MAN-Huánuco, 2018
- En relación al trastorno convulsivo, se encontró que el 1.7% son casos, en las víctimas de violencia política registradas en la C-MAN-Huánuco, 2018
- Respecto al nivel de resiliencia, el 53% de las víctimas de violencia política presentan un nivel medio de resiliencia.
- Así mismo, de acuerdo al nivel de resiliencia, el 26% de las víctimas de violencia política presentan un nivel bajo de resiliencia.
- Así también, de acuerdo al nivel de resiliencia, el 22% de las víctimas de violencia política presentan un nivel alto de resiliencia.
- Por otro lado, en cuanto a la dimensión de ecuanimidad se pudo observar que el 47% de las víctimas de violencia política presenta un nivel de resiliencia bajo.
- En cuanto a la dimensión de perseverancia, se posicionó con un 51% correspondiente al nivel de resiliencia medio que poseen las víctimas de violencia política evaluados de la investigación.
- En cuanto a la dimensión confianza en sí mismo, se posicionó con un 52% correspondiente al nivel de resiliencia medio que poseen las víctimas de violencia política evaluados de la investigación.
- De igual manera en la dimensión satisfacción personal, se puede observar que el 41% presenta un nivel de resiliencia bajo.
- En la dimensión sentirse bien solo, se puede observar que un 50% los cuales presenta un nivel de resiliencia bajo.

5.2. Sugerencias y recomendaciones

Con el objetivo de poder contribuir en la lucha contra esta problemática de salud mental, se detallan las siguientes recomendaciones, de acuerdo a las experiencias encontradas en la elaboración del presente estudio

Ψ A LA UNHEVAL

- Incentivar a los alumnos a realizar más investigaciones respecto al tema, ya que, el tema de violencia política ha sido un suceso que al paso de los años seguimos viendo secuelas en quienes han sido víctimas.

Ψ A LOS INVESTIGADORES:

- Realizar estudios similares con diferentes muestras de los usuarios para poder ampliar la información obtenida considerando también otras variables sociodemográficas.

Ψ A LA C-MAN:

- Aumentar la actitud resiliente en los pacientes a través de un programa de intervención basado en las dimensiones principales de la resiliencia. Se ha demostrado en otras investigaciones que las víctimas de violencia con alto grado de resiliencia y capacidad de regular el afecto tenían unas actitudes más favorables para disminuir los traumas de la violencia que han vivido.
- Los programas de asistencia psicológica a la población víctima de violencia política, tienen que desarrollar una propuesta de atención especializada, donde se apliquen psicoterapias para aliviar el sufrimiento de estas personas que muchas veces a pesar que ya han transcurrido muchos años, continúan arrastrando muchos problemas y traumas de índole emocional y social, y de esta manera poder mejorar su Salud Mental.
- Se requiere capacitar, sensibilizar e incentivar de manera urgente a los operadores de salud y educación, quienes tratan directamente con los beneficiarios de las reparaciones. Por lo menos, el trato amable y cordial debe ser un distintivo en el tratamiento a las mujeres víctimas de la violencia.
- Los trabajadores y trabajadoras del Consejo de Reparaciones y la CMAN cuentan con una capacitación especial en temas de violencia y violación sexual;

pero no tienen un protocolo oficial de atención a las víctimas; si no que han implementado – por su cuenta – herramientas de acercamiento y de contención que dependen más de la sensibilidad que han desarrollado y de sus propias estrategias; por lo que la calidad de la atención que se brinda no es uniforme. Por otro lado, el Consejo de Reparaciones en nuestra ciudad tiene horarios y personal limitados.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of abnormal psychology*, 87, 49 – 74.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR (4° ED. TECTO REV.)*. Washington, DC: autor.
- Avensur, Aldana & Ballón. (sin fecha). Política concertada de salud mental para población afectada por violencia política en el Perú. Extraído el 18 de abril del 2007 de <http://www.ishhr.org/conference/articles/avensur.pdf>.
- Ignacio, M. (1984). *Guerra y Salud Mental*. San Salvador: Mimeo.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects*. Nueva York: Harper and Row.
- Benyakar, M. (2005). *Lo traumático, clínica y paradoja - Tomo I*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Benyakar, M (2005). *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Bell, V., Méndez, F., Martínez, C., Palma, P. P., & Bosch, M. (2012). Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones. *Journal Conflict and Health*, 6(1), 1-8. doi: 10.1186/1752-1505-6-10
- Bohman, M. (1978). Some genetics aspects of alcoholism and criminality: a population of adoptees. *Archives of general psychiatry*, 35, 269 – 276.
- Braverman, M. T. (2001). Applying resilience theory to the prevention of adolescent substance abuse. *Focus*, 7(2), 1 – 12.
- Caballo, V., Salazar, I., y Carrobbles, J. (2014). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*. 2° ed. Madrid – España. Ediciones pirámide.

- Canepa, M. (2002). Efectos de la violencia política. Documento de trabajo solicitado por la Comisión de La Verdad. Manuscrito no publicado.
- Castaño, G. Sierra, G. Sánchez D. Torres, Y. Salas, C. Buitrago, C. (2017). Trastornos mentales y consumo de drogas en la población víctima del conflicto armado en tres ciudades de Colombia. *Biomédica*, 38(3890), 77-92.
- Castello, J. (2000, febrero). Análisis del concepto de “Dependencia Emocional”. Ponencia presentada en el Primer Congreso Virtual de Psiquiatría. Extraído el 12 de mayo, 2007 de http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa6/conferencias/6_ci_a.htm.
- Castillo, A y Palma E. (2016). Resiliencia en mujeres viudas por el conflicto armado vinculadas a FUNVDA en Tumaco (tesis de maestría). Pontificia Universidad Javeriana, Santiago de Cali, Colombia.
- Cazau, P. (2006) Introducción a la investigación en Ciencias Sociales. Tercera Edición. Buenos Aires.
- Climent, C. E. y De Arango, M. V. (1983). Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria. Organización Panamericana de la Salud. Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares. N°1. Cali, Colombia.
- Comisión de la verdad y reconciliación. (2003). Informe final. Tomo I, Tomo VIII. Lima:
- Coderch, J. (1982). Psiquiatría dinámica. Barcelona: Herder.
- Colareta JR. Prevalencia de enfermedades psiquiátricas en una comunidad rural. Tesis para optar el título de médico cirujana, 1993,UPCH.
- Corral, P., Echeburúa, E. y Sarasua, B. (1989). Estrés postraumático en víctimas de violación. En E. Echeburúa. Estrés: problemática psicológica y vías de intervención (pp. 26-47). San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- Costa, M. & Raffo, M. (1998). Frente al espejo vacío: un acercamiento psicoterapéutico a la violencia política. Lima: Coordinadora nacional de derechos humanos.

- Cueva, G. (2005). Intervención en salud mental en víctimas de violencia política. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizan*, 6(2004), 23-32
- Daza, J. y Rojas, K. (2014). Nivel de Resiliencia en mujeres víctimas de violencia familiar atendidas en el juzgado de familia de la corte superior de justicia – Huánuco – 2013 (pp. 60 – 73).
- Dominguez, F. (2018). *Resiliencia en Adolescentes Infractores del Servicio de Orientación al Adolescente del Poder Judicial* (tesis de pregrado). Universidad Nacional Hermilio Valdizan, Huánuco, Perú.
- Dugas, M. J., Bhur, K. y Laudouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. En R. Heimberg, C, Turk y D. Mennin. Generalized anxiety disorders. Advances in research and practice. (pp. 143 – 163). Nueva York: Guilford.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2008). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B Sandín y F. Ramos. Manual de psicopatología (2º edición, vol. 2, pp.137-148). Madrid: McGraw-Hill.
- Echeburúa, E., Amor, P.J y Corral, P. (2005) Evaluación del trastorno de estrés postraumático. En V.E.Caballo, Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad (pp.489-505). Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. Paz, C. Amor, P. (2004). Evaluación del Daño Psicológico en las Víctimas de Delitos Violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 4, (2004), 227-244.
- Erikson, E. (1974). Identidad, Juventud y Crisis. Buenos Aires: Paidós.
- First, M. B., Frances, A. y Pincus, H. A. (2005). DSM-IV-TR: Guía de uso. Barcelona: Masson.
- Freud, S. (1917). Aflicción y melancolía. En Alianza Editorial (Eds.), El malestar en la cultura y otros ensayos (pp. 337–362). Madrid: Editores.

- Fritzen, S. (2003). *Relaciones humanas interpersonales: en las convivencias grupales y comunitarias*. Buenos Aires: Lumen.
- Flores, J. (2007). *Resiliencia en Familias Víctimas de Violencia Política en Ayacucho* (tesis inédita de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Galan, M. (2009). Las hipótesis en la investigación. Recuperado de: <http://manuelgalan.blogspot.com/2013/01/estudios-exploratorios-o-formulativos.html?m=1>
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de psicología*. Siglo XXI editores S.A de C.V. México.
- Gonzales de Rivera, J. L. y Monterrey, a. L. (2008). *Psicobiología de la depresión*. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos. *Manual de psicopatología* (vol.2, pp. 299-314). Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
- González, J. (2004). *Relaciones interpersonales*. México, D.F.: El Manual Moderno.
- Gonzalo, P. (2012). *Razones de Sangre*, Perú. 2013
- Gross J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of general psychology*, 2, 271 – 299.
- Grotberg, E. (2003). *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Grotberg, E. (2006). *¿Qué entendemos por resiliencia?, ¿cómo promoverla?, ¿cómo utilizarla?* En: E. Grotberg (Ed.), *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades* (pp. 17 – 57). Barcelona: Gedisa.
- Hanson, R.F., Kilpatrick, D.G., Falsetti, S.A. y Resnick, H.S. (1995). *Violent crime and mental health*. En J.R. Freedy y S.E. Hobfoll (Eds.). *Traumatic stress: From theory to practice*. New York. Plenum Press.
- Haro, J. M., Alonso, J., Pinto-Meza, A., Vilagut Saiz, G., Fernandez, A., Conody, M., Martinez, M., Domingo, A., Torres, J. V., Almansa, J., Ochoa, S. y Autonell, J. (2008). The

- epidemiology of mental disorders in the general population of Spain. Nueva York: Cambridge University.
- Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery*. Nueva York: Basic Books.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: Mc Graw-Hill.
- Herrera López y Cruzado, (2013). Estrés postraumático y comorbilidad asociada en víctimas de la violencia política de una comunidad campesina de Huancavelica, Perú. 2013. *Rev Neuropsiquiatr* 77 (3), 144-159.
- Hewitt, N., Juárez, F., Parada, A., Guerrero, J., Romero, Y., Salgado A., y Vargas, M. (2016). Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología*, 25(1), 125-140.
- Hewitt, N., Gantiva, C., Vera, A., Cuervo M., Hernández, N., Juárez, F y Parada, A. (2014). Afectaciones psicológicas de niños y adolescentes expuestos al conflicto armado en una zona rural de Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 79-89.
- Izquierdo, A. (2005). Crisis convulsivas. Concepto, clasificación y etiología. Servicio de neurología. Hospital universitario de Guadalajara, 17, 68-73.
- Jafe, J. H. (1988). Drug addiction and drug abuse. En A. S. Gilman. L. S. Goodman, T. W. Rall y F. Murad. *The pharmacological basis of therapeutics* (pp. 523 – 581). Nueva York: MacMillan.
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concep of alcoholism*. New Haven: Hillhouse.
- Kay, S. R. (1990). Positive-negative assessment in schizophrenia: psychometric issues and scale comparison. *Psychiatric Quarterly*, 61, 163 – 168.
- Keller, M. (1960). Definition of alcoholism. *Quarterly journal of studies on alcohol*, 21, 125 – 134.

- Kendall, R.; Matos, L.; Cabra, M. (2006). Salud mental en el Perú, luego de la violencia política: Intervenciones itinerantes [Versión electrónica]. Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 67(2), 184-190.
- Kerlinger, F. (2002). Investigación del comportamiento. México, D.F.: Mc Graw-Hill
- Kessler, R. C. y Üstün. T. B. (2008). The WHO mental health surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders. Nueva York: Cambridge University.
- King, M., Nazareth I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., Bellón-Saameño, J.A., Moreno, B., Svab, I., Rotar, D., Rifel, J., Maaros, H. I., Aluoja, A., Kalda, R., Neeleman, J., Geerlings, M. I., Xavier, M., Caldas de Almeida, M., Correa, B. y Torres-González, f. (2008). Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. The British Journal of psychiatry, 192, 362 – 367.
- King, M., Weich, S., Torres, F., Svab, I., Maaros, H. I., Neeleman, J., Xavier, M., Morris, R., Walker, C., Bello, J. A., Moreno, B., Rotar, D., Rifel, J., Aluoja, A., Kalda, R., Geerlings, M. I., Carraca, I., Caldas de Almeida, M., Vicente, B., Saldivio, S., Rioseco, P. y Nazareth I. (2006). Prediction of depression in European general practice attendees: the PREDICT study. BMC, Public Health, 6, 6.
- Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E., Amick-McMullan, A., Best, C.L., Veronen, L.J. y Jesnick, H.S. (1989). Victim and crime factors associated with the development of crime-related PTSD. *Behavior Therapy*, 20, 199-214.
- Kristal de Burstein, R. (2003). Desplegando las alas, abriendo caminos: sobre las huellas de la violencia. Lima: Centro de atención psicosocial.
- Lieb, R., Becker, E. y Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 445 – 452.

- Londoño, A., Romero, P., & Casas, G. (2012). The association between armed conflict, violence, and mental health: A cross sectional study comparing two populations in Cundinamarca department, Colombia. *Journal of Conflict and Health*, 6(12), 1-6.
- Londoño, N. H., Muñiz, O., Correa, J. E., Patiño, C., Jaramillo, G., Raigoza, J.,... Rojas, C. (2005). Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 493-505.
- Lösel, F. (1994). La resiliencia en el niño y el adolescente. *Revista La infancia en el mundo*, (pp, 8-11).
- Lopez-Ibor, J. y M. Valdés (Eds.) (2002). DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y estadístico de Trastornos Mentales. Texto Revisado. Barcelona: Masson.
- Manciaux, M. (2003). La reconstrucción de los adolescentes: el concepto de resiliencia. Vol. 58. Ediciones científicas y médicas Elsevier SAS.
- Menin, D. s., Heimberg, R. G., Turk, C. L. y Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281 – 1310.
- MINSA. (2015). Guía de práctica clínica de epilepsia. Lima – Perú, p. 6.
- Montorio, I., Nuevo, R., Márquez, M., Izal, M. y Losada, A. (2003). Characterization of worry according to severity of anxiety in elderly living in the community. *Aging and mental health*, 7, 334 – 341.
- Oltmans, T. F. y Maher, B. A. (1988). *Delusional beliefs*. Nueva York: Wiley.
- Organización Mundial de la Salud (2004). ¿Qué es la salud mental? En promoción de la salud mental. Conceptos. Evidencia Emergente – Práctica. Informe compendiado. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización mundial de la Salud. Ginebra p. 16-19.

- Organización Mundial de la Salud. Los trastornos mentales. Nota descriptiva No. 396; Octubre 2014.
- Oyague, M. (2003). Efectos de la violencia en la vida personal y familiar. Páginas, 28, 46-56.
- Pedersen, D, Gamarra, J., Planas, M., Errázuriz, C (2001) Violencia Política y salud en las comunidades alto andinas de Ayacucho, Perú. En La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Universidad Cayetano Heredia (2003) 1° ed. Pag. 289-307 Lima, Perú.
- Perales A., Sogi C., Sánchez E., Salas R.E. (1995) Salud Mental de una población urbano-marginal de Lima., en Serie: Monografías de Investigación No2. INSM Honorio delgado- Hideyo Noguchi”, Lima Perú.
- Perris, C. (1987). Towards an integrating theory of depression focusing on the concept of vulnerability. *Integrative psychiatry*, 5, 27-32.
- Pita, S., Pértegas, S. y Valdés, F. (2004). Investigación: Medidas de frecuencia de enfermedad: incidencia y prevalencia. Unidad de epidemiología clínica y bioestadística. Complejo hospitalario – Universitario Juan Canalejo. A Coruña – España.
- Ramírez, A., Hernández, O., Romero, K y Porras, E (2017). Estado de salud mental de personas víctimas del conflicto armado en Chenque. *Psicología desde el Caribe*, 34 (1)
- Rivera, Y., Chávez, E. y Chávez, E. (2011). Prevalencia de Trastornos Mentales en alumnos ingresantes a la Universidad Nacional “Hermilio Valdizán - 2011” Manuscrito inédito. EAP Psicología, Universidad Nacional Hermilio Valdizán, Huánuco, Perú.
- Rojas, M. J. (s,f). Factores de riesgo y protectores identificados en adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas. Revisión y análisis del estado actual. Servicio Lugar de Escucha, CEDRO. (pp. 68).

- Rutter, M. (1992). A conceptual model of interventions based on an understanding of risk and protective factors. In: WHO/OPS. Supporting youth in a time of social change. WHO, Ginebra.
- Saavedra, J. (2004). Situación de la salud mental en el Perú. Extraído el 29 de Agosto del 2007 de <http://www.minsa.gob.pe/INSMHDHN/situacionsm.htm>.
- Santisteban, F. (2003). La violencia política y sus huellas en el psiquismo de los peruanos. Manuscrito no publicado.
- Salgado, C. (2012). Medición de la resiliencia en Adolescentes y Adultos. *Témat. Psicol.* 8(1). UNIFÉ. (pp. 24).
- Sánchez, H. y Reyes, C. (1998). Metodología de diseños en la investigación científica. Segunda edición. Editorial Mantaro – Lima.
- Sarason, I. G. y Sarason, B. R. (2006). Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada (11^o ed.). New Jersey, NJ: Prentice – Hall.
- Seligman, M. (1981). Indefensión. Madrid: Debate (original. 1975).
- Selltiz, C., Jahoda, M., Deutsch, M., Cook, S.W. (s.f) Métodos de investigación en las relaciones sociales. Tercera edición. Ediciones Rialp, S.A. Madrid – México - Buenos Aires - Pamplona. (p. 70).
- Stockwell, T., Smail, P., Hodgson, R. y Canter, S. (1984). Dependencia del alcohol y estados de ansiedad fóbica I. Un estudio de prevalencia.
- Theidon, K. (2004). Entre prójimos. El conflicto armado interno y la política de reconciliación en el Perú. Lima: IEP
- Universidad Carlos Bausate y Meza (2016) Metodología de la Investigación Científica. Perú.
- Villaorduña, B.(2017). *Efecto del Pr2016ograma Conociendome en los factores personales de Resiliencia en Niños y Niñas Víctimas de Maltrato Infantil* (tesis de pregrado). Universidad Nacional Hermilio Valdizan. Huánuco. Peru.

- Viñar, M. & Viñar, M. (1993) Fracturas de memoria. Crónicas de una memoria por venir [Versión electrónica]. Montevideo: Ediciones Trilce.
- Vanistendael, Stefan. Cómo crecer superando los percances. Resiliencia: capitalizar las fuerzas del individuo. Colección Cuadernos del BICE - Oficina Internacional Católica de la Infancia. Ginebra, 1995.
- Vera, R. (s.f). Diccionario de psicología. Vértices Psicólogos – Madrid.
- Veliz J. (1998) Anales de Salud Mental. XIV: 85-102.
- Wagnild, G. & Young, H. (1993). Escala de Resiliencia (ER). Estados Unidos.
- Walsh, F. (2004). Resiliencia Familiar: Estrategias para su fortalecimiento – Buenos aires: Amorrortu Editores.
- Wells, A. (1995). Meta – cognition and worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder. Behavioural and cognitive psychotherapy, 23, 301 – 320.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. Clinical psychology and psychotherapy, 6, 86 – 95.
- Wells, A. (2006). The metacognitive model of worry and generalized anxiety disorder. En G. C. L. Davey y A, Wells, Worry and its psychological disorders. Theory, assessment and treatment (pp. 179 – 199).
- Zubin, J. y Spring, B. J. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia: Journal of abnormal Psychology, 86, 103 – 126.

ANEXOS

ANEXO 1
MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	DIMENSIONES E INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	METODOLOGÍA
¿Cuál es la prevalencia de trastornos mentales y el nivel de Resiliencia en las víctimas de violencia política registradas en la C-MAN HUÁNUCO-2018?	<p>GENERAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Conocer la prevalencia de trastornos mentales y el nivel de resiliencia en las víctimas de violencia política registradas en el C-MAN, HUÁNUCO-2018. <p>ESPECIFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Identificar los trastornos mentales que prevalecen en las personas víctimas de violencia política registradas en la C-MAN con el Cuestionario de Auto reporte (SRQ-18) ✚ Identificar el nivel de resiliencia que prevalece en las personas víctimas de violencia política registradas en la C-MAN con la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild & Young. ✚ Conocer las características del nivel de resiliencia en las personas víctimas de violencia política registradas en la C-MAN HUÁNUCO – 2018? 	<p>VV.II:</p> <p>1. Trastornos mentales (según el SRQ-18).</p> <p>2. Resiliencia.</p> <p>3. Violencia Política.</p>	<p>1. Trastornos mentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión-ansiedad • Esquizofrenia • Alcoholismo. • Convulsiones <p>2. Resiliencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confianza en sí mismo. • Ecuanimidad. • Perseverancia. • Satisfacción personal. • Sentirse bien solo. <p>1. Violencia Política.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gran escala <ul style="list-style-type: none"> ✓ Revueltas y violencia callejera. ✓ Rebelión armada o resistencia. ✓ Revolución o contrarrevolución. ✓ Terrorismo o represión. ✓ Guerra Civil. ✓ Guerra limitada. ✓ Guerra nuclear. • Pequeña escala <ul style="list-style-type: none"> ✓ Actos aislados de sabotaje. ✓ Intento aislado de asesinato. ✓ Guerra de clases. ✓ Terrorismo político. ✓ Guerrilla local. ✓ Terrorismo transnacional e internacional. ✓ Incursiones. 	<p>TÉCNICAS</p> <p>Fichaje psicometría</p>	<p>NIVEL: EXPLORATORIO</p> <p>TIPO: CUALITATIVO</p>
				<p>INSTRUMENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Auto Reporte SRQ-18. • Escala de Resiliencia (ER). <p>Ficha textual Ficha mixta</p>	<p style="text-align: center;">DISEÑO DE INVESTIGACION.</p> <p style="text-align: center;">Descriptivo simple</p> <p style="text-align: center;">M O</p> <p>DONDE: M: Una muestra O: Una observación o medición de una variable directa.</p>

ANEXO 02

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por _____, de la Universidad _____. La meta de este estudio es _____

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar dos encuestas, esto tomará aproximadamente _____ minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es _____.

Me han indicado también que tendré que responder dos cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al teléfono anteriormente mencionado.

Fecha

Nombre y firma del participante.

(en letras de imprenta)

ANEXO 03
ESCALA DE RESILIENCIA

Por favor, lea las declaraciones siguientes. Usted encontrará 7 números que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). Marque el número que mejor indica sus sentimientos sobre esa declaración. Por ejemplo, si usted está totalmente en desacuerdo con una declaración marque 1. Si usted es neutral, marque 4, y si usted está de acuerdo fuertemente, marque 7.

DECLARACIONES	Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo (2)	Un poco en desacuerdo (3)	Neutral (4)	Un poco de acuerdo (5)	Muy de acuerdo (6)	Totalmente de acuerdo (7)
1. Cuando hago planes, los llevo a cabo hasta el final.							
2. Usualmente manejo los problemas del mismo modo.							
3. Soy capaz de hacer las cosas por mí mismo, sin depender de los demás.							
4. Mantengo el interés en aquellas cosas importantes para mí.							
5. Me basto a mí mismo si lo creo necesario							
6. Siento orgullo de haber logrado cosas en mi vida.							
7. Acostumbro a tomar las cosas sin mucha preocupación.							
8. Soy amigable conmigo mismo.							
9. Siento que puedo manejar varias cosas a la vez.							
10. Soy decidido.							
11. Rara vez me pregunto sobre el objetivo de las cosas.							
12. Acostumbro hacer una sola cosa a la vez.							
13. He podido atravesar situaciones difíciles, porque he experimentado dificultades antes.							
14. Soy autodisciplinado.							
15. Mantengo interés por las cosas.							
16. Usualmente encuentro cosas de que reírme.							
17. La confianza en mí mismo me permite pasar los tiempos difíciles.							
18. En una emergencia, soy alguien en quien las personas pueden confiar.							
19. Usualmente puedo ver una situación desde varios puntos de vista.							
20. A veces yo hago cosas, quiera o no.							
21. Mi vida tiene sentido.							
22. No insisto en cosas en las que no puedo hacer nada al respecto.							
23. Cuando estoy en una situación difícil, generalmente encuentro una salida.							
24. Generalmente tengo energía para hacer aquello que tengo que hacer.							
25. Me siento cómodo si hay gente que no me agrada.							

“NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS O MALAS”

ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD & YOUNG**FICHA TÉCNICA**

- ✓ Nombre : Escala de Resiliencia.
- ✓ Autores : Gail M. Wagnild & Heather M. Young, 1993.
- ✓ Objetivo : Identificar el grado de resiliencia individual, considerado como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo.
- ✓ Procedencia : Estados Unidos.
- ✓ Adaptación peruana : Mónica del Águila (2003).
- ✓ Administración : Individual o colectiva.
- ✓ Duración : Aproximadamente de 25 a 30 minutos.
- ✓ Aplicación : Para adolescentes y adultos.
- ✓ Significación : La Escala evalúa las siguientes dimensiones de la resiliencia: Ecuanimidad, Sentirse bien solo, Confianza en sí mismo, Perseverancia, y Satisfacción. Asimismo, considera una Escala Total.

ANEXO 04

CUESTIONARIO DE AUTOREPORTAJE DE SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS PARA ADULTOS (SRO)

Nombre de la persona que responde la encuesta:

Documento de identidad:

Lugar de Procedencia:

Dirección:

Fecha nacimiento: Edad: Sexo: M

Discapacidad..... Estado civil:

Religión:.....Escolaridad: Teléfono:.....

LEY DE VÍCTIMAS (1448) 1: HOMICIDIOS 2: SECUESTRO 3: Desaparición Forzada → 4: TORTURA → 5: Delitos contra la Libertad Sexual → 6: Mina Antipersonal → 7: Reclutamiento ilegal de menores → 8: Actos de terrorismo y Actos de Barbarie → 9: Usurpación o Despojo de Tierras → 10: Desplazamiento Forzado → 11: Masacres → 12: Lesiones personales y tratos Inhumanos y degradantes → 13: Detención Arbitraria y violación deldebido proceso → 14: destrucción de bienes culturales y lugares de culto → *Marque una opción (Sí o No) en cada pregunta*

1. ¿Tiene frecuentes dolores de cabeza?

Sí No

2. ¿Tiene inadecuado apetito (poco o mucho)?

Sí No

3. ¿Duerme mal (poco o mucho sueño)?

Sí No

4. ¿Se asusta con facilidad?

Sí No

5. ¿Le tiemblan las manos?

Sí No

6. ¿Se siente nervioso o tenso?

Sí No

7. ¿Tiene problemas digestivos?

Sí No

8. ¿Es incapaz de pensar con claridad?

Sí No

9. ¿Se siente triste?

Sí No

10. ¿Llora Ud. con mucha frecuencia?

Sí No

11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?

Sí No

12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?

Sí No

13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?

<p style="text-align: center;">Sí O No O</p> <p>14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en la vida? Sí O No O</p> <p>15. ¿Ha perdido interés en las cosas? Sí O No O</p> <p>16. ¿Se siente aburrido? Sí O No O</p> <p>17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? Sí O No O</p> <p>18. ¿Se siente cansado todo el tiempo? Sí O No O</p>
<p>19. ¿Siente Ud., con frecuencia, que alguien trata de hacerle daño? Sí O No O</p> <p>20. ¿Es Ud. una persona mucho más importante y maravillosa de lo que piensan los demás? Sí O No O</p> <p>21. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento? Sí O No O</p> <p>22. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír? Sí O No O</p>
<p>23. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos incontrolables en brazos, piernas o en todo el cuerpo; con mordedura de la lengua; con o sin pérdida del conocimiento? Sí O No O</p>
<p>24. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote, que Ud. estaba bebiendo o tomando demasiado? Sí O No O</p> <p>25. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber o tomar, pero no ha podido? Sí O No O</p> <p>26. ¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio a causa de la bebida? Sí O No O</p> <p>27. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho? Sí O No O</p> <p>28. ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado? Sí O No O</p>

“GRACIAS”

CUESTIONARIO DE AUTO REPORTE DE SÍNTOMAS (SRQ-18)**FICHA TÉCNICA**

- ✓ Nombre : Self Reporting Questionnaire SRQ
- ✓ Autores : Organización Mundial de la Salud (OMS).
- ✓ Objetivo : Permite la identificación rápida y simplificada de los pacientes que requieren atención y en qué nivel de atención.
- ✓ Adaptación peruana : Véliz, J. (1996).
- ✓ Administración : Individual.
- ✓ Duración : Aproximadamente 15 minutos.
- ✓ Aplicación : Para adolescentes y adultos.

