

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**“CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE
CON ESTRÉS CRÓNICO (SÍNDROME DE ULISES) EN
PERSONAL MILITAR DE TROPA EN EL CUARTEL MARIANO
BUSTAMANTE DE AREQUIPA”**

Tesis presentada por:

IVONNE VANESSA LIZ PALOMINO QUISPE

Para obtener el Título de

MÉDICO CIRUJANO

Arequipa - Perú

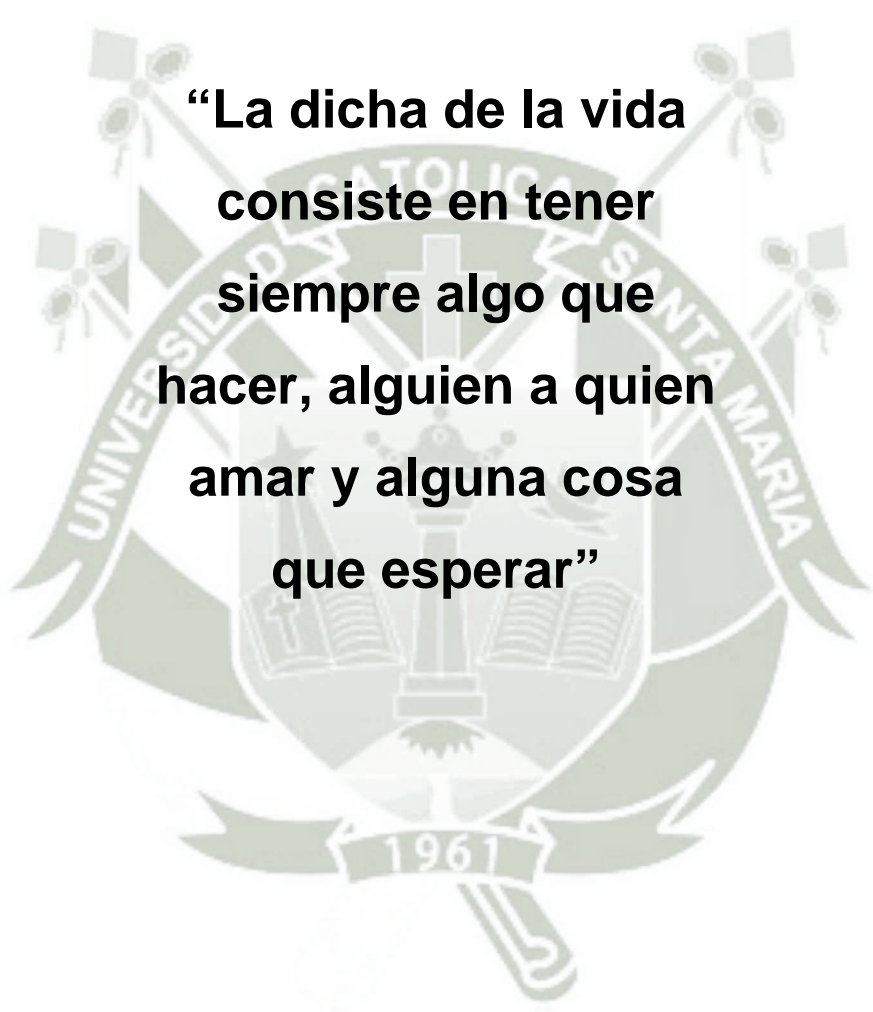
2013

DEDICATORIA

A Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mi hermana por estar siempre presente, acompañándome para poderme realizar.



**“La dicha de la vida
consiste en tener
siempre algo que
hacer, alguien a quien
amar y alguna cosa
que esperar”**

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	III
ABSTRACT	IV
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS	3
CAPÍTULO II: RESULTADOS	7
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	30
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS	37
BIBLIOGRAFÍA	40
ANEXOS	42
Anexo 1: Consentimiento informado	43
Anexo 2: Ficha de recolección de datos	44
Anexo 2: Proyecto de Investigación	

RESUMEN

Antecedente: La migración “forzada” de personal militar en servicio fuera de su lugar de origen puede traer consecuencias negativas en la salud mental.

Objetivo: Identificar la frecuencia y las características del personal militar que presenta síndrome de Ulises en el cuartel Mariano Bustamante de Arequipa.

Métodos: Encuesta a una muestra de 175 soldados del personal de tropa del Cuartel Bustamante de la ciudad de Arequipa, aplicando una ficha de datos y un cuestionario de síntomas de depresión, ansiedad y somatización. Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva.

Resultados: La edad promedio de los soldados fue de 20,73 años. El 29,14% de casos procedía del departamento de Puno, 27,43% provenía de Cusco, 16,57% de Madre de Dios, y 13,71% de Abancay. La ocupación previa al servicio en 41,71% era obrero, un 36,57% no tenía ocupación. Un 30,29% manifestó no tener carga familiar, mientras que 58,29% tenía que contribuir al sostenimiento de sus padres, un 14,29% a sus esposas, y en 1,14% al mantenimiento de sus hijos. Entre los síntomas depresivos referidos por los soldados, 98,29% refiere haber sentido tristeza, 70,29% se siente culpable, y 67,43% tiene ganas de llorar. Entre los síntomas de ansiedad, 86,29% de soldados se siente preocupado, y 74,29% tiene dificultades para dormir. Entre los síntomas de somatización, el 85,14% de casos refiere dolor de cabeza, 74,29% tiene problemas estomacales, 69,71% no tiene apetito. El 69,71% de soldados provenientes de lugares lejanos manifiesta 8 o más síntomas de los 14 listados.

Conclusión: Los síntomas de ansiedad, depresión y somatización asociados a la migración forzada se presentan en elevada frecuencia en soldados del cuartel Mariano Bustamante de Arequipa.

PALABRAS CLAVE: migración – síndrome de Ulises – depresión – ansiedad – somatización.

ABSTRACT

Background: Migration "forced" to military personnel serving outside their home may have negative consequences on mental health.

Objective: To identify the frequency and characteristics of military personnel Ulysses syndrome presents in the barracks Mariano Bustamante of Arequipa.

Methods: Survey of a sample of 175 soldiers enlisted personnel of the Headquarters Bustamante of the city of Arequipa, applying a data sheet and a questionnaire of symptoms of depression, anxiety and somatization. Results are shown using descriptive statistics.

Results: The average age of the soldiers was 20.73 years. The 29.14% of cases came from the department of Puno; Cusco was from 27.43%, 16.57% of the Mother of God, and 13.71% of Abancay. The pre-service occupation in labor was 41.71%, a 36.57 had no occupation. A 30.29% reported having no family burden, while 58.29% had to help support his parents, 14.29% to their wives, and 1.14% in the maintenance of their children. Between depressive symptoms reported by soldiers, 98.29% reported having felt sadness, 70.29% feel guilty, and 67.43% wants to mourn. Symptoms of anxiety, 86.29% of soldiers is concerned, and 74.29% have trouble sleeping. Symptoms of somatization, 85.14% of cases refers headaches, stomach problems 74.29%, 69.71% have no appetite. The 69.71% of soldiers from faraway places or more symptoms manifest August 14 listings.

Conclusion: The symptoms of anxiety, depression and somatization associated with forced migration occur in high frequency in the barracks soldiers Mariano Bustamante of Arequipa.

KEYWORDS: Migration - Ulysses syndrome - depression - anxiety - somatization.

INTRODUCCIÓN

Es cada vez más frecuente el observar personas migrantes que por diversos motivos como trabajo, violencia o por estudios dejan sus lugares de nacimiento para buscar mejores oportunidades de vida. Desde la década de los 80 en el Perú este proceso de migración ha continuado, ya no impulsado por el terrorismo, sino por la búsqueda de oportunidades de desarrollo.

Se da el caso inclusive de la migración de nuestros jóvenes a distintos países, en otros hemisferios, durante sus vacaciones para buscar oportunidades de mejora para luego retomar sus estudios o actividades.

En el ámbito militar, la búsqueda de oportunidades de desarrollo de una carrera en el ejército o la necesidad o deseo de realizar el servicio militar hace que muchos jóvenes se unan al ejército y sean desplazados a lugares distantes de su lugar de nacimiento. Esta forma “forzada” de migración puede traer consecuencias negativas en la salud mental de los reclutas.

Dado que el personal militar en actividad, incluso el de tropa, se ve enfrentado a situaciones estresantes por la naturaleza misma de su labor, la adición de un trastorno mixto y crónico de adaptación, de estrés o de depresión pueden complicar su estado de salud mental e influir negativamente en su desempeño, más aun considerando que es personal que maneja armamento y se enfrenta a situaciones de riesgo.

Por tal motivo surge el interés en el tema, y dada la falta de estudios relacionados a los trastornos de salud mental en personas migrantes que

realizan servicio militar, aportaremos importante información acerca del tema.



CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizó consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal
- Programas de procesamiento de textos y de análisis estadístico.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el cuartel Mariano Bustamante de la ciudad de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma coyuntural durante el mes de febrero 2013.

2.3. **Unidades de estudio:** Personal militar de tropa del cuartel Mariano Bustamante de Arequipa.

Población: Todo el personal militar de tropa del cuartel Mariano Bustamante de Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: se estudió una muestra intencional entre los integrantes de la población de que cumplieron con los criterios de selección.

Criterios de selección:

• **Criterios de Inclusión**

- Personal de tropa con al menos 6 meses de permanencia.
- Procedente de lugares fuera de la provincia de Arequipa.
- Participación voluntaria en el estudio.

• **Criterios de Exclusión**

- Fichas de investigación incompletas o mal llenadas
- Personal que se encuentre de licencia o de franco.

3. **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

4. **Nivel de investigación:** Según Altman se trata de un estudio observacional prospectivo y transversal.

5. Estrategia de Recolección de datos

5.1. Organización

Se realizaron coordinaciones con la comandancia general del Ejército para solicitar autorización para realizar el estudio.

Se contactó con el personal de tropa cuando se encontraban reunidos

para realizar una charla motivacional acerca del impacto del alejamiento de su entorno en la salud mental y lograr la participación en el estudio. Se aplicó un cuestionario que contenía preguntas sobre datos epidemiológicos y acerca de sus síntomas depresivos, ansiosos y de somatización. Posteriormente se procesaron las encuestas para su análisis estadístico.

5.2. Validación de los instrumentos

Se elaboró un cuestionario de síntomas basado en la revisión bibliográfica y en los criterios del DSM IV TR y fue validado por experto (tutor) para su aplicación en la población.

La confiabilidad calculada por el test de Cronbach fue adecuada (alfa = 0,76), con correlación pre-test / pos test elevada ($r > 0,90$).

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.19.0



**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO
(SÍNDROME DE ULISES) EN PERSONAL MILITAR DE TROPA EN EL CUARTEL MARIANO
BUSTAMANTE DE AREQUIPA**

Tabla 1

Distribución del personal militar foráneo según edad

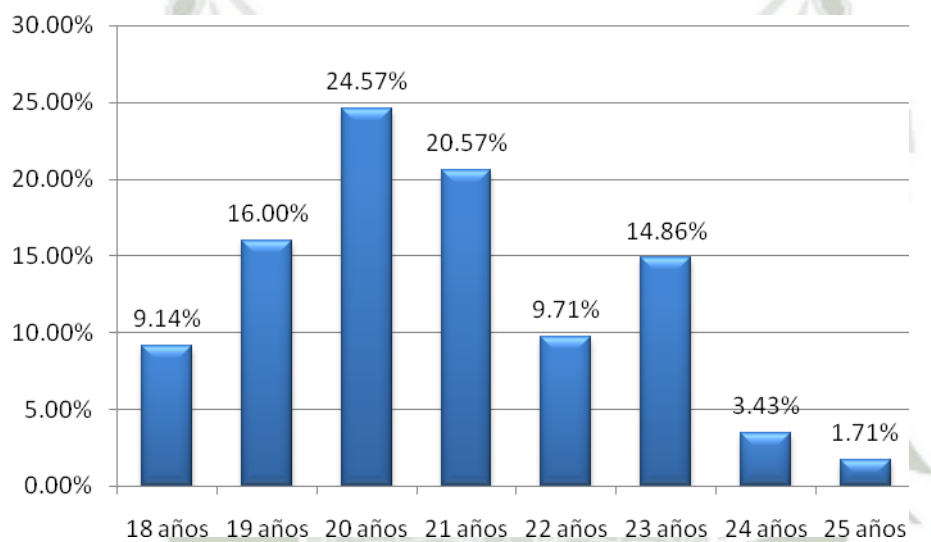
	N°	%
18 años	16	9,14%
19 años	28	16,00%
20 años	43	24,57%
21 años	36	20,57%
22 años	17	9,71%
23 años	26	14,86%
24 años	6	3,43%
25 años	3	1,71%
Total	175	100,00%

La Tabla N°. 1 y Gráfico N°.1, muestra que según la edad el 45,14% del total tuvo entre 20 y 21 años, con una edad promedio de 20,73 años, y edades que fueron entre los 18 y los 25 años.

**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO
(SÍNDROME DE ULISES) EN PERSONAL MILITAR DE TROPA EN EL CUARTEL MARIANO
BUSTAMANTE DE AREQUIPA**

Gráfico 1

Distribución del personal militar foráneo según edad



Edad promedio \pm D. estándar: 20,72 \pm 1,71 años

**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO
(SÍNDROME DE ULISES) EN PERSONAL MILITAR DE TROPA EN EL CUARTEL MARIANO
BUSTAMANTE DE AREQUIPA**

Tabla 2

Distribución del personal militar según procedencia

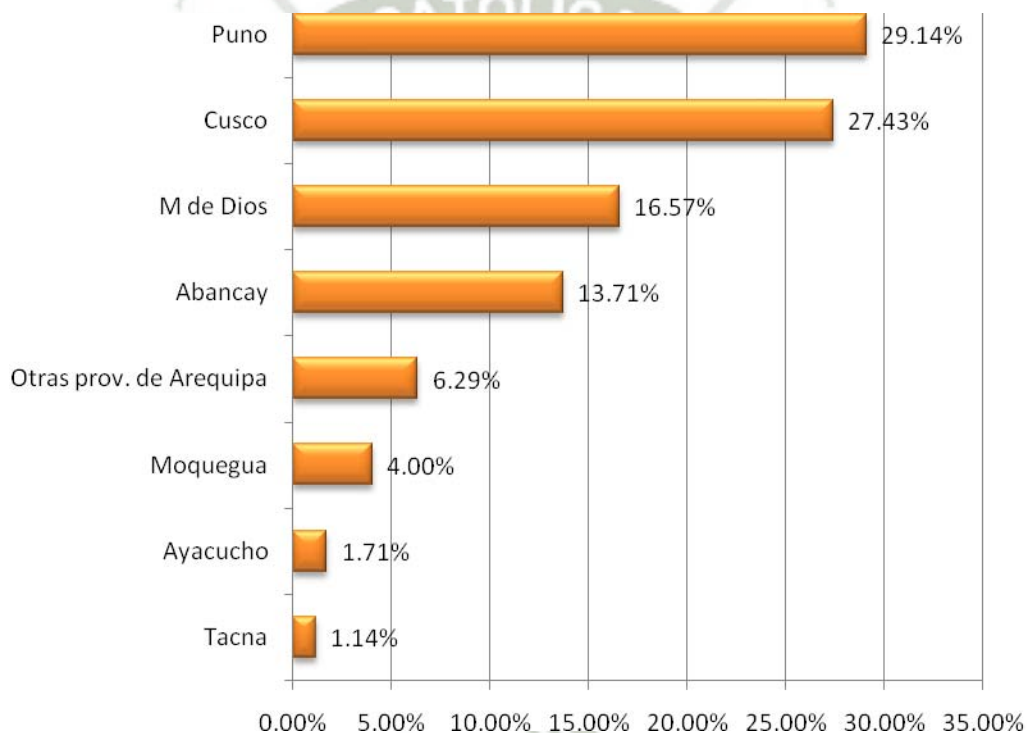
	N°	%
Puno	51	29,14%
Cusco	48	27,43%
M de Dios	29	16,57%
Abancay	24	13,71%
Otras prov. de Arequipa	11	6,29%
Moquegua	7	4,00%
Ayacucho	3	1,71%
Tacna	2	1,14%
Total	175	100,00%

La Tabla N°. 2 y Gráfico N°. 2, muestra el 9,14% procedía del departamento de Puno, 27,43% provenía de Cusco, 16,57% de Madre de Dios, y 13,71% de Abancay. En menor proporción se tuvo a soldados de otras provincias de Arequipa (6,29%), de Moquegua (4%), o de Ayacucho (1,71%) y Tacna (1,14%).

**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO
(SÍNDROME DE ULISES) EN PERSONAL MILITAR DE TROPA EN EL CUARTEL MARIANO
BUSTAMANTE DE AREQUIPA**

Gráfico 2

Distribución del personal militar según procedencia



**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO
(SÍNDROME DE ULISES) EN PERSONAL MILITAR DE TROPA EN EL CUARTEL MARIANO
BUSTAMANTE DE AREQUIPA**

Tabla 3

Distribución del personal militar foráneo según nivel de instrucción

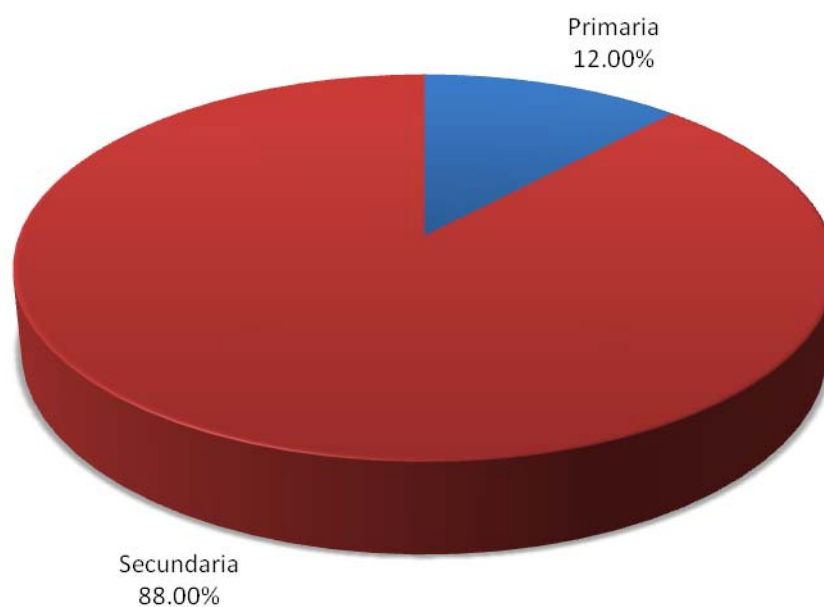
	N°	%
Primaria	21	12,00%
Secundaria	154	88,00%
Total	175	100,00%

La Tabla N°. 3 y Gráfico N°.3, según el nivel de instrucción muestra que el 88% contaban con instrucción secundaria y el 12% restante con instrucción primaria.

**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO
(SÍNDROME DE ULISES) EN PERSONAL MILITAR DE TROPA EN EL CUARTEL MARIANO
BUSTAMANTE DE AREQUIPA**

Gráfico 3

Distribución del personal militar foráneo según nivel de instrucción



**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO
(SÍNDROME DE ULISES) EN PERSONAL MILITAR DE TROPA EN EL CUARTEL MARIANO
BUSTAMANTE DE AREQUIPA**

Tabla 4

**Distribución del personal militar foráneo según ocupación previa al
servicio militar**

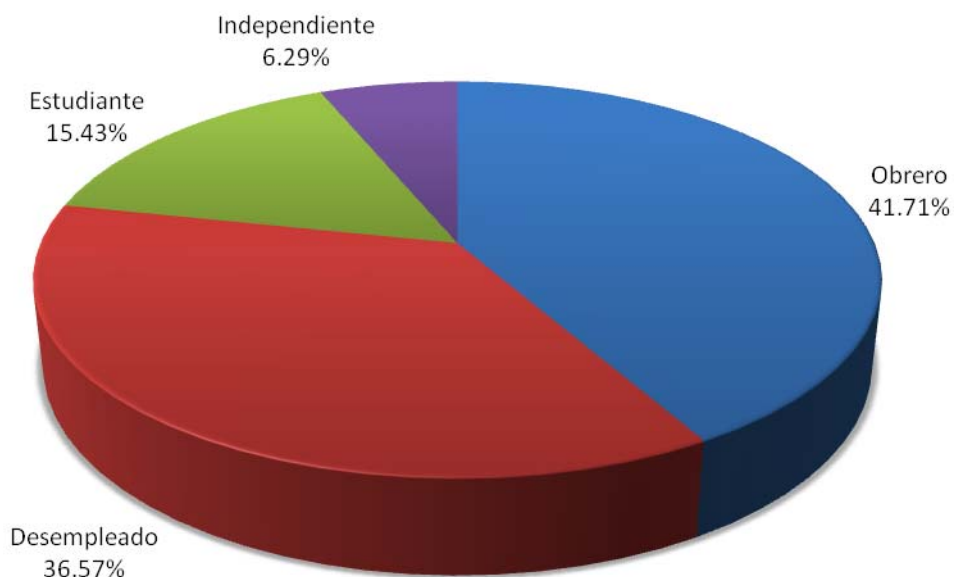
	N°	%
Obrero	73	41,71%
Desempleado	64	36,57%
Estudiante	27	15,43%
Independiente	11	6,29%
Total	175	100,00%

La Tabla N°. 4 y Gráfico N°.4, nos muestra que el 41,71% era obrero, un 36,57 no tenía ocupación, un 15,43% eran estudiantes, y 6,29% tenían ocupaciones independientes.

**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO
(SÍNDROME DE ULISES) EN PERSONAL MILITAR DE TROPA EN EL CUARTEL MARIANO
BUSTAMANTE DE AREQUIPA**

Gráfico 4

**Distribución del personal militar foráneo según ocupación previa al
servicio militar**



**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO
(SÍNDROME DE ULISES) EN PERSONAL MILITAR DE TROPA EN EL CUARTEL MARIANO
BUSTAMANTE DE AREQUIPA**

Tabla 5

Distribución del personal militar foráneo según estado civil

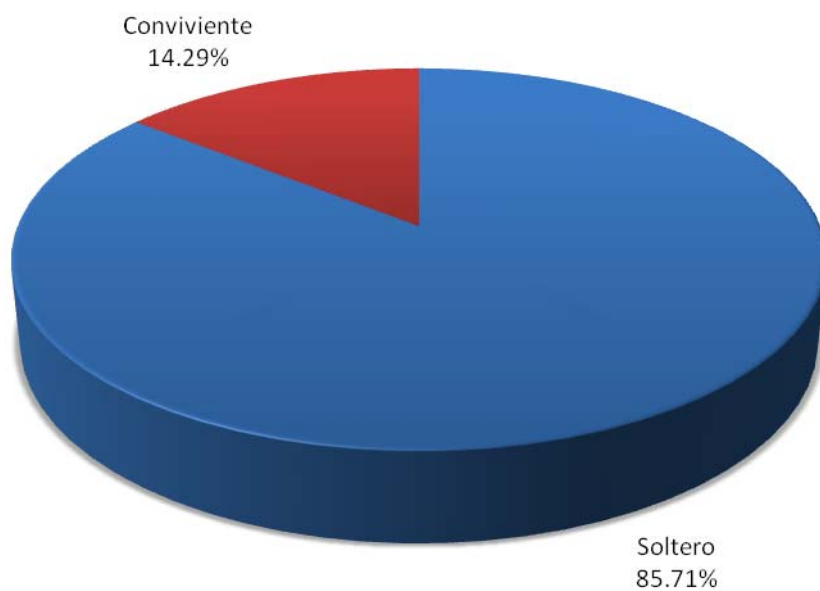
	N°	%
Soltero	150	85,71%
Conviviente	25	14,29%
Total	175	100,00%

La Tabla N°. 5 y Gráfico N°.5, nos muestra que según el estado civil del personal militar foráneo el 85,71% de casos es soltero y conviviente el 14,29%.

**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO
(SÍNDROME DE ULISES) EN PERSONAL MILITAR DE TROPA EN EL CUARTEL MARIANO
BUSTAMANTE DE AREQUIPA**

Gráfico 5

Distribución del personal militar foráneo según estado civil



**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO
(SÍNDROME DE ULISES) EN PERSONAL MILITAR DE TROPA EN EL CUARTEL MARIANO
BUSTAMANTE DE AREQUIPA**

Tabla 6

Distribución del personal militar foráneo según carga familiar

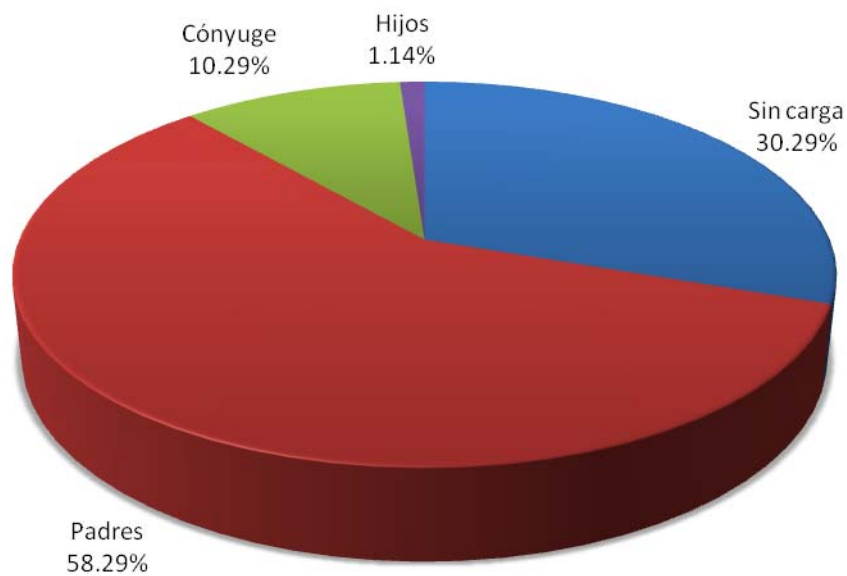
	N°	%
Sin carga	53	30,29%
Padres	102	58,29%
Cónyuge	18	10,29%
Hijos	2	1,14%
Total	175	100,00%

La Tabla N°. 6 y Gráfico N°.6, nos muestra que según carga familiar el 58,29% tenía que contribuir al sostenimiento de sus padres, un 10,29% a sus esposas, y en 1,14% al mantenimiento de sus hijos.

**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO
(SÍNDROME DE ULISES) EN PERSONAL MILITAR DE TROPA EN EL CUARTEL MARIANO
BUSTAMANTE DE AREQUIPA**

Gráfico 6

Distribución del personal militar foráneo según carga familiar



**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO
(SÍNDROME DE ULISES) EN PERSONAL MILITAR DE TROPA EN EL CUARTEL MARIANO
BUSTAMANTE DE AREQUIPA**

Tabla 7

Distribución del personal militar foráneo según tiempo de servicio

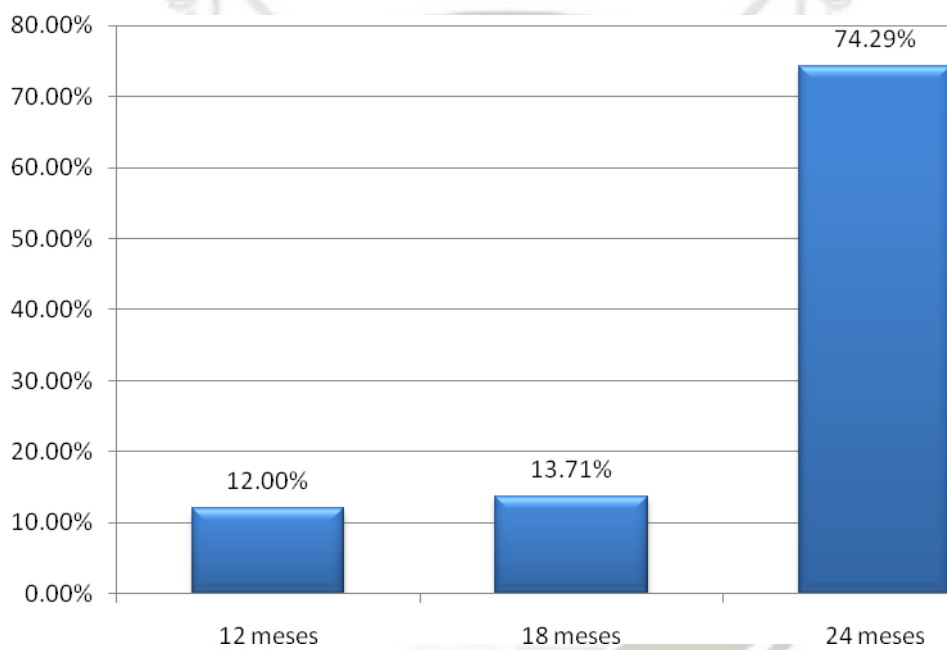
	N°	%
12 meses	21	12,00%
18 meses	24	13,71%
24 meses	130	74,29%
Total	175	100,00%

La Tabla N°. 7 y Gráfico N°.7, según tiempo de servicio del personal militar muestra con 12 meses el 12%, de 18 meses el 13,71% y con 24 meses el 74,29%.

**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO
(SÍNDROME DE ULISES) EN PERSONAL MILITAR DE TROPA EN EL CUARTEL MARIANO
BUSTAMANTE DE AREQUIPA**

Gráfico 7

Distribución del personal militar foráneo según tiempo de servicio



T. de servicio promedio: $21,70 \pm 4,14$ meses

**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO
(SÍNDROME DE ULISES) EN PERSONAL MILITAR DE TROPA EN EL CUARTEL MARIANO
BUSTAMANTE DE AREQUIPA**

Tabla 8

**Distribución del personal militar foráneo según presencia de síntomas
depresivos**

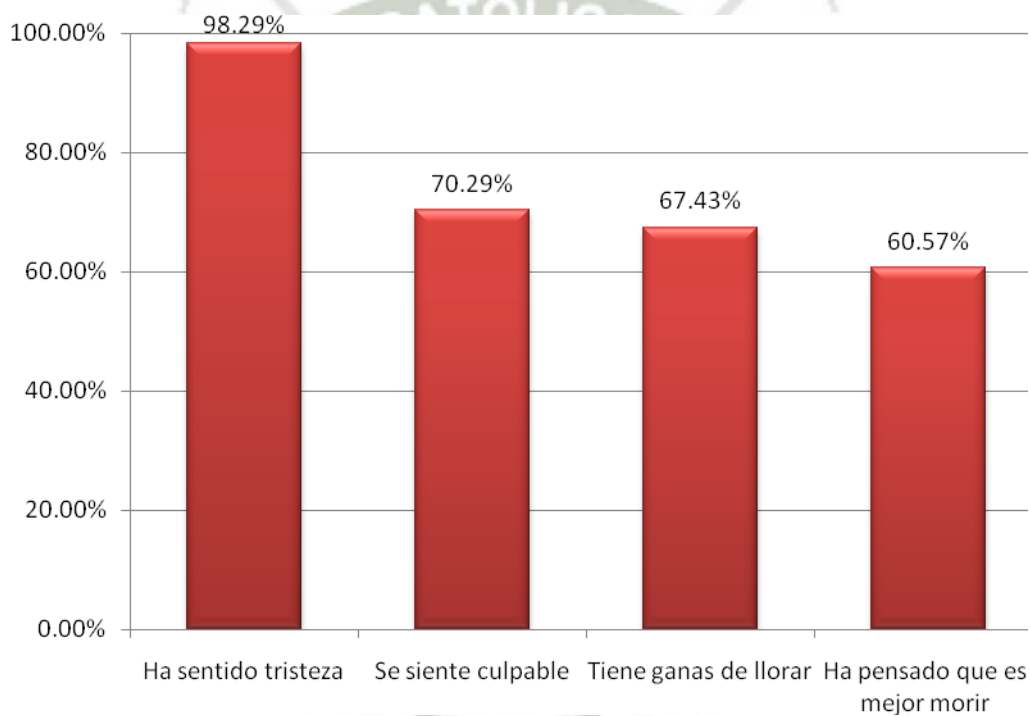
	N°	%
Ha sentido tristeza	172	98,29%
Se siente culpable	123	70,29%
Tiene ganas de llorar	118	67,43%
Ha pensado que es mejor morir	106	60,57%

La Tabla N°. 8 y Gráfico N°.8, nos muestra que el síntoma depresivo predominante fue la tristeza con un 98,29%(172) del total, culpabilidad con un 70,29%(123) del total, ganas de llorar con un 67,43%(118) del total y por ultimo la presencia de pensamientos suicidas con un 60,57%(106) del total.

**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO
(SÍNDROME DE ULISES) EN PERSONAL MILITAR DE TROPA EN EL CUARTEL MARIANO
BUSTAMANTE DE AREQUIPA**

Gráfico 8

**Distribución del personal militar foráneo según presencia de síntomas
depresivos**



**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO
(SÍNDROME DE ULISES) EN PERSONAL MILITAR DE TROPA EN EL CUARTEL MARIANO
BUSTAMANTE DE AREQUIPA**

Tabla 9

**Distribución del personal militar foráneo según presencia de síntomas
ansiosos**

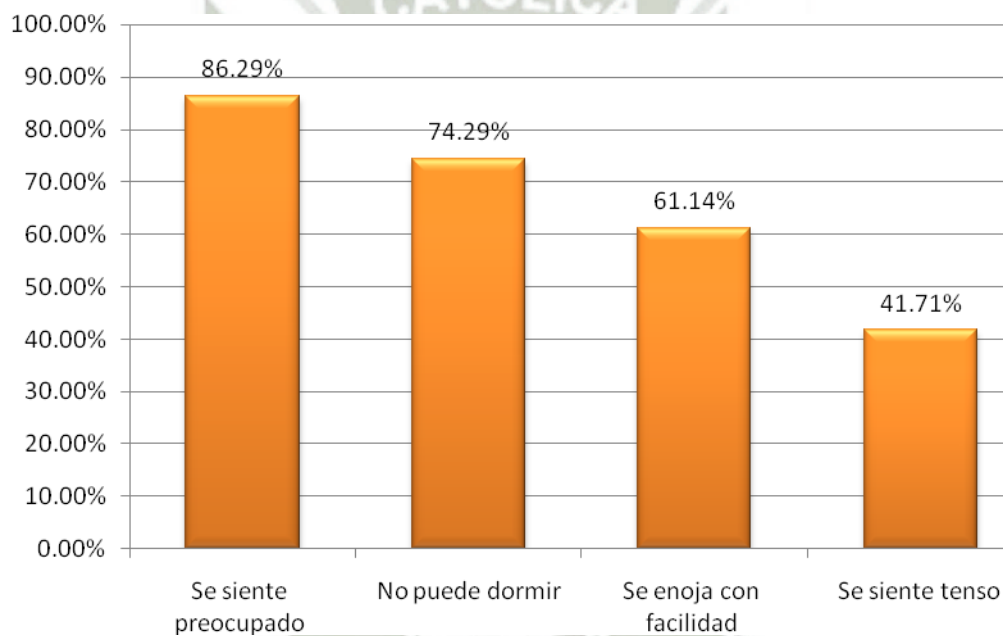
	N°	%
Se siente preocupado	151	86,29%
No puede dormir	130	74,29%
Se enoja con facilidad	107	61,14%
Se siente tenso	73	41,71%

La Tabla N°. 9 y Gráfico N°.9, nos muestra que el 86,29% de soldados se siente preocupado por su situación actual, el 74,29% tiene dificultades para dormir, y 61,14% se enoja con facilidad, mientras que 41,71% de soldados se siente tenso.

**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO
(SÍNDROME DE ULISES) EN PERSONAL MILITAR DE TROPA EN EL CUARTEL MARIANO
BUSTAMANTE DE AREQUIPA**

Gráfico 9

**Distribución del personal militar foráneo según presencia de síntomas
ansiosos**



**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO
(SÍNDROME DE ULISES) EN PERSONAL MILITAR DE TROPA EN EL CUARTEL MARIANO
BUSTAMANTE DE AREQUIPA**

Tabla 10

**Distribución del personal militar foráneo según presencia de síntomas
de somatización**

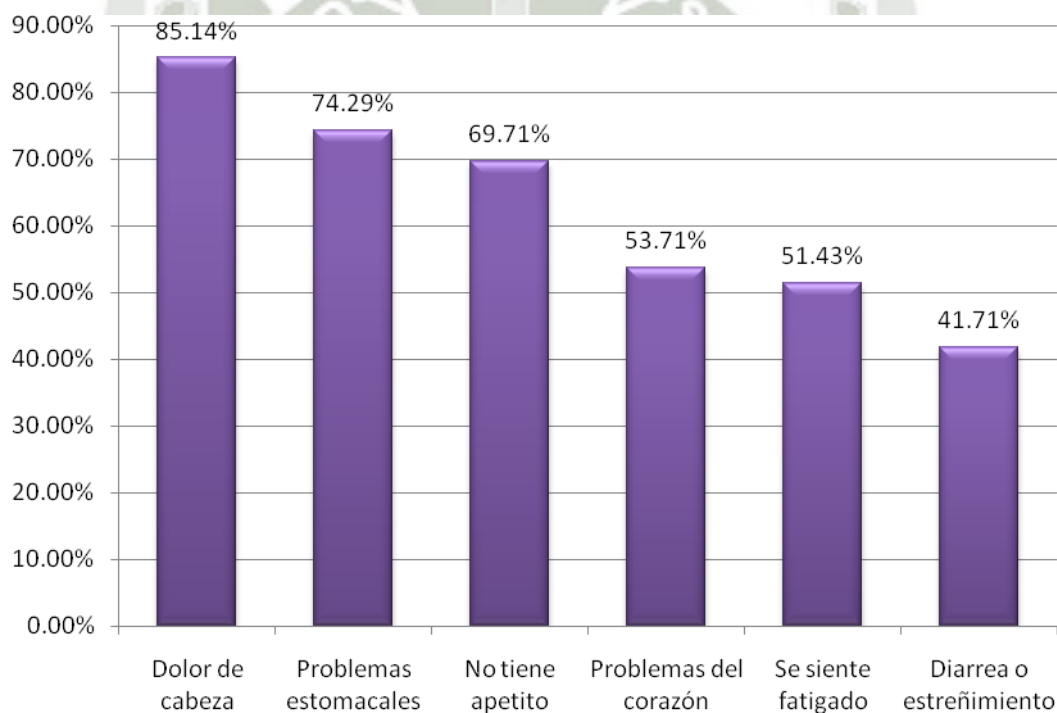
	N°	%
Dolor de cabeza	149	85,14%
Problemas estomacales	130	74,29%
No tiene apetito	122	69,71%
Problemas del corazón	94	53,71%
Se siente fatigado	90	51,43%
Diarrea o estreñimiento	73	41,71%

La Tabla N°. 10 y Gráfico N°.10, nos muestra que el 85,14% de casos refiere presentar dolor de cabeza, el 74,29% tiene problemas estomacales, el 69,71% no tiene apetito, un 53,71% refiere “problemas del corazón”, el 51,43% se siente fatigado, mientras que 41,71% de casos presenta diarrea o estreñimiento.

**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO
(SÍNDROME DE ULISES) EN PERSONAL MILITAR DE TROPA EN EL CUARTEL MARIANO
BUSTAMANTE DE AREQUIPA**

Gráfico 10

**Distribución del personal militar foráneo según presencia de síntomas
de somatización**



**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO
(SÍNDROME DE ULISES) EN PERSONAL MILITAR DE TROPA EN EL CUARTEL MARIANO
BUSTAMANTE DE AREQUIPA**

Tabla 11

Número de síntomas de los tres indicadores evaluados

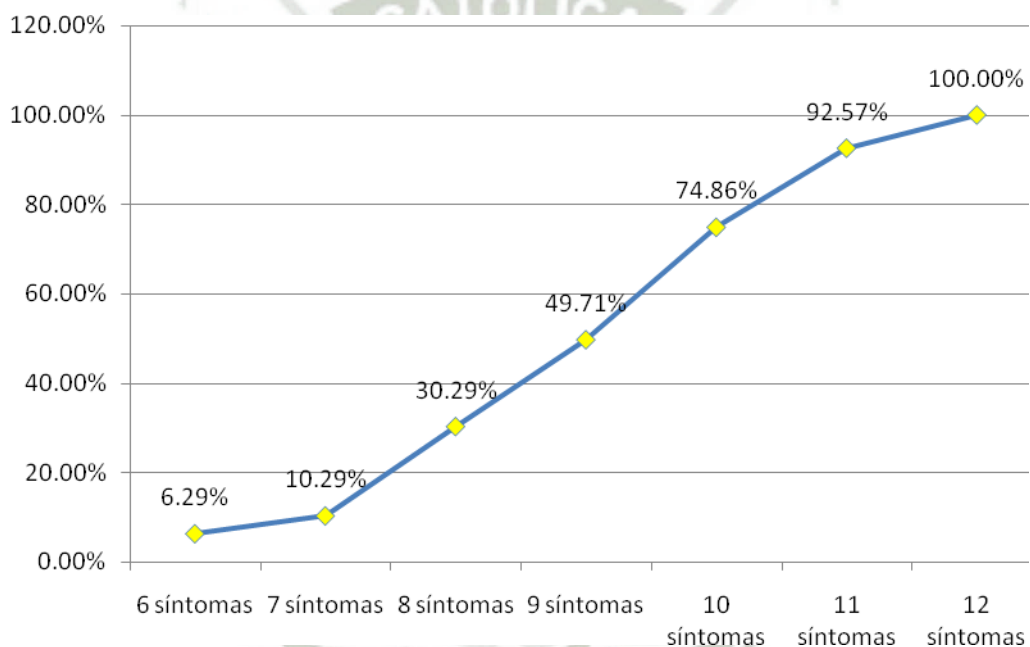
	N°	%	% acumulado
6 síntomas	11	6,29%	6,29%
7 síntomas	7	4,00%	10,29%
8 síntomas	35	20,00%	30,29%
9 síntomas	34	19,43%	49,71%
10 síntomas	44	25,14%	74,86%
11 síntomas	31	17,71%	92,57%
12 síntomas	13	7,43%	100,00%
Total	175	100,00%	-

La Tabla N°. 11 y Gráfico N°.11, nos muestra según el número de síntomas de los tres indicadores evaluados el 92,57% presento 10 síntomas, y el 6,29%, presento 6 síntomas.

**CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DEL INMIGRANTE CON ESTRÉS CRÓNICO
(SÍNDROME DE ULISES) EN PERSONAL MILITAR DE TROPA EN EL CUARTEL MARIANO
BUSTAMANTE DE AREQUIPA**

Gráfico 11

**Frecuencia acumulada de número de síntomas de los indicadores
evaluados**





CAPÍTULO III
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio buscó identificar la frecuencia y las características del personal militar que presenta síndrome de Ulises en el cuartel Mariano Bustamante de Arequipa. Se realizó la presente investigación debido a que habiendo realizado el Internado Médico en el Hospital Militar de Arequipa y estando en contacto con pacientes, en su mayoría personal militar de tropa, se observó que en estos había tiempos de recuperación prolongado, recurrencia de enfermedades, concomitantemente con síntomas depresivos como tristeza, llanto, sensación de culpabilidad; además de irritabilidad, preocupación, dificultad para dormir, cefaleas, diarreas y otros sin causa aparente. Por tal motivo fue de interés académico y personal buscar la relación de los síntomas antes mencionados con el cuadro psiquiátrico descrito en la bibliografía como el Síndrome de Ulises.

Para tal fin se aplicó una encuesta a una muestra de 175 soldados del personal de tropa del Cuartel Bustamante de la ciudad de Arequipa, aplicando una ficha de datos y un cuestionario de síntomas de depresión, ansiedad y somatización. Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva.

De un total aproximado de 200 soldados realizando servicio militar, se encuestó a 175 que cumplieron los criterios de selección, lo que corresponde a un 87,5% del total de soldados.

La **Tabla y Gráfico 1** se observa la edad de los soldados evaluados. El 45,14% del total tuvo entre 20 y 21 años, con una edad promedio de 20,73 años, y edades que fueron entre los 18 y los 25 años. Se debe considerar que el servicio militar voluntario no está dirigido para una edad específica pero que muchos jóvenes consideran iniciar su carrera militar posteriormente a haber terminado sus estudios secundarios, Además se encontró una edad mínima de encuestados de 18 años y un máximo de 25 años (tabla 1),

En la **Tabla y Gráfico 2** se muestra la procedencia de los soldados. Todos provenían de lugares distantes a la provincia de Arequipa. El 29,14% de casos procedía del departamento de Puno, 27,43% provenía de Cusco, 16,57% de Madre de Dios, y 13,71% de Abancay. En menor proporción se tuvo a soldados de otras provincias de Arequipa (6,29%), de Moquegua (4%), o de Ayacucho (1,71%) y Tacna (1,14%). Es cada vez más frecuente el observar personas migrantes que por diversos motivos como trabajo o por estudios dejan sus lugares de nacimiento para buscar mejores oportunidades de vida. Desde la década de los 80 en el Perú este proceso de migración ha continuado, ya no impulsado por el terrorismo, sino por la búsqueda de oportunidades de desarrollo.

En la **Tabla y Grafico 3** se muestra la distribución del personal militar foráneo según nivel de instrucción. El 88% contaban con instrucción secundaria y el 12% restante con instrucción primaria. Nos muestra que la gran mayoría de jóvenes en el servicio militar cuentan con instrucción secundaria, teniendo mayores oportunidades para concluir sus estudios e

iniciar carreras técnicas que la institución ofrece para laborar posteriormente al servicio militar.

En la **Tabla y Gráfico 4** se muestra la ocupación previa del personal militar de tropa evaluado, previo al ingreso al servicio militar. El 41,71% era obrero, un 36,57 no tenía ocupación, un 15,43% eran estudiantes, y 6,29% tenían ocupaciones independientes.

En la **Tabla y Gráfico 5** El estado civil de los soldados fue soltero en el 85,71% de casos y conviviente en el 14,29% esto podría deberse a que la población estudiada es bastante joven, y que muchos de ellos por la búsqueda de oportunidades de desarrollo buscan una carrera en el ejército antes que iniciar una vida familiar ya que esto acarrea mayores obligaciones.

En La **Tabla y Gráfico 6** muestran la presencia de la carga familiar en los soldados, un 30,29% manifestó no tener carga familiar, mientras que 58,29% tenía que contribuir al sostenimiento de sus padres, un 14,29% a sus esposas, y en 1,14% al mantenimiento de sus hijos. Lo que nos muestra que el 73,72% del total de encuestados presentan carga familiar de algún tipo lo que podría aumentar la probabilidad de presentar el síndrome en cuestión.

En la **Tabla y Gráfico 7** La duración del servicio militar al momento de la encuesta fue de 12 meses en 12% de casos, de 18 meses en 13,71%, y de 24 meses en 74,29% de soldados.

En la **Tabla y Gráfico 8** se describe la frecuencia de síntomas depresivos referidos por los soldados procedentes de lugares foráneos. El 98,29%

refiere haber sentido tristeza, un 70,29% se siente culpable de abandonar a su familia, el 67,43% de encuestados refiere tener ganas de llorar, y 60,57% ha pensado que es mejor morir a seguir en su situación. La tristeza expresa el sentimiento de fracaso, de indefensión aprendida, de desistimiento ante los duelos extremos a los que debe hacer frente el inmigrante en situación límite; la culpa se sabe que se da el doble de sentimiento de culpa en los pacientes depresivos, se sienten culpables de casi todo lo que les sucede; El llanto en estas situaciones límite lloran tanto los hombres como las mujeres, a pesar de que los hombres ha sido educados en casi todas las culturas en el control del llanto. Una expresión de esta dificultad de los hombres de estas culturas sería que a veces se refieren a llorar eufemísticamente diciendo que les sale agua por los ojos o que lloran por dentro. La culpa se expresa con menor frecuencia e intensidad en culturas no occidentales, en las que no se considera que el ser humano sea el centro del mundo, sino que forma parte de todo el conjunto de la naturaleza.

En cuanto a síntomas relacionados a la ansiedad, la **Tabla y Gráfico 9** muestran que el 86,29% de soldados se siente preocupado por su situación actual, el 74,29% tiene dificultades para dormir, y 61,14% se enoja con facilidad, mientras que 41,71% de soldados se siente tenso. Insomnio: Las preocupaciones recurrentes e intrusivas dificultan el dormir. La noche es el momento más duro: afloran los recuerdos, se percibe con toda su crueldad la soledad, el alejamiento de los seres queridos, la magnitud de los problemas a los que debe hacerse frente; La irritabilidad es un síntoma muy frecuente que expresaría el enorme esfuerzo, la lucha que supone afrontar

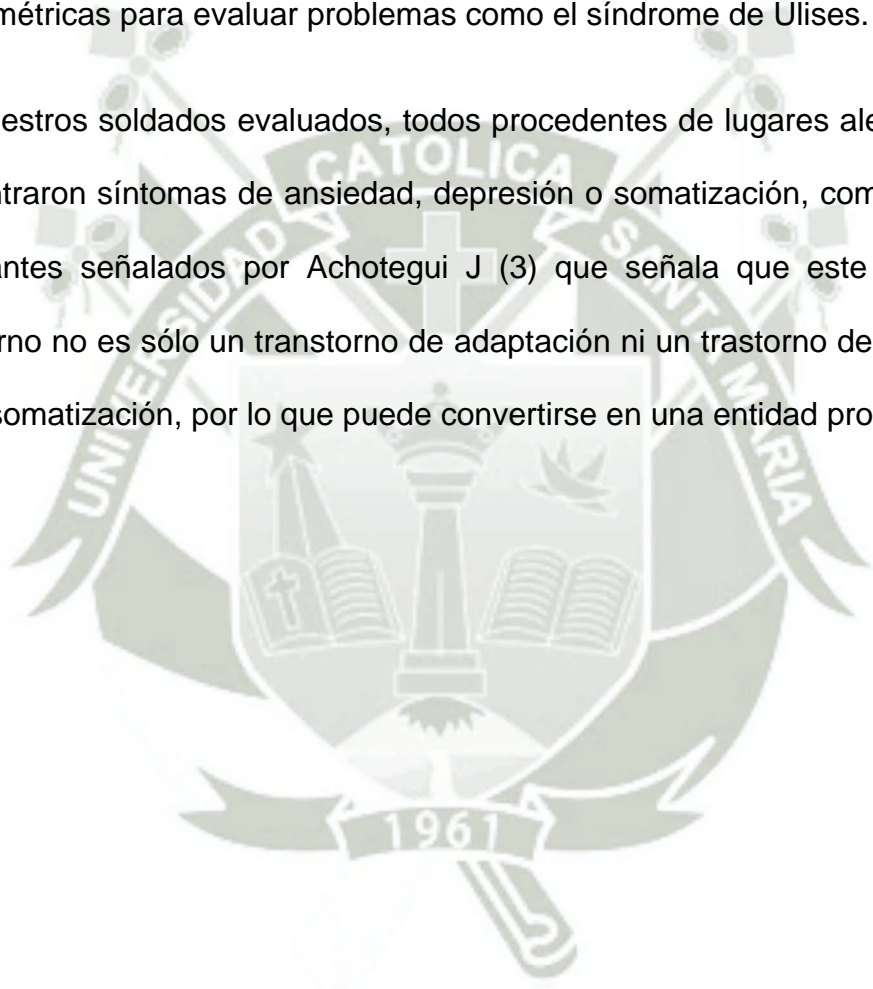
las adversidades que con lleva emigrar en estas condiciones, con todos estos estresores -preocupaciones excesivas y recurrentes;

La **Tabla y Gráfico 10** describen los síntomas de somatización manifestados por los soldados encuestados. Un 85,14% de casos refiere presentar dolor de cabeza, el 74,29% tiene problemas estomacales, el 69,71% no tiene apetito, un 53,71% refiere “problemas del corazón”, y 51,43% se siente fatigado, mientras que 41,71% de casos presenta diarrea o estreñimiento; la cefalea es uno de los síntomas más característicos del Síndrome de Ulises, ya que se da en una proporción superior a la de los autóctonos que viven situaciones de estrés. Las cefaleas que se ven en los inmigrantes son casi siempre de tipo tensional y van asociadas a las preocupaciones recurrentes.

Al considerar los 14 síntomas de depresión, ansiedad o somatización en los soldados que son procedentes de lugares distantes a la provincia de Arequipa, que se encuentran en general casi dos años lejos de su lugar de origen, el 6,29% manifiesta 6 de los 14 síntomas, y si realizamos una curva de frecuencias acumulada (**Tabla y Gráfico 11**), vemos que el 69,71% de soldados provenientes de lugares lejanos manifiesta 8 o más síntomas de los 14 listados. Es decir que de los 14 síntomas relacionados al síndrome de Ulises, es necesario al menos 8 de los 14 síntomas para describir a un 70% de la población evaluada. Este valor podría ser usado como punto de corte para estudios posteriores para la determinación de la presencia de síndrome de Ulises en personal militar y en otras poblaciones similares que por necesidad se ven alejadas de su entorno normal.

Al considerar el síndrome de Ulises, debemos tener en cuenta que muchos trastornos psicopatológicos están en estudio; problemas como la adicción a los juegos electrónicos o al Internet, que son fenómenos reales y frecuentes en nuestro medio, aún no son considerados trastornos por sistemas de clasificación como el DSM-IV-TR, y es posible que se requieran más estudios para establecer criterios de diagnósticos específicos y pruebas psicométricas para evaluar problemas como el síndrome de Ulises.

En nuestros soldados evaluados, todos procedentes de lugares alejados, se encontraron síntomas de ansiedad, depresión o somatización, componentes relevantes señalados por Achotegui J (3) que señala que este potencial trastorno no es sólo un trastorno de adaptación ni un trastorno de ansiedad o de somatización, por lo que puede convertirse en una entidad propia.





CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

Primera. Todos los miembros foráneos del personal militar del cuartel Mariano Bustamante de Arequipa presentaron síntomas componentes del síndrome de Ulises.

Segunda. El personal militar foráneo con manifestaciones de síndrome de Ulises en el cuartel Mariano Bustamante de Arequipa tuvieron edades entre los 20 y 21 años, eran procedentes de departamentos de Puno o Cusco en su mayor parte, y tenían ocupación de obreros, con dependencia familiar en la mayoría de casos.

Tercera. Los síntomas depresivos más frecuentes en el personal militar foráneo fueron la tristeza y sentimiento de culpabilidad; los síntomas ansiosos fueron principalmente la preocupación y la dificultad para dormir, y los síntomas de somatización fueron la cefalea y los problemas gastrointestinales.

SUGERENCIAS

PRIMERA

A la Región Militar realice evaluaciones en diferentes cuarteles empleando los criterios descritos en el presente trabajo para evaluar la presencia de síntomas de depresión, ansiedad o somatización relacionados al alejamiento del personal militar de su entorno social y familiar habitual.

SEGUNDA

Al departamento de Psicología del Cuartel Mariano Bustamante de Arequipa, realice programas de intervención en personal militar para mejorar las condiciones de salud mental y evitar deterioro significativo en su desempeño habitual.

TERCERA

Al departamento de Psicología del Cuartel Mariano Bustamante de Arequipa desarrollar pruebas psicométricas para el diagnóstico de síndrome de Ulises en el personal no solo perteneciente al servicio militar de tropa, sino a otros grupos de poblaciones desplazadas.

CUARTA

A la Comandancia General de la Tercera Región Militar de nuestra ciudad aplicar la encuesta y trabajo de investigación en otras instituciones de otros departamentos del Perú y así comparar resultados identificando en que centros se encuentran los niveles más altos de frecuencia de síndrome de Ulises.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Achotegui J. Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises). Revista Norte de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría 2005 Volumen V, Nº 21: 39-53
- 2) Achotegui, J. Los duelos de la migración: una perspectiva psicopatológica y psicosocial. En Medicina y cultura. E. Perdiguero y J.M. Comelles (comp). Editorial Bellaterra. Barcelona 2000, pág. 88-100.
- 3) Achotegui J. Emigrar en situación extrema. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises). Revista Norte de salud mental de la Sociedad Española de Neuropsiquiatría. 2004; Volumen V, Nº 21. pág. 39-53
- 4) Fuertes C, Martín Laso M. El inmigrante en la consulta de atención primaria. An. Sist. Sanit. Navar. 2006 Vol. 29, Suplemento 1: 9-25
- 5) Sánchez T. La inmigración, reto nuevo en la comunicación médico-paciente. Salud Rural 2003; 20: 39-45.
- 6) Ochoa Mangado E, Vicente Muelas N, Lozano Suárez M. Síndromes depresivos en la población inmigrante. Rev. Clin Esp. 2005; 205(3):116-8.
- 7) Escudero Segovia M. Exploración del Síndrome de Estrés Crónico "Síndrome de Ulises" en inmigrantes de origen argentino. Nure Investigación, Septiembre 2004, nº 8:1-6.

- 8) Zarza M, Sobrino Prados M. Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: Una revisión bibliográfica. Anales de psicología 2007, vol. 23, nº 1 (junio), 72-84





Consentimiento Informado

La presente es una investigación que pretende evaluar Las Características del Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico (Síndrome de Ulises) en personal militar de tropa en el Cuartel Mariano Bustamante de Arequipa.

Dicho estudio estará a cargo de la alumna Ivonne Vanessa Liz Palomino Quispe a través de la misma se propone a obtener su tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano

Los resultados del mismo serán publicados en la Universidad Católica de Santa María

La identidad del personal militar de tropa se mantendrá en absoluto anonimato

Habiendo leído y comprendido las condiciones previas, confirmo que mi participación en la presente investigación es voluntaria por tal motivo tengo el derecho a desistir de la misma en el momento en que yo desee.

Nombre.....

Firma.....

Anexo 2: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

Características sociodemográficas

Edad: _____ Años

Procedencia: Arequipa Puno Moquegua Tacna

Otro _____

Instrucción: Iltrado primaria secundaria superior

Ocupación: Estudiante desempleado obrero ,
independiente empleado

Estado civil: Soltero conviviente casado separado

Carga familiar: No padres cónyuge hijos

Tiempo de servicio: _____ Meses

Manifestaciones clínicas

Síntomas depresivos:

Ha sentido: tristeza

Tiene ganas de llorar

Se siente culpable

Ha pensado que es mejor morir

Síntomas ansiosos:

Se siente tenso

Se siente preocupado

Se enoja con facilidad

No puede dormir

Síntomas de somatización:

Siente dolor de cabeza

Se siente fatigado

No tiene apetito

Tiene problemas estomacales

Tiene diarrea o estreñimiento

Tiene problemas del corazón

Observaciones:

.....
.....
.....



Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina Humana



“Características del Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico (Síndrome de Ulises) en personal militar de tropa en el Cuartel Mariano Bustamante de Arequipa”

Autora:

Ivonne Vanessa Liz Palomino Quispe

Proyecto de Tesis para Obtener el Título de Médico-Cirujano.

**Arequipa - Perú
2013**

I. PREÁMBULO

Es cada vez más frecuente el observar personas migrantes que por diversos motivos como trabajo, violencia o por estudios dejan sus lugares de nacimiento para buscar mejores oportunidades de vida. Desde la década de los 80 en el Perú este proceso de migración ha continuado, ya no impulsado por el terrorismo, sino por la búsqueda de oportunidades de desarrollo.

Se da el caso inclusive de la migración de nuestros jóvenes a distintos países, en otros hemisferios, durante sus vacaciones para buscar oportunidades de mejora para luego retomar sus estudios o actividades.

En el ámbito militar, la búsqueda de oportunidades de desarrollo de una carrera en el ejército o la necesidad o deseo de realizar el servicio militar hace que muchos jóvenes se unan al ejército y sean desplazados a lugares distantes de su lugar de nacimiento. Esta forma “forzada” de migración puede traer consecuencias negativas en la salud mental de los reclutas.

Dado que el personal militar en actividad, incluso el de tropa, se ve enfrentado a situaciones estresantes por la naturaleza misma de su labor, la adición de un trastorno mixto y crónico de adaptación, de estrés o de depresión pueden complicar su estado de salud mental e influir negativamente en su desempeño, más aun considerando que es personal que maneja armamento y se enfrenta a situaciones de riesgo.

Por tal motivo surge el interés en el tema, y dada la falta de estudios relacionados a los trastornos de salud mental en personas migrantes que

realizan servicio militar, aportaremos importante información acerca del tema.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la frecuencia y las características del personal militar que presenta síndrome de Ulises en el cuartel Mariano Bustamante de Arequipa?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Trastornos de estrés - adaptación

b) Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Unidad / categoría	Escala
Edad	Fecha de nacimiento	Años	De razón
Procedencia	Lugar de residencia habitual	Arequipa, fuera de Arequipa	Nominal

Instrucción	Ultimo año aprobado	lletrado, primaria, secundaria, superior	Ordinal
Ocupación	Ocupación previa	Estudiante, desempleado, obrero, independiente, empleado	Nominal
Estado civil	Unión civil declarada	Soltero, conviviente, casado, separado	Nominal
Carga familiar	Dependientes directos	No, padres, cónyuge, hijos	Nominal
Tiempo de servicio	Fecha de ingreso	Meses	De razón
Síntomas	Manifestaciones subjetivas	<u>Síntomas depresivos:</u> tristeza, llanto, culpa, idea de muerte <u>Síntomas ansiosos:</u> tensión, preocupación, irritabilidad, insomnio <u>Síntomas de somatización:</u> cefalea, fatiga, otros	Nominal

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuáles frecuencia de síndrome de Ulises en personal militar del cuartel Mariano Bustamante de Arequipa?
2. ¿Cuáles son las características sociodemográficas del personal militar que presenta síndrome de Ulises en el cuartel

Mariano Bustamante de Arequipa?

3. ¿Cuáles son los síntomas depresivos, ansiosos y de somatización del personal militar que presenta síndrome de Ulises en el cuartel Mariano Bustamante de Arequipa?

d) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio de campo.

e) **Nivel de investigación:** Es un estudio observacional, Prospectivo y transversal.

1.3. Justificación del problema

Nuestra investigación tiene la intención de conocer la frecuencia y las características del síndrome de Ulises en personal militar del cuartel Mariano Bustamante de Arequipa. No hemos encontrado estudios locales publicados acerca de este trastorno poco descrito en la literatura a pesar de ser un hecho conocido en personas institucionalizadas y que han sido alejadas de su entorno habitual, lo que convierte a nuestro estudio en **original**.

Tiene **relevancia científica** porque aplica el conocimiento de factores que producen trastornos de la salud mental en personas que se alejan de su entorno; tiene **relevancia práctica** porque permitirá elaborar un diagnóstico de un problema que no se ha estudiado en personal militar, para conocer sus manifestaciones e identificarlo en forma oportuna. Tiene **relevancia social**, ya que

afecta a un segmento de la población importante y que puede ver alterada su capacidad de entrenamiento o reacción por su trastorno en la salud mental.

Es **contemporáneo** porque es cada vez más frecuente la necesidad de alejarse del lugar de nacimiento y desarrollo de la persona para encontrar oportunidades de estudio o trabajo y que pueden desencadenar en trastornos depresivos, de adaptación o que puedan ocasionar estrés.

El estudio es **factible** de realizar por ser un estudio prospectivo con una población cautiva dispuesta a colaborar con el estudio de su salud mental.

Cumple la **motivación personal** de realizar investigación en el área de salud mental, generando nuevos conocimientos que realizarán una **contribución académica** en la investigación universitaria, dando cumplimiento a las **políticas de investigación** de la Universidad.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Síndrome de Ulises

Las relaciones entre el estrés social y la salud mental constituyen un tema cada vez más relevante en la investigación y en la atención clínica (mobbing, burn-out...) pero si existe un área en la que los estresores psicosociales poseen una dimensión cuantitativa y cualitativamente relevante y difícilmente discutible desde la perspectiva de sus relaciones con la salud mental, esa área es la de las migraciones del siglo XXI.

Emigrar se está convirtiendo hoy para millones de personas en un proceso que posee unos niveles de estrés tan intensos que llegan a superar la capacidad de adaptación de los seres humanos. Estas personas son las candidatas a padecer el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple o Síndrome de Ulises (haciendo mención al héroe griego que padeció innumerables adversidades y peligros lejos de sus seres queridos). El conjunto de síntomas que conforman este Síndrome constituyen hoy un problema de salud mental emergente en los países de acogida de los inmigrantes.

El Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple se caracteriza, por un lado, porque la persona padece unos determinados estresores o duelos y, por otro lado, porque aparecen un amplio conjunto de síntomas psíquicos y somáticos que se enmarcan en el área de la salud mental.

Entendemos por estrés “un desequilibrio sustancial entre las demandas ambientales percibidas y las capacidades de respuesta del sujeto” y por

duelo “el proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo significativo para el sujeto”. Podríamos establecer una correlación entre los dos conceptos señalando que “el duelo es un estrés prolongado e intenso”.

Achotegui (2) plantea que existirían 7 duelos en la migración: la familia y los seres queridos, la lengua, la cultura, la tierra, el estatus social, el contacto con el grupo de pertenencia, los riesgos para la integridad física. Estos duelos se darían, en mayor o menor grado en todos los procesos migratorios, pero no es lo mismo vivirlos en buenas condiciones que en situaciones extremas.

Habría que diferenciar desde la perspectiva de la dificultad en la elaboración del duelo, y por lo tanto en su potencialidad psicopatológica, tres tipos de duelos:

- El duelo simple: es aquel que se da en buenas condiciones y que puede ser elaborado.
- El duelo complicado: cuando existen serias dificultades para la elaboración del duelo
- El duelo extremo: es tan problemático que no es elaborable, dado que supera las capacidades de adaptación del sujeto (este sería el duelo propio del Síndrome de Ulises)

Así, en relación al duelo por la familia que se vive en la migración, 1) el duelo simple se daría, por ejemplo, cuando emigra un adulto joven que no deja atrás ni hijos pequeños, ni padres enfermos, y puede visitar a los familiares. 2) el duelo complicado sería aquel en el que se emigra dejando

atrás hijos pequeños y padres enfermos, pero es posible regresar, traerlos.

3) el duelo extremo se daría cuando se emigra dejando atrás la familia, especialmente cuando quedan en el país de origen hijos pequeños y padres enfermos, pero no hay posibilidad de traerlos ni de regresar con ellos, ni de ayudarles.

2.2. Delimitación de los estresores y duelos de los inmigrantes en situación extrema

Se ha señalado que el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple se define precisamente por sus estresores (tal como su propio nombre indica) por lo que consideramos muy importante delimitarlos, dado que si no, carecemos de criterios para identificar el cuadro. Por otra parte, es importante señalar que no se trata tanto de describir los estresores de los inmigrantes del siglo XXI sino de delimitarlos específicamente desde la perspectiva de sus relaciones con la salud mental. Estos estresores serían

a. La soledad.

La separación forzada de la familia y los seres queridos. En primer lugar el duelo por la familia que tiene que ver con la soledad y la separación de los seres queridos, especialmente cuando se dejan atrás hijos pequeños (o padres ancianos y enfermos) a los que no puede traer consigo, ni ir a visitar porque habría la imposibilidad del retorno a España al no tener papeles. Por otra parte, el inmigrante,

tampoco puede volver con el fracaso a costas de no haber podido salir adelante en la migración. Sin embargo, esta situación no tan sólo afecta a los sin papeles, ya que también hay inmigrantes que no pueden traer a su pareja y a sus hijos por otras causas, como por ejemplo porque aunque tengan papeles no tienen los requisitos económicos básicos que se requieren para autorizar la reagrupación familiar: si se trabaja en condiciones de explotación es muy difícil tener el nivel de vida y de vivienda que se requiere para que el notario autorice la llegada de los familiares. Y por otra parte aún tenemos constancia de casos en los que poseyendo papeles, teniendo el nivel de vida requerido se ponen a los inmigrantes de todo tipo de pegas para evitar la reagrupación familiar.

La soledad forzada es un gran sufrimiento. Se vive sobre todo de noche, cuando afloran los recuerdos, las necesidades afectivas, los miedos... Además los inmigrantes provienen de culturas en las que las relaciones familiares son mucho más estrechas y en las que las personas, desde que nacen hasta que mueren, viven en el marco de familias extensas que poseen fuertes vínculos de solidaridad, por lo que les resulta aún más penoso soportar en la migración este vacío afectivo.

Este duelo tiene que ver con los vínculos y el apego, con el dolor que producen las separaciones.

b. Duelo por el fracaso del proyecto migratorio

En segundo lugar el sentimiento de desesperanza y fracaso que surge cuando el inmigrante no logra ni siquiera las mínimas oportunidades para salir adelante al tener dificultades de acceso a “los papeles”, al mercado de trabajo, o hacerlo en condiciones de explotación. Para estas personas que han realizado un ingente esfuerzo migratorio (a nivel económico, de riesgos físicos, esfuerzo...) ver que no se consigue salir adelante es extremadamente penoso. Por otra parte el fracaso en soledad aún es mayor. Y además si el inmigrante decidiera regresar, la vuelta siendo un fracasado resultaría muy penosa: hay incluso zonas de África en las que se considera que quien ha fracasado en la migración lo ha hecho porque es poseedor de algún maleficio por lo que sería visto con temor, como alguien peligroso si regresara

c. La lucha por la supervivencia

El inmigrante en situación extrema ha de luchar asimismo por su propia supervivencia. Habría dos grandes áreas:

- La alimentación: muchas veces estas personas se hallan subalimentadas. Además, se ha de tener en cuenta que, en general los inmigrantes son un colectivo que se alimenta mal, ya que envían casi todo el poco dinero que tienen a sus familiares en el país de origen (lo cual no deja de ser una muestra de su generosidad y de la

intensidad de sus vínculos). El resultado es que tienden a comer alimentos de baja calidad con muchas grasas saturadas, bajo índice de proteínas...A esto se le ha de añadir que, con frecuencia, no les es fácil reproducir en la sociedad de acogida los hábitos alimentarios saludables que tenían en la sociedad de origen. También se ha de tener en cuenta que puede existir una interrelación entre subalimentación y fatiga, cefaleas, síntomas a los que más adelante haremos referencia.

- La vivienda: Este es otro gran problema de este colectivo de personas. No es extraño encontrar casos de viviendas en las que se hacinan muchos inmigrantes a precios abusivos. El hacinamiento se sabe que es un factor de tensión y de estrés. (Se calcula que el espacio vital que necesita una persona no debe ser inferior a 15 metros cuadrados, espacio que va mucho más allá de lo que viven estas personas) A estas situaciones habría que añadir el relevante colectivo que habita en infravivienda (vivienda a la que le faltan elementos básicos como techo, alguna pared, etc.) o sencillamente vive en la calle (al menos durante cierto tiempo).

d. El miedo.

El duelo por los peligros físicos relacionados con el viaje migratorio (las pateras, los yolos, los camiones, etc.), las coacciones de las mafias, las redes de prostitución, etc. Además, en todos los casos el

miedo a la detención y expulsión, a los abusos. Se sabe que el miedo físico, el miedo a la pérdida de la integridad física tiene unos efectos mucho más desestabilizadores que el miedo de tipo psicológico, ya que en las situaciones de miedo psíquico hay muchas más posibilidades de respuesta que en las de miedo físico. A nivel biológico sabemos que el miedo crónico e intenso fija las situaciones traumáticas a través de la amígdala y da lugar a una atrofia del hipocampo (en veteranos de la guerra de Vietnam o en personas que han sufrido en la infancia abusos sexuales se ha detectado hasta un 25% de pérdida). También habría pérdidas neuronales en la corteza orbito frontal. Sabemos que a través de un circuito está interconectada la amígdala, los núcleos noradrenérgicos y la corteza pre frontal, áreas muy importantes en la vivencia de las situaciones de terror.

Además se sabe que el estrés crónico da lugar a una potenciación del condicionamiento del miedo, tanto sensorial como contextual, respondiéndose con miedo ante las situaciones de estrés futuras. Este dato es importante en los pacientes con Síndrome de Ulises ya que se hallan sometidos a múltiples estresores que les reactivan las situaciones de terror que han sufrido anteriormente.

El miedo se halla relacionado con la vivencia de situaciones traumáticas, con los peligros para la integridad física. De todos modos, la desesperación puede más que el miedo y estas personas, siguen llegando. Esta combinación de soledad, fracaso en el logro de

los objetivos, vivencia de carencias extremas, y terror serían la base psicológica y psicosocial del Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (Síndrome de Ulises).

2.3. Factores que potencian el efecto de los estresores del Síndrome del Inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises).

Los estresores se hallan potenciados por toda una serie de factores:

- a. la multiplicidad: no es lo mismo padecer uno que muchos estresores. Los estresores se potencian. Ya hemos señalado en el apartado anterior: soledad, fracaso, miedo.
- b. la cronicidad: no es lo mismo padecer una situación de estrés unos días o unas semanas que padecerla durante meses o incluso años. El estrés es acumulativo. Muchos de estos inmigrantes desarrollan auténticas odiseas que duran años. Podemos decir que más que tener un mal día, tienen una mala vida.
- c. La intensidad y la relevancia de los estresores: se refiere a estresores límite, a un estrés crónico múltiple y extremo. No es lo mismo el estrés de un atasco de tráfico, o de unos exámenes (que son algunos de los estresores que suelen utilizarse como referencia en los medios académicos) que la soledad afectiva, las vivencias de terror..., que son estresores de una gran intensidad y relevancia emocional
- d. la ausencia de sensación de control: si una persona padece estrés

pero conoce la manera de salirse de él reacciona de modo más sereno que cuando no ve la salida al túnel en el que se halla inmerso.

- e. La ausencia de una red de apoyo social. estas personas no existen a nivel legal, hay muchas más dificultades para que puedan ser sujetos de ayudas. Por otra parte, como es sabido, a mayor cronicidad de una problemática también hay un menor mantenimiento de las redes de apoyo. De todos modos, estos pacientes en realidad son más viajeros que inmigrantes, porque en la situación en la que se encuentran aún no han acabado de llegar a la sociedad de acogida. Aún no se han instalado, siguen de viaje.
- f. estresores clásicos de la migración: el cambio de lengua, de cultura, de paisaje, del sistema de atención de salud, entre otros.

En definitiva, los duelos clásicos de la migración, que por supuesto siguen estando ahí, y que son también fundamentales para el bienestar psicológico de la persona que emigra, pero que en la migración actual a la que estamos haciendo referencia, han quedado relegados en segundo lugar a pesar de su importancia por los nuevos estresores límite a los que hemos hecho referencia.

2.4. Clínica del síndrome de Ulises

El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple se caracteriza por ser una combinación de toda una serie de estresores que ya hemos señalado y de toda una serie de síntomas que describiremos a continuación. Esta sintomatología es muy variada y corresponde a varias áreas de la psicopatología.

a. Sintomatología del área depresiva

Los síntomas que veríamos con más frecuencia serían:

- tristeza: expresa el sentimiento de fracaso, de indefensión aprendida, de desistimiento ante los duelos extremos a los que debe hacer frente el inmigrante en situación límite. La tristeza es fácilmente perceptible en la anamnesis de personas de cualquier cultura, aunque este mismo autor señala que hay casos como, por ejemplo el de la cultura japonesa, en la que es más difícil de valorar ya que en esta sociedad se considera que no sonreír es una descortesía social por lo que se oculta mucho la expresión facial de la tristeza.
- llanto: en estas situaciones límite lloran tanto los hombres como las mujeres, a pesar de que los hombres ha sido educados en casi todas las culturas en el control del llanto. Una expresión de esta dificultad de los hombres de estas culturas sería que a veces se refieren a llorar

eufemísticamente diciendo que les sale agua por los ojos o que lloran por dentro. Por otra parte en la tradición islámica el llanto no está bien visto y el dolor se expresa más en forma de gemidos. La interpretación de que el llanto se dé tanto en hombres como en mujeres radicaría en que ante una situación tan límite, incluso las barreras de tipo cultural quedarían en segundo lugar.

- culpa: se expresa con menor frecuencia e intensidad en culturas no occidentales, en las que no se considera que el ser humano es el centro del mundo, sino que forma parte todo el conjunto de la naturaleza. Se sabe que se da el doble de sentimiento de culpa en los pacientes depresivos occidentales que en los pacientes de otras culturas. Los pacientes pakistaníes te miran asombrados (a veces hasta sonrían) cuando se les preguntas si tienen sentimientos de culpa. Sin embargo, no es extraño que un latinoamericano se considere muy culpable de casi todo lo que le está pasando, en el otro extremo del péndulo del sentimiento de culpa
- Ideas de muerte: a pesar de la gravedad de los factores estresantes, estas ideas no son frecuentes en estos inmigrantes. En general, el inmigrante posee una gran capacidad de lucha que le hace querer ir hacia delante incluso en contextos muy adversos. Puede tener sentimientos de tristeza pero aún conserva una esperanza que le impulsa a

desea seguir viviendo. Un factor que protege de modo muy significativo de las ideas de muerte en los inmigrantes es la intensidad de sus sentimientos religiosos. Y en este punto hemos hallado una gran similitud entre los inmigrantes de religión cristiana (en su mayoría católicos) y los inmigrantes de religión musulmana

b. Sintomatología del área de la ansiedad

La sintomatología del área de la ansiedad es una de las más importantes de este cuadro clínico. Entre sus síntomas destacaríamos:

- tensión, nerviosismo: es un síntoma muy frecuente que expresaría el enorme esfuerzo, la lucha que supone afrontar las adversidades que conlleva emigrar en estas condiciones, con todos estos estresores -preocupaciones excesivas y recurrentes: se hallan en relación a la extrema complejidad y dificultad de la situación en la que se encuentran estos inmigrantes extracomunitarios. Hay un enorme acúmulo de sentimientos contrapuestos, que cuesta integrar. Se requiere una gran capacidad de insight para entender tantas emociones. El inmigrante ha de tomar muchas y graves decisiones, a veces en muy poco tiempo y con escasos medios de análisis, lo cual conlleva una enorme tensión. Como decía muy gráficamente un paciente: “es como si tuviera

la centrifugadora dentro de la cabeza, trabajando todo el día”. Obviamente estas preocupaciones recurrentes y obsesivas favorecen la aparición del insomnio, ya que para conciliar el sueño es básico lograr un estado de relajación.

- irritabilidad: La irritabilidad no es un síntoma tan frecuente como los anteriores. De todos modos se ha de tener en cuenta que tiende a expresarse menos en inmigrantes procedentes de culturas orientales que controlan más la expresión de las emociones (consideran que expresar una emoción es una forma de coaccionar a los otros), de suyo, la cultura occidental es una de las más asertivas. Este síntoma se ve más en menores. La irritabilidad se frecuente en las bandas juveniles. Se ponen “bravos” que dicen los ecuatorianos.
- Insomnio: Las preocupaciones recurrentes e intrusivas dificultan el dormir. La noche es el momento más duro: afloran los recuerdos, se percibe con toda su crueldad la soledad, el alejamiento de los seres queridos, la magnitud de los problemas a los que debe hacerse frente. No hay estímulos externos que puedan distraer a la persona de sus preocupaciones, recuerdos, etc. Además, se pone en marcha la ansiedad de anticipación que favorece que el inmigrante que comienza a tener problemas para dormir asocie el acostarse con una situación de tensión y por lo tanto no se relaje lo suficiente como para poder conciliar el sueño, y de ese modo

se va instaurando el insomnio, con lo que se crea un círculo vicioso, un condicionamiento. A nivel biológico se podría explicar el insomnio desde la perspectiva de que el incremento de catecolaminas y glucocorticoides a que da lugar el estrés favorece el arousal, la excitación que impide la relajación para poder dormirse. El insomnio de los inmigrantes se agrava además por las pésimas condiciones de las viviendas que habitan: ambientes húmedos, excesivamente calurosos en verano y fríos en invierno, la existencia de ruidos, mala ventilación, etc. Todo esto cuando no están simplemente en la calle, claro. Entonces se ha de añadir el miedo a los robos, las agresiones, la policía que los puede expulsar etc. La noche en la calle es insegura.

c. Sintomatología del área de la somatización

En la mayoría de las culturas de origen de los inmigrantes se considera que la mente y el cuerpo no están separados. En las culturas de los inmigrantes lo mental y lo físico se expresan de modo combinado, es decir el que aparezcan síntomas somáticos no impide la expresión psicopatológica, no son por lo tanto pacientes alexitímicos, que rehúyanlo emocional, a pesar de que tienen una fuerte expresión somatizada. Destacan entre los síntomas somatomorfos sobre todo las cefaleas y la fatiga, que son síntomas frecuentes también en la clínica de los autóctonos, pero no tanto en personas jóvenes ya que estos síntomas (al

igual que el insomnio) suelen presentarse a más edad. También son frecuentes otras somatizaciones, especialmente de tipo osteomuscular. En menor porcentaje se hallarían las molestias abdominales y aún menos las torácicas. Las molestias osteomusculares se explicarían en relación a las contracturas musculares que aparecen como respuesta al estrés. Especialmente son más intensas en la zona de la espalda y las articulaciones, o como dicen muy gráficamente algunos hispanoamericanos en “las coyunturas”.

- Cefalea: es uno de los síntomas más característicos del Síndrome de Ulises, ya que se da en una proporción superior a la de los autóctonos que viven situaciones de estrés. Las cefaleas que se ven en los inmigrantes son casi siempre de tipo tensional y van asociadas a las preocupaciones recurrentes e intrusivas intensas en que el inmigrante se halla sumido. Las molestias con frecuencia se concentran en la zona frontal y en las sienas. Desde una perspectiva psicoanalítica podrían estar ligadas a la utilización de la defensa de la negación (muy frecuente en el duelo migratorio extremo), al resultarles, a pesar de todo, más soportable el dolor de cabeza que el seguir pensando en tantos problemas y adversidades.
- Fatiga: La energía se halla ligada a la motivación y cuando la persona durante largo tiempo no ve la salida a su situación hay una tendencia a que disminuyan las fuerzas. Este síntoma se da en todos los pacientes que sufren el Síndrome aunque en menor grado en aquellos que llevan poco tiempo en el país de acogida. Es evidente que con

este gran cansancio estos pacientes difícilmente puedan ser diagnosticados de maníacos. Más bien se quejan de hallarse sin energía. Este cansancio se hallaría relacionado con otros síntomas ya descritos como el insomnio, la cefalea. Estos síntomas somáticos pueden cambiar, no son radicalmente fijos. Sobre todo el insomnio que suele ser el primero que remite cuando el inmigrante mejora con el tratamiento. El síntoma más rebelde suele ser la cefalea. A nivel psicossomático es importante también observar que estas personas están casi siempre envejecidas por todo el sufrimiento que padecen. También es importante tener en cuenta que la expresión somática de los síntomas se halla modulada por factores culturales.

d. sintomatología del área confusional

Hay sensación de fallos de la memoria, de la atención, sentirse perdido, incluso perderse físicamente, hallarse desorientados a nivel temporal etc. Habría numerosos aspectos que favorecerían la aparición de sintomatología de tipo confusional. La confusión podría estar ligada a con el tener que esconderse, hacerse invisibles, para no ser retenidos, repatriados. Así no es infrecuente encontrar casos de menores que han pasado por numerosos centros tutelados en los que dan un nombre diferente en cada lugar. También en la migración en situación extrema favorece la confusión la existencia de muchas mentiras o medias mentiras, fabulación en las relaciones familiares. El inmigrante apenas explica la verdad a los suyos para que no sufran por él. Y sus familias

también se guardan de explicarle los problemas que van surgiendo en el país de origen. Al final todo ello potencia la confusión y la desconfianza. También desde una perspectiva cultural se ha de tener en cuenta que en las culturas en las que ha habido más control sobre los ciudadanos se ve menos sintomatología confusional y más de tipo paranoide.

Finalmente desde la perspectiva de la evolución del cuadro, estos pacientes presentan variabilidad temporal en sus síntomas. Hay temporadas en las que están mejor y luego recaen, seguramente en relación al contexto cambiante en el que se encuentran, a la ayuda que reciben y a las defensas que utilizan (así, por ejemplo, a veces, la defensa de la negación puede disminuirles la ansiedad temporalmente) .

El Síndrome del Inmigrante con estrés crónico y múltiple, tendría algunas variantes: así según el número o la intensidad de los síntomas se podría clasificar como parcial o completo, y según los estresores se podría clasificar en mayor, si se dan todos los estresores del cuadro, y en menor, si tan sólo se dan algunos.

2.5. Ubicación del cuadro en la psicopatología.

Un aspecto muy importante de la delimitación clínica de un cuadro es su diferenciación con otros cuadros de la psicopatología con los que posee elementos en común o que son próximos. Obviamente no es fácil ubicar esta sintomatología a nivel nosológico. A nivel del diagnóstico diferencial más

elemental es evidente que el cuadro no tendría nada que ver con el Trastorno por Estrés Agudo porque su característica definitoria (va en el nombre) es que es crónico. Tampoco se trataría de un cuadro de duelo según el DSM-IV-TR porque no tiene que ver con elaboración de la muerte de un ser querido. Desde la perspectiva de la diferenciación con otros cuadros ya he señalado también que no se trata de un trastorno depresivo (por la ausencia de apatía, ideas de muerte, culpa, baja autoestima, etc.), ni por supuesto se trata de una psicosis. Tampoco sería un trastorno adaptativo. Es decir, estamos en el área de la salud mental más que en el área de la psiquiatría. El área de la salud mental es más amplia que el área de la psicopatología y la psiquiatría.

2.5.1. Diagnóstico diferencial con los trastornos depresivos

En el Síndrome de Ulises, aunque hay sintomatología del área depresiva, que es además muy relevante, faltan toda una serie de síntomas básicos de la depresión standard. La sintomatología depresiva presente en el cuadro es ante todo la tristeza y el llanto. De todos modos, fenomenológicamente, no es la tristeza de un cuadro depresivo estándar, es más la tristeza de un duelo extremo, de un pesar intenso, más en la línea de la desolación.

En estos inmigrantes faltan síntomas muy importantes en la depresión, como la apatía, ya que es consustancial con el concepto mismo de depresión el hecho de que la persona no tiene ganas de ir adelante. Estos inmigrantes quieren hacer cosas, están deseosos de luchar pero no ven ningún camino (y no porque deformen la realidad). En el episodio depresivo, como describe

el DSM-IV-TR “casi siempre hay pérdida de intereses”.

Y también se dan con menos frecuencia los pensamientos de muerte. Estas personas están más bien llenas de pensamientos de vida que de pensamientos de muerte. Piensan en sus hijos, sus familias. Sin embargo, también el DSM-IV- TR señala que en la depresión “son frecuentes los pensamientos de muerte” Asimismo mantienen la autoestima.

Por ello difícilmente se puede catalogar este cuadro como un cuadro depresivo, a no ser que lo incluyamos en la categoría de atípico, pero la ausencia de algunos síntomas básicos de los trastornos depresivos hace poco rigurosa dicha adscripción. Aparte de que este tipo de categorías son de muy poca utilidad.

2.5.2. Diferenciación con los trastornos adaptativos

Existe un trastorno adaptativo específico de los inmigrantes. Y este planteamiento podía quizás ser cierto para las migraciones del siglo XX que llegaban con papeles y a los que se les permitía la reagrupación familiar..., pero la situación de la mayoría de los inmigrantes extracomunitarios del siglo XXI es muy diferente y mucho más dramática por lo que no encajaría en este diagnóstico.

En relación a los estresores el DSM-IV-TR señala que los Trastornos adaptativos se caracterizan por “un malestar superior al esperable dada la naturaleza del estresor identificable”. En el caso de los inmigrantes a los que hacemos referencia en primer lugar no habría un estresor sino muchos y

además se caracterizan por poseer una dimensión fenomenológica radicalmente diferente: lucha por la supervivencia, terror.

Hay una clara diferenciación entre el Trastorno adaptativo y el Síndrome de Ulises ya que evidentemente el malestar de los inmigrantes que viven estos estresores límite puede decirse sin ningún temor a equivocarse que es todo menos “superior al esperable”. Es obvio que es más normal estar mal en dichas circunstancias, cuando todo falla alrededor, que ser insensibles a lo que se vive. Podríamos decir que en el trastorno adaptativo el sujeto se toma sus problemas a la tremenda y que en el Síndrome de Ulises los problemas son tremendos y el sujeto se los toma....pues como son. Diagnosticar estos cuadros como trastorno adaptativo sí que nos parece psiquiatrizar, ya que se considera que el sujeto está fallando ante el estresor, algo que no es cierto, ya que supera su capacidad de adaptación.

Otra característica diferencial sería que mientras en el Trastorno adaptativo se da “un deterioro significativo de la actividad social o laboral” en el Síndrome de Ulises el sujeto mantiene su actividad. De todos modos sí que nos podemos plantear que existe un continuum entre el Trastorno Adaptativo y el Síndrome de Ulises. Porque hay un punto en el que los problemas básicos de adaptación, a base de añadir más y más dificultades “pasan de rosca” y se convierten en situaciones extremas. Dónde se halla este punto no es nada fácil de delimitar.

2.5.3. Diferenciación con el Trastorno por Estrés Post-traumático

El cuadro descrito tiene en algunos aspectos similitudes con el Trastorno por Estrés Post-traumático. Siguiendo al DSM-IV-TR, “la característica esencial de este trastorno es la aparición e síntomas característicos que sigue a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático y donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física”. Cuando hemos hecho referencia al estresor miedo, terror, es evidente que en los pacientes con síndrome de Ulises este se da. Pero el DSM-IV-TR no añade todos los otros estresores, y además de gran intensidad que padecen los inmigrantes. Así la soledad, el sentimiento de fracaso, la lucha por la supervivencia no tienen nada que ver con el concepto de trastorno de estrés post-traumático en sí mismo y sin embargo, son factores esenciales en el Síndrome de Ulises. Otra diferencia radicaría en que en el Trastorno por estrés post-traumático, a diferencia del Síndrome que describimos, hay apatía y baja autoestima. La parte común al Trastorno por estrés post traumático proviene de la respuesta al miedo, un estresor muy importante.

2.6. Diagnóstico diferencial

El Síndrome de Ulises se ubica en el ámbito de la salud mental que es más amplio que el ámbito de la psicopatología. El tener en cuenta los factores ambientales, las situaciones de estrés crónico, (tal como se está

haciendo actualmente con otros cuadros como el burn-out, el mobbing, etc. Es muy positivo porque el estrés es sin duda una de las problemáticas básicas en salud mental, aunque aún es poco tenida en cuenta. A pesar de que es casi un lugar común hacer referencia a los planteamientos biopsicosociales en los discursos oficiales de la psiquiatría, a la hora de la verdad lo social sigue siendo la cenicienta de la psicopatología.

Existe una relación directa e inequívoca entre los estresores límite que viven estos inmigrantes y la sintomatología del Síndrome de Ulises. Además el diagnóstico por causas, etiológico (el típico de la medicina, por ejemplo), es de mucha más calidad que el diagnóstico por síntomas ya que en general estos son inespecíficos y comunes a numerosas alteraciones.

De todos modos la ubicación nosológica de los Síndromes ligados al estrés crónico es un tema de debate que ya fue planteado en la redacción del DSM-IV y actualmente hay también una comisión que lo trabaja de cara al DSM-V. Es una opinión ya muy extendida actualmente, en las clasificaciones en vigor tan sólo son recogidos como causantes de alteraciones psicológicas algunas situaciones de estrés, pero no todas. Los estresores recogidos actualmente son:

- los estresores vinculados a la violencia explícita que se hallan recogidos en el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático.

- las situaciones de estrés muy intensas puntuales que son recogidas en el diagnóstico denominado Trastorno por estrés agudo

Sin embargo existen otras muchas situaciones de estrés de tipo

crónico y muy intenso o situaciones de violencia soterrada, larvada, ó no explícita que no están recogidas en estas dos categorías del DSM a pesar de que se sabe que dan lugar a una amplia sintomatología psicológica. En este campo consideramos que se incluiría el Síndrome de Ulises.

En relación a la denominación de Síndrome, se basa en la definición de Síndrome conjunto de síntomas. No es preciso recurrir a la clásica definición de la OMS que entiende la salud como “estado de bienestar físico, mental y social”, para entender que estos inmigrantes en situación extrema y con un amplio número de síntomas se hallan bien lejos de gozar de un estado de salud. Sin embargo, ante el reconocimiento de los problemas psicológicos de los inmigrantes ocurre algo muy parecido a lo que ocurre con los padecimientos de la mujer, o de las minorías: Se tiende a tener una visión prejuiciada y desvalorizada de esta sintomatología desde ciertos planteamientos de la psiquiatría que carecen de sensibilidad ante estas realidades sociales. Así, a nivel de género existe una clara discriminación hacia la mujer desvalorizándose cuadros como la fibromialgia, la fatiga crónica.

El Síndrome de Ulises es a la vez Síndrome y “Pródromos”, constituye una puerta entre la salud mental y el trastorno mental. Porque este Síndrome sería una respuesta del sujeto ante una situación de estrés inhumano, de un estrés de tal naturaleza que es superior a las capacidades de adaptación del ser humano (vivir permanentemente en soledad, sin salida, con miedo...). Pero si esta situación no es resuelta existe un gran riesgo de que se acabe franqueando el umbral de la enfermedad. El Síndrome de Ulises se halla

inmerso en el área de la prevención sanitaria y psicosocial más que en el área del tratamiento, y la intervención tendrá por objeto evitar que estas personas que padecen este cuadro acaben empeorando y lleguen a padecer un trastorno mental estándar (por lo que el trabajo sobre el Síndrome atañe no tan sólo a psicólogos o psiquiatras, sino a trabajadores sociales, enfermería educadores sociales...etc.). Sin embargo, una gran parte de los inmigrantes que acudían a visitarse en la red asistencial lo hacían a través del servicio de urgencias y con graves síntomas, es decir en las peores condiciones asistenciales, las más alejadas de la prevención.



3. ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local y nacional

No se han encontrado antecedentes relacionados

A nivel internacional

3.1. **Autor:** Zarza M, Sobrino Prados M.

Título: Estrés de adaptación sociocultural en inmigrantes latinoamericanos residentes en Estados Unidos vs. España: Una revisión bibliográfica.

Fuente: Anales de psicología 2007, vol. 23, nº 1 (junio), 72-84

Resumen: Estados Unidos y España experimentan actualmente una gran afluencia inmigratoria de personas de origen latinoamericano. Aunque existen diferencias entre ambos países en cuanto a la historia de inmigración, política migratoria y las barreras impuestas al inmigrante, los dos enfrentan la necesidad de desarrollar estudios sociales, servicios de salud preventiva y de intervención, así como herramientas diagnósticas en salud mental. Esta revisión teórica tiene como objeto principal reunir información disponible sobre el proceso de inmigración, integración y estrés de adaptación sociocultural de los inmigrantes latinoamericanos en Estados Unidos y su comparación con la reciente historia de inmigración en España. La trayectoria de investigación y programas de intervención en Estados Unidos son de un valor extraordinario para el trabajo de científicos sociales y clínicos españoles. Entre las recomendaciones para la investigación y aplicación clínica

futura se incluyen: 1) la necesidad de estudiar el efecto de la paradoja de salud del inmigrante latino en Estados Unidos, 2) estudiar si en España se produce un efecto similar y el porqué, 3) llevar a cabo estudios en factores de riesgo y protectores en cuanto a salud física y mental (incluyendo estudios comparativos entre ambos países), 4) realizar una revisión exhaustiva de los programas de intervención social en salud física y mental para inmigrantes en ambos países, 5) desarrollar herramientas diagnósticas, y 6) desarrollar modelos de intervención sensibles a las diferencias socioculturales en cada país. Además, entre las recomendaciones para la práctica clínica se destaca la importancia de diagnosticar e intervenir dentro de un modelo ecológico que respete la cultura y las necesidades del inmigrante Latino.

4. **Objetivos.**

4.1. **General**

Identificar la frecuencia y las características del personal militar que presenta síndrome de Ulises en el cuartel Mariano Bustamante de Arequipa.

4.2. **Específicos**

- 1) Conocer la frecuencia de síndrome de Ulises en personal militar del cuartel Mariano Bustamante de Arequipa.
- 2) Describir las características sociodemográficas del personal militar que presenta síndrome de Ulises en el cuartel Mariano Bustamante de Arequipa.
- 3) Identificar los síntomas depresivos, ansiosos y de somatización del personal militar que presenta síndrome de Ulises en el cuartel Mariano Bustamante de Arequipa.

5. **Hipótesis**

No se requiere por tratarse de un estudio observacional.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal.
- Programas de procesamiento de textos y de análisis estadístico.

2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** La presente investigación se realizará en el cuartel Mariano Bustamante de Arequipa

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizará en forma coyuntural durante el mes de febrero 2013.

2.3. **Unidades de estudio:** Personal militar de tropa del cuartel Mariano Bustamante de Arequipa.

2.4. **Población:** Todo el personal militar de tropa del cuartel Mariano Bustamante de Arequipa en el periodo de estudio.

Muestra: se estudiará a todos los integrantes de la población que cumplan los criterios de selección.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**

- Personal de tropa con al menos 6 meses de permanencia.
- Procedente de lugares fuera de la provincia de Arequipa.
- Participación voluntaria en el estudio.

- **Criterios de Exclusión**

- Fichas de investigación incompletas o mal llenadas

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se realizarán coordinaciones con la comandancia general del Ejército para para solicitar autorización para realizar el estudio.

Se contactará con el personal de tropa cuando se encuentren reunidos para realizar una charla motivacional acerca del impacto del alejamiento de su entorno en la salud mental y lograr la participación en el estudio.

Se aplicará un cuestionario que contendrá preguntas sobre datos epidemiológicos y acerca de sus síntomas depresivos, ansiosos y de somatización. Posteriormente de procesarán las encuestas para su análisis estadístico.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigadora, tutor.

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

Se elaborará un cuestionario de síntomas basado en la revisión bibliográfica y en los criterios del DSM IV TR y será validado por experto (tutor) para su aplicación en la población.

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos serán codificados y tabulados en bases de datos electrónicas para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará clasificación automática en la hoja de cálculo

electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación alfanumérica de los datos ingresados.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas) para variables categóricas, y con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010.

IV. Cronograma de Trabajo

Actividades	Noviembre 12				Diciembre 12				Enero13			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema												
2. Revisión bibliográfica												
3. Aprobación del proyecto												
4. Ejecución												
5. Análisis e interpretación												
6. Informe final												

Fecha de inicio: 01 de Noviembre 2012

Fecha probable de término: 10 de Enero 2013