

INTRODUCCION

Tal como señala esta sección de Anales de Salud Mental, la presentación de ESTUDIOS DE MORBILIDAD PSIQUIATRICA EN LA POBLACION URBANA DE MENDOCITA de Rotondo y colaboradores (1959), "no se incluye como evocación nostálgica, sino como testimonio de su actualidad fructífera". El Comité Editorial consideró necesaria su reedición, por haber sido un estudio de psiquiatría social pionero en Latinoamérica y publicado en la misma época que los estudios epidemiológicos de Midtown Manhattan (1962) y Stirling County (1963), en los Estados Unidos de Norteamérica.

De otro lado, la consideración de los factores sociales y culturales en la población de Mendocita mantiene aún la vigencia del estudio. Se admite, hoy, ya sin lugar a dudas, que la cultura es uno de los mayores determinantes de la conducta humana; y, por ende, de la salud y enfermedad. El desarrollo de modelos conceptuales en medicina que incluyen la dimensión cultural obedece a esta necesidad.

La orientación que le dió Rotondo al estudio de Mendocita refleja su amplia, seria y ecléctica formación Mariátegui (1985), en su testimonio sobre el autor, dice: "Siguió cursos y seminarios en la Fundación William Alanson White de New York con las

más relevantes figuras de la psiquiatría y la socioantropología en los Estados Unidos de Norteamérica, Harry Stack Sullivan, Erich Fromm y Ruth Benedict que marcarían indeleble influencia en una etapa decisiva".

En la década del 50 se vivía en el Perú los indicios de una etapa que cambiaría profundamente las características de la población peruana; por ello, la preocupación de los editores de Estudios de Psiquiatría Social refleja una visión futurista: "Envueltos en un acelerado e incontrolable proceso de urbanización que no se acompaña de un efectivo desarrollo económico, observamos y sentimos la tragedia de una enorme población campesina, en pleno proceso de transculturación, que no siempre satisface sus expectativas de ascenso social". Luego de casi 34 años, es de todos conocidos a escala nacional, los mecanismos y variables señalados en esta importante investigación; los resultados de la explosión demográfica en la década del 60 con todas las consecuencias económicas, sociales y culturales, derivadas de la migración interna deben retomarse con las ventajas actuales que ofrece la investigación moderna. Anales de Salud Mental invita a los investigadores peruanos a restablecer el puente investigativo entre el pasado, siempre presente y el futuro siempre posible.

El Comité Editorial

PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL AREA URBANA DE MENDOCITA

EL PROYECTO *

Humberto ROTONDO **

En la presente nota preliminar esbozamos un proyecto de investigación epidemiológica en los dominios de la salud mental en un barrio del distrito de la Victoria (Lima), conocido con el nombre de Mendocita. Este proyecto se encuentra en pleno proceso de ejecución y en él se han contemplado dos etapas: 1) una de averiguación indirecta; 2) otra de indagación directa y de campo.

El área urbana que estudiamos tiene una población de 4,914 habitantes y en ella se halla 1,016 grupos domésticos de acuerdo al censo efectuado por el Instituto de Etnología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Noviembre, 1956). El área dedicada a la habitación es de aproximadamente 145.000 metros cuadrados, de donde resulta una altísima densidad de población. Esta zona carece de agua potable a domicilio, de desagüe y de alumbrado. No nos referimos en esta nota a las condiciones de la vivienda, por demás insalubres en su mayor parte, pero sí destacaremos las condiciones peculiares derivadas del hecho de que sólo 68 personas son propietarias de los lotes de este barrio, muchas de ellas no residentes, siendo el resto inquilinos o alojados. Conviene, además, referirnos a una población marginal de vagos y enfermos mentales que se instalan donde y como pueden dentro del perímetro de esa zona, un tanto

apartado del tráfico del distrito.

En esta área de Mendocita habían fracasado repetidos ensayos de organización de la colectividad y se había evidenciado a través de múltiples observaciones iniciales una ausencia de espíritu de comunidad. Todo proyecto de colaboración en planes de mejoramiento colectivo apenas si encontraba eco transitorio principalmente en las mujeres; de otro lado se hacía patente una pobreza de comunicación entre los pobladores.

Nuestra labor se inició mediante la observación de la zona y la entrevista de algunas personas de la localidad, tomadas en su mayoría al azar. Se hizo evidente, desde un comienzo, una gran tensión manifestada a través de una percepción, por lo general, negativa de sus vecinos, ocurrencias de frecuentes fricciones, líos y pendencias, aún por motivos nimios. Llamaba la atención el pobre conocimiento que el uno tenía del otro, el alejamiento del criollo con respecto del indígena. Eran frecuentes las referencias a inseguridad tanto con respecto a la vivienda como, en general, al futuro, y gran descontento en relación a las condiciones de vida, particularmente la ausencia de agua potable y de desagüe, los malos olores, el hacinamiento, etc.

Contemplamos en la investigación

* Publicado en el Boletín del DEPARTAMENTO DE HIGIENE MENTAL, Vol. 1, Nº 1, 1957.

** En colaboración con José Matos Mar, Gustavo Saco M.W., Javier Mariátegui, Carlos Barbareón Vigil, Pedro Allaga Lindo, y Olga Degregori, Hilda de Mayca y Beatriz Pacheco.

una primera etapa de estudio indirecto, que en la actualidad se halla en su etapa final. Esta investigación ha consistido en la búsqueda cuidadosa de cuanta información registrada hubiera en lo que atañe no sólo a enfermedades mentales sino a todo tipo de problema social.

En este estudio de la prevalencia de desórdenes mentales y de problemas sociales en una determinada población, hemos empleado el método del censo. De acuerdo a este método se investiga, en determinado momento, la población de una área geográfica limitada, buscándose y examinando a aquellas personas que padezcan de algún desorden emocional, enfermedad mental o que constituyan problemas sociales.

La búsqueda de datos indirectos se llevó a cabo en muy variadas instituciones privadas y dependencias estatales. Hemos revisado los archivos y registros de hospitales, centros de asistencia social, cárceles, institutos de reeducación y de educación de menores, juzgados de menores, comisarías, departamento de venereología, etc. Se tomaron los datos allí existentes y, cuando era factible encontrar a los sujetos, se complementaron utilizándose ficha especial. Tratándose de personas con desórdenes emocionales y enfermedades mentales se les buscó a fin de verificar el diagnóstico; esto permitió, en la primera etapa, iniciar un estudio directo, en el mismo barrio, de todas aquellas personas registradas, presentes en el momento de la investigación. Podemos adelantar que muchas personas no fueron encontradas, las más por haber cambiado de residencia, lo que merecería tenerse en cuenta en otra etapa de la investigación para un estudio de la movilidad de los pobladores.

En la segunda etapa, contando

con la colaboración de los antropólogos sociales José Matos Mar y William Mangín, se trata de relacionar los resultados de un "survey" directo de la población con algunas variables sociales y culturales.

En esta etapa tratamos de determinar la prevalencia relativa en la población de Mendocita de una variedad de desórdenes de la personalidad, neurosis, psicosis funcionales, desórdenes cerebrales orgánicos, personalidades anormales, reacciones, situacionales y problemas sociales. Esta investigación no la realizamos en una muestra tomada al azar sino en una representativa de la composición familiar de la población. De acuerdo a las investigaciones de José Matos Mar, asociado en este proyecto, la población de Mendocita está integrada por los siguientes grupos domésticos: a) Matrimonios:49; b) Familias nucleares:444; c) Familias incompletas:166; d) Familias agregadas:238; e) Grupos heterogéneos:76; f) Personas que viven solas:43. Nosotros hemos considerado la conveniencia de estudiar un 20% de cada uno de estos tipos de grupos.

La investigación directa ha comenzado aplicándose el Cuestionario o Índice de Salud de Cornell. Este Cuestionario permite no sólo una averiguación del estado actual de salud física y emocional sino también de los antecedentes pertinentes, sin que se despierten mayores resistencias emocionales dado que se inicia con indagación acerca del estado de salud corporal.

Un número de personas será sometido al "Inventario de la Personalidad de Minnesota" (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), que permite un diagnóstico de Hipocondría, Depresión, Histeria, Personalidad psicopática, Paranoia, Psicastenia,

Esquizofrenia e Hipomanía. Estas personas son aquellas que de acuerdo al Índice de Salud de Cornell, presentan desórdenes emocionales de grado moderado y severo.

Una muestra de la población se investigará con el objeto de averiguar la prevalencia del alcoholismo y del consumo de coca.

De esta suerte se obtendrá información acerca de la prevalencia de toda una variedad de desórdenes emocionales y de la personalidad, lo que encontrará una complementación en los datos de la observación y de la entrevista durante todo el proceso de la investigación.

En lo que atañe al estudio de variables, que puedan tener o no alguna relación con los datos que obtenemos sobre el estado de salud mental, disponemos de información acerca del estado económico y social de los pobladores y de su estado migratorio conforme a los estudios efectuados en el área por José Matos Mar. Esta información incluye datos referentes a la motivación de la migración e instalación en el barrio que estamos estudiando. Mayores averiguaciones incidiendo en este asunto estudian en el barrio tanto José Matos Mar como William Mangin.

Nos hemos propuesto indagar sobre determinados "stress", privaciones y desorientaciones, en las relaciones interpersonales, tanto en el pasado como en la situación actual, con el objeto de ver si se correlacionan con los datos que estamos obteniendo en lo que se refiere a la salud mental. Para esto hemos elaborado un cuestionario biográfico, utilizando la técnica de complementación de frases incompletas, el que permite, de acuerdo a pruebas preliminares, la obtención de abundante información de signifi-

cación personal.

Dado el aislamiento, que conforme a observaciones y entrevistas preliminares íbamos descubriendo, nos propusimos estudiar el grado de participación social entre los pobladores. Se trata de un estudio especial de la participación social, tanto formal como informal, para una evaluación de la posible influencia del aislamiento social en los trastornos estudiados y en los problemas sociales de la colectividad.

Un estudio de control social, en la medida que los sujetos lo han incorporado, permitiría apreciar la posible influencia de la desorientación valorativa y de la "moral" o sea de "la actitud individual o de grupo respecto a la confianza, perseverancia en el trabajo y fidelidad a los ideales" (H.C. Warren). Para dicho estudio empleamos la parte primera de la escala de Minnesota (John Darley y McNamara). Esta prueba permite obtener información acerca de la esperanza y entusiasmo del sujeto con respecto a la vida y a sus posibilidades; un bajo rendimiento, en esta prueba, denotaría, por tanto, cinismo y falta de esperanzas.

Por último, se someterán a estudio intensivo psiquiátrico y psicológico 22 familias en las que hubieren dado resultados positivos los diversos estudios generales. Se contempla la utilización de la técnica del Rorschach en esas familias para lo que contamos con los servicios de un técnico experimentado (P. Aliaga).

Los antropólogos sociales emplearán la técnica de la biografía para un número determinado de casos y, paralelamente a la investigación general, se han planeado una acerca de la densidad de población en relación a la vivienda y otra en lo que atañe a la movilidad social.

ESTUDIOS DE MORBILIDAD PSIQUIATRICA EN LA POBLACION URBANA DE MENDOCITA

RESULTADOS DE LA APLICACION DEL INDICE MEDICO DE CORNELL (*)

HUMBERTO ROTONDO, JAVIER MARIATEGUI, y CARLOS BAMBAREN,
en colaboración con **JOSE MATOS MAR, GUSTAVO SACO, PEDRO ALIAGA LINDO, CARLOS GARCIA PACHECO, OLGA DEGREGORI, BEATRIZ PACHECO e HILDA GOMEZ DE LA TORRE.**

La investigación de la incidencia de psicosis, neurosis, personalidades anormales, epilepsia y retraso mental en la población general ha de completarse con una averiguación acerca de los pequeños desórdenes emocionales, de las denominadas reacciones situacionales y aún de ciertos rasgos de la personalidad y actitudes que puedan engendrar dificultades o sufrimientos en las relaciones humanas. Si se procede de esa suerte, podremos disponer de una variada información acerca de lo que llamaremos las diversas zonas de patología emocional en la población que habita una determinada área geográfica. Un ideal sería, sin embargo, la obtención de información significativa que pudiera cuantificarse para poder apreciar luego su distribución en diferentes grupos de la colectividad estudiada.

Una apreciación de la morbilidad psiquiátrica, entendida así, ha de comenzar con una determinación de la frecuencia con que se hacen presentes los "hechos" mencionados, para proceder, en una segunda etapa, a su interpretación sobre la base de ciertas hipótesis de trabajo o formaciones provisorias, que luego han de verificarse con todo rigor y objetividad. De esta manera el estudio epidemiológico resulta altamente fructífero y puede ser el punto de partida para ulteriores

investigaciones.

Nosotros hemos estudiado la morbilidad psiquiátrica de una población de Lima asentada en una zona urbana, tipo "slum": "Mendocita". No pretendemos generalizaciones valederas para todo tipo de población urbana y menos aún para una rural, dado que la estudiada tiene características especiales como brevemente ya señalamos en la formulación de nuestro Proyecto. Esta zona no es, propiamente hablando, del tipo de la barriada marginal que ha descrito y delimitado José Matos Mar "como un conglomerado social constituido por una población que invade terrenos baldíos, principalmente de propiedades del Estado y, en menor escala, de la Beneficencia Pública de las Municipalidades o de propietarios particulares. Al realizar la invasión los participantes dividen el terreno en lotes de tamaño indiscriminado, se los reparten, construyen sus vivienda utilizando toda clase de materiales de construcción y su principal anhelo es ser considerados como propietarios del terreno. Este anhelo es el motor fundamental que mueve a toda gente y a la vez una fuerza tremenda de inseguridad que afecta la integración social de esta población. Como compensación la familia desempeña un papel fundamental de seguridad

(*) Publicado en la REVISTA PSIQUIATRICA PERUANA, Vol. 2, Nº 34, 1959.

social que también cumplen las Asociaciones”.

“Mendocita” es un barrio habitado casi en un 99% por simples inquilinos, casi todos obreros de escasos ingresos y que viven en condiciones de gran insalubridad con una enorme densidad de población por habitación.

La mayor parte de sus habitantes desea salir del barrio, muchos temen un desalojo por razones de la prolongación y rectificación de calles pero no todos pueden encontrar, fuera del mismo, alojamiento a la medida de sus posibilidades económicas. Existen grandes tensiones en la población, grandes distancias psicológicas entre los diferentes núcleos de provincianos y limeños, sentimientos de vergüenza debido al hecho de morar en esa zona de tugurios y, claramente, para todo observador, una “atmósfera” muy difundida de inseguridad.

Sin entrar en detalles acerca de la composición de la población, de la que daremos cuenta posteriormente, adelantaremos que una proporción elevada, más del cincuenta por ciento, está constituida por personas procedentes de provincias, tanto de la Costa como de la Sierra. Este hecho singular plantea la conveniencia de un conocimiento de sus reacciones emocionales menores al lado de los desórdenes de mayor monta, a fin de establecer relaciones con diversos factores socio-culturales, entre ellos los vinculados al proceso de urbanización.

Una primera etapa de nuestro estudio directo consistió, pues, en una investigación de morbilidad psiquiátrica de tipo censal. El examen directo de toda la población o de una muestra apreciable era sumamente complicado dado el volumen de la misma puesto que habría exigido el

examen personal de todos y cada uno de sus integrantes. Sabemos de los problemas derivados del simple despistaje de casos sospechosos de patología emocional o psíquica, ya que la simple categorización diagnóstica de un caso como presunta psicosis o neurosis no tiene valor en un estudio epidemiológico serio, a menos de ser utilizado el dato para delimitación y especificación posteriores. Así, de nada vale, como destaca Paul V. Lemkaus, incluir dentro del rubro enfermedad mental: “senilidad, parálisis general, esquizofrenia, delirio y estados de angustia”, o “psiconeurosis” a toda una variedad de trastornos que van de la neurosis de angustia a las diversas formas de reacción histérica, a la neurosis obsesiva, etc.

Se plantea el problema de la mayor o menor intensidad de la investigación censal: una simple distribución de cuestionarios para ser llenados por los probandos proporciona menor información y es menos valedera, aún en el caso del mayor rigor en su formulación, que cuando se aplica en forma personal por el encuestista que tiene oportunidad de aclarar, de obtener una información complementaria y de observar las reacciones personales durante su administración. Un cuestionario, en fin, suministra menos información que una entrevista, pero, cuando ambos procedimientos se combinan se halla mayor proporción de casos patológicos y se obtiene una información complementaria sistemática.

En las investigaciones de Thomas C. Renni y colaboradores en una área central de la ciudad de New York, y en la de los Leighton y colaboradores en un pequeño pueblo de Nova Scotia (Canadá), se ha combinado el método de los cuestionarios con el examen

directo de una considerable muestra de esas poblaciones con todas las ventajas de una información sistemática sobre sintomatología psiquiátrica, grado de incapacidad y datos diversos de naturaleza socio-cultural.

El método del censo empleado en nuestro estudio, a diferencia de los procedimientos indirectos de las diversas referencias, permite un contacto personal, afinándose de esta manera el diagnóstico. Los datos que así conseguimos se refieren a una determinada fecha o época aunque también hemos obtenido información del mismo sujeto o de familiares, en relación a trastornos que tuvieron lugar en otra época, o a fases, brotes o accesos anteriores en el caso de desórdenes periódicos o intermitentes (fases maniaco-depresivas, brotes esquizofrénicos, accesos epilépticos, etc.).

Como ya hemos mencionado en estudios epidemiológicos que se efectúan en grandes grupos humanos surge la dificultad del examen directo de toda la población o de una muestra considerable de la misma. Esta dificultad podría salvarse si se dispusiera de un método de despistaje de los casos con patología emocional significativa que pudieran, luego, estudiarse de una manera intensiva para hacer los correspondientes diagnósticos específicos. Nosotros nos hemos valido del cuestionario denominado Índice Médico de Cornell para esta suerte de despistaje o "screening". Este procedimiento, de valor para la ubicación de los casos patológicos, ha comprobado su efectividad en diversos medios (militares, hospitalarios, industriales) y, como veremos en la parte metodológica, tiene una correlación positiva elevada con los datos del examen clínico. El Índice Médico de Cornell puede proporcionar datos de

interés acerca de importantes síntomas somáticos, psicossomáticos, y psíquicos que, inclusive, pueden cuantificarse y utilizarse con fines comparativos. Para el propósito de descubrir los casos patológicos, son útiles muchas preguntas, que al ser contestadas afirmativamente indican definidos trastornos emocionales y somáticos. Asimismo, pueden obtenerse ciertos valores cuantitativos, por encima de los cuales se ha de sospechar con mucha probabilidad y, luego puede comprobarse, patología emocional significativa.

La aplicación del Índice Médico de Cornell nos ha permitido, pues obviar las dificultades de un examen individual mediante la técnica de la entrevista en todos y cada uno de los integrantes de la muestra de pobladores de Mendocita, limitándonos a hacerlo en aquellos casos sospechosos y positivos que reveló la citada prueba.

En el presente estudio nos limitamos a comunicar los datos obtenidos de la aplicación del I.M.C. y a mostrar la importancia de su empleo en la etapa preliminar de una investigación epidemiológica psiquiátrica en grandes poblaciones.

Datos Generales de la población

El total de habitantes de Mendocita es de 4,914, de acuerdo al censo dirigido por el Dr. José Matos Mar (Instituto de Etnología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos) y llevado a cabos en Noviembre de 1956.

La distribución de los pobladores por sexos y grupos de edades muestra un ligero predominio de varones y una gran mayoría de habitantes jóvenes, tanto masculinos como femeninos.

CUADRO A: Distribución de los pobladores por sexos y grupos de edad

Edad en años	Hombres	Mujeres	Total
1	94	108	202
2	103	78	181
3	103	105	208
4	89	81	170
5 a 9	338	319	657
10 a 13	202	211	413
14	49	44	93
15	61	56	96
16 a 19	213	193	406
20	61	53	114
21 a 24	278	184	462
25 a 29	254	218	472
30 a 34	193	142	335
35 a 39	150	136	286
40 a 44	106	85	191
45 a 49	61	70	131
50 a 54	60	48	108
55 a 59	32	39	71
60 a 64	20	18	38
65 a 69	13	14	27
70 a 74	5	9	14
75 a 79	2	7	9
80 a 84	4	-	4
85 a 89	-	2	2
90 a 94	-	2	2
Ignor.	112	107	219
TOTALES	2,582	2,329	4,911

CUADRO B 2. Distribución por sexos y estado civil

	Conviv. y Casados	Solteros	Padres Solteros	Divorciados	Viudos	Ing.
Hombres	782	621	4	2	44	6
Mujeres	756	394	47	2	121	1
TOTAL	1,538	1,015	51	4	165	7

En cuanto al estado civil de la población observamos un predominio del grupo de los casados y convivientes. Se advierte, además, una alta proporción de viudos con preponderancia de los de sexo femenino.

El barrio está poblado por personas procedentes de diferentes lugares del Perú. Su población, humanamente heterogénea, muestra un mayor número de nativos del Departamento de Lima, incluyendo el área metropolitana. Nótese, sin embargo, que más del 50% de la población proviene de provincias, y de esta más del 25% de departamentos exclusivamente serranos.

Esta población está constituida, casi en su totalidad, por inquilinos o arrendatarios, que pagan una bajísima merced conductiva. El barrio se halla integrado por 68 lotes cuyos propietarios, en su gran mayoría, residen fuera del mismo.

En lo que se refiere a ocupación casi todos sus habitantes masculinos y adultos pertenecen al grupo de los obreros no calificados y algunos a diversos servicios o se dedican al pequeño comercio ambulante, dentro y fuera del barrio.

La población censada está distribuída en 1,016 grupos domésticos. Se entiende por grupo doméstico (household) al conjunto de personas que viven bajo un mismo techo, sean o no miembros de una familia. José Matos Mar ha intentado una clasificación de estos grupos domésticos en: matrimonios, familias nucleares, familias incompletas, familias agregadas y grupos heterogéneos, aparte del constituido por aquellos que viven solos. Los criterios a que corresponde

la clasificación son los siguientes: 1.- Matrimonios: dos personas de distinto sexo que hacen vida marital, casados o convivientes, sin descendencia; también se incluye en este conjunto a los matrimonios con servidumbre, 2.- Familias nucleares, compuestas básicamente por el padre, la madre y los hijos comunes de ambos, biológicos o adoptivos. En nuestro análisis incluimos también en esta categoría a las familias que cuenta con hijastros del padre o de la madre, tengan o no hijos comunes. 3.- Familias incompletas; se han considerado casi aquellas en las cuales existe relación entre un progenitor e hijos, y en cuya casa pueden residir otros parientes. 4.- Familias agregadas o sea aquellas constituidas por una familia nuclear que sirve de base, junto a la cual viven otros parientes; también se consideran en esta categoría a los matrimonios en cuya casa viven otros parientes. 5.- Grupos heterogéneos: los constituídos por parientes - entre los cuales no se dan relaciones matrimoniales y filiales - o amigos.

Estos 1,016 grupos domésticos, de acuerdo al censo, están formados por 444 familias nucleares, 238 familias agregadas, 166 incompletas, 76 grupos heterogéneos, 49 matrimonios y 43 personas que viven solas.

Salta a la vista la elevada proporción de familias nucleares, 43.7%, en tanto que las agregadas constituyen el 23.4%, las incompletas el 16.3%; los grupos heterogéneos el 7.4%, los matrimonios el 4.8% y los "solitarios" el 4.2%.

Esta población está asentada en 145,000 metros cuadrados habitables, lo que da una elevada densidad de población.

Datos acerca de la muestra estudiada.

En vista del interés de relacionar los resultados de la aplicación del Índice Médico de Cornell con los diferentes tipos de grupos domésticos, procedimos a la obtención de una muestra proporcional al de estos en la población general. Esta muestra incluye un 15% de los diferentes grupos domésticos, o sea: 8 matrimonios, 67 familias nucleares, 25 familias incompletas, 36 familias agregadas, 12 grupos heterogéneos y 7 solitarios, procurando, en cuanto fuere posible, obtener datos tanto de los integrantes de sexo masculino cuanto del femenino. En diferentes cuadros damos cuenta sucesiva de variados aspectos demográficos de la muestra.

METODO

En la población muestra hemos aplicado el "Índice Médico de Cornell". La investigación tuvo lugar desde el mes de Diciembre de 1957 a Marzo de 1958, aplicándose el cuestionario en forma individual, leyéndose las preguntas a los sujetos y procediéndose a su aclaración cuando fue necesario.

El cuestionario de salud- Índice Médico de Cornell (I.M.C.)- sirve como una historia médica de tipo integral que permite una exploración sistemática tanto de la salud física como de la emocional. Contiene 195 preguntas a las que se debe responder meramente con un "sí" o con un "no". Existen dos formas, una para varones y otra para mujeres.

Consta el I.M.C. de 18 secciones (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R). Las secciones de A a L, inclusive, se refieren, predominantemente a síntomas somáticos psicósomáticos y las de M a R, inclu-

sive, comprenden preguntas destinadas a indagar acerca del estado emocional y de algunas actitudes interpersonales. Veamos en detalle lo que comprenden.

- Sección A Ojos y oídos
- Sección B Sistema respiratorio
- Sección C Sistema cardiovascular
- Sección D Tracto digestivo
- Sección E Sistema músculo-esquelético
- Sección F Piel
- Sección G Sistema nervioso
- Sección H Sistema génito-urinario
- Sección I Fatigabilidad
- Sección J Frecuencia de enfermedades (actitudes, etc.)
- Sección K Enfermedades varias
- Sección L Hábitos
- Sección M Inadecuación
- Sección N Depresión
- Sección O Ansiedad
- Sección P Susceptibilidad
- Sección Q Cólera
- Sección R Tensión

El Índice Médico de Cornell permite una evaluación apropiada de la severidad de una perturbación o desorden emocional. Se sospecha un serio desorden cuando el número de respuestas "sí" es más de 25. Más de 3 respuestas "sí" en las secciones M a R, inclusive, sugieren una perturbación psicológica, así como 3 ó más respuestas "sí" en las secciones I y J. Cuando una perturbación emocional se manifiesta por quejas somáticas, las respuestas "sí" en las secciones A-L son numerosas y se refieren a diversos sistemas y aparatos, en cambio cuando se manifiesta con alteraciones de la afectividad, de las actitudes emocionales hay respuestas "sí" en las secciones M-R.

EXPOSICION DE LOS RESULTADOS

CUADRO C Distribución según el lugar de nacimiento			
Lugar de Nacimiento	Número	Lugar de Nacimiento	Número
Lima	2,470	Puno	69
La Libertad	307	Piura	62
Ica	240	Pasco	50
Ancash	175	Huánuco	49
Ayacucho	162	Callao	36
Junín	151	San Martín	13
Apurímac	146	Tumbes	12
Lambayeque	127	Moquegua	8
Cajamarca	115	Madre de Dios	6
Arequipa	96	Loreto	5
Cusco	80	Amazonas	5
Huancavelica	74	Tacna	4
Extranjeros	7	Ignorados	445
		TOTAL:	4,914

CUADRO D Composición de la población - muestra					
Grupos domésticos		No. de grupos	Número de probandos		
			Total	Masculinos	Femeninos
Matrimonios	(M)	8	14	8	6
Solitarios	(S)	7	7	6	1
Incompletos	(I)	26	26	9	17
Heterogéneos	(H)	12	16	10	6
Agregados	(A)	28	48	27	21
Núcleares	(N)	67	128	64	64
TOTALES		147	239	124	115

CUADRO E			
Cuadro comparativo de la población total y de la muestra (representación porcentual de esta última)			
Grupos domésticos	No. de grupos	Población - muestra	
		población general	No. de grupos %
Matrimonios	49	8	16.32
Solitarios	43	7	16.27
Incompletos	166	25	25.06
Heterogéneos	76	12	15.78
Agregados	238	28	11.76
Núcleares	444	67	15.09
TOTALES	1,016	147	14.44

CUADRO F		
Distribución de la población en lo que se refiere a la propiedad de la casa habitación		
Grupos Domésticos	Inquilinos	Propietarios
Matrimonios	12	2
Solitarios	7	0
Incompletos	24	2
Heterogéneos	16	0
Agregados	46	2
Nucleares	122	6

CUADRO G		CUADRO H	
Promedios de individuos y de hijos por grupo doméstico			
Número de personas (promedio) por grupo doméstico		Número de hijos (promedio) por grupo doméstico	
Matrimonios	2	Matrimonios	0
Solitarios	1	Solitarios	0
Incompletos	4.32	Incompletos	2.9
Heterogéneos	4.	Heterogéneos	1.12
Agregados	8.2	Agregados	2.7
Nucleares	5.7	Nucleares	3.7

CUADRO I															
Conformación de la población muestra de acuerdo a las ocupaciones															
	Desocupados			Obreros			Empleados			Serv.Dom.y act.no esp.			Artesanos y otras ocup.		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Matrimonios				6	0	6							1	0	1
Solitarios				3	0	3	3	0	3	1	0	1			
Incompletos				5	0	5	1	1	2	0	3	3	1	2	3
Heterogéneos	1	0	1	5	1	6	1	0	1	0	1	1	2	0	2
Agregados				15	0	15	2	0	2	2	1	3	3	0	3
Nucleares				34	1	35	13	2	23	3	6	9	7	0	7
	1	0	1	68	2	70	20	3	23	3	6	9	14	2	16

	Pequeños comerc.			Profesionales			Rentistas			Quehaceres domést.			Sin datos		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Matrimonios	1	0	1							0	6	6			
Solitarios										0	1	1			
Incompletos	2	5	7				1	0	1	0	5	5			
Heterogéneos	0	1	1							0	3	3			
Agregados	2	1	3	3	0	3				0	19	19			
Nucleares	8	1	9	1	0	1	1	0	1	0	57	57	0	2	2
	13	8	21	4	0	4	2	0	2	0	91	91	0	2	2

CUADRO K							
COMPOSICION DE LA POBLACION-MUESTRA ATENDIENDO AL LUGAR DE ORIGEN							
	Matri- monios	Soli- tarios	Incom- pletos	Hetero- géneos	Agre- gados	Nuclea- res	Total
Lima y Callao	3	3	7	3	4	27	47
Dpto. Lima			2	2	5	24	33
Tumbes						0	
Piura	1		1	2	2	1	7
Lambayeque		1	1	1	5	8	
La Libertad		1	2	6	19	28	
Ancash	2		4		5	11	22
Ica	1	1	1	10	13		
Arequipa	2		1	1	3	3	10
Moquegua							0
Tacna						1	1
Cajamarca	2			1	2	8	13
Huánuco			1	1	4	6	
Pasco		1	1		1	3	
Junín					1	1	2
Huancavelica	1		1		2	1	5
Ayacucho	1		4	2	6	6	19
Apurímac				2	3	2	7
Cusco					3	3	
Puno	1				4	1	6
Amazonas						1	1
San Martín					1	1	2
Loreto							0
Madre de Dios							0
(Arica)		1					1
(Tarapaca)						1	1
(Iquique)						1	1
Sin datos					1		1

CUADRO L				
COMPOSICION DE LA POBLACION-MUESTRA DE ACUERDO A LA REGION DE PROCEDENCIA				
Costa	134 = 56.07%		Lima	45 = 18.82%
Sierra	103 = 43.09%	Costa	Otros	89 = 37.23%
Montaña	2 = 0.8%			

CUADRO M									
Composición: atendiendo al tiempo de estadía en la barriada. (Hasta 1957, inclusive)									
	0-1	1-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25-30	30-35	Sin datos
Matrimonios		1	8	3	0	2			
Solitarios		4	2	1					
Incompletos		3	6	2	9	4	2		
Heterogéneos	1	5	4	1	4		1		
Agregados		12	16	7	6	6			1
Nucleares		33	25	28	27	9		1	5
TOTALES	1	58	61	42	46	21	3	1	6

I) RESULTADOS GENERALES

Como hemos señalado en la parte metodológica, nuestros resultados serán analizados, primero, en función de los diversos grupos domésticos integrantes de la población de Mendocita. Esto nos permitirá establecer probables relaciones entre la estructura y funcionamiento de dichos grupos fundamentales de la colectividad y la patología emocional observada. En segundo término nos ocuparemos del análisis pormenorizado de los resultados atendiendo a las variables de sexo, edad, tiempo de estadía en el barrio y, para los migrados de provincias, tiempo de estadía en Lima. En una última sección estudiaremos los resultados de algunas preguntas fundamentales del Índice Médico de Cornell (I.M.C.) en sus conexiones con factores de población.

a) Análisis de la distribución de los resultados en función del número de sujetos.

En el cuadro N° 1 se representa la distribución en primer lugar, de los resultados de las respuestas totales positivas (R si Total), atendiendo al número de sujetos, en porcentaje y en valores absolutos por grupos de rendimientos y en función de los diversos grupos domésticos. Llama la atención que los mayores porcentajes de sujetos en todos los grupos domésticos se hallen por encima del valor 30, límite de normalidad, en las respuestas totales positivas. Son los grupos de "matrimonios", "incompletos" y "agregados" los que ofrecen porcentajes mayores.

En el cuadro figuran, asimismo, los resultados de la adición de las respuestas positivas de las secciones M a la R, inclusive., del I.M.C. (R si

M-R) puede notarse que la gran mayoría de los pobladores estudiados tienen en sus pruebas valores superiores a 4 respuestas positivas en estas secciones. Sólo 35 sujetos, de los 239 de la muestra, están dentro del Grupo O a 4 respuestas positivas, es decir, entre los valores considerados normales -valor límite 3-. Destaca la singular posición del grupo de los "nucleares" por exhibir el más bajo porcentaje de sujetos con elevada patología emocional, en tanto que el grupo de los "matrimonios" y el de los "incompletos" ofrecen un mayor porcentaje de sujetos con valores indicadores de una patología emocional más severa.

En la sección que agrupa los valores de los rubros I y J (R si I-J) se aprecia que existe en todos los grupos domésticos excepto en los nucleares, un porcentaje similar de sujetos alrededor de 45% que presenta más de tres respuestas positivas que denotan fatiga y preocupación exagerada por la salud.

En la última sección que reúne las respuestas positivas de los rubros ansiedad y tensión del I.M.C. (R si O-R) advertimos que, para todos los grupos domésticos, excepto el de "incompletos", un 50% aproximadamente de sujetos tienen valores por encima de 3. El grupo de los "incompletos" ofrece en cambio un porcentaje de 70% por encima de dicho valor.

De las cifras expuestas se desprende que el grupo de los "nucleares" presenta con menor frecuencia signos reveladores de perturbación emocional, lo que quizás guarde relación con un mayor soporte afectivo derivado de la estructura y funcionamiento particulares de la familia nuclear. En el grupo de "matrimonios" e "incomple-

CUADRO Nº I

Cuadro de distribución de resultados atendiendo al número de sujetos
(valores absolutos y porcentuales) por grupos de rendimientos.

R si TOTAL	%	%	%	%	%	%						
0 - 9			1	3.8	1	6.2	4	8.3	10	7.80		
10 - 19	3	21.5		4	15.4	4	25.0	7	14.6	16	12.48	
20 - 29			3	42.8	2	7.7	1	6.2	4	8.3	19	14.84
30 - 39	3	21.5		3	11.5	3	18.7	9	18.8	27	21.06	
40 - 49	1	7.1	1	14.3	4	15.4	1	6.2	7	14.6	15	11.70
50 - 59	1	7.1	1	14.3			1	6.2	7	14.6	14	10.92
60 - 69			1	14.3	5	19.2	1	6.2	1	2.1	7	5.46
70 - 79	1	7.1					2	12.5	2	4.2	4	3.12
80 - 89					2	7.7	1	6.2	3	6.2	5	3.90
90 - 99	3	21.5			2	7.7			3	6.2	4	3.12
100 - 109	1	7.1			2	7.7	1	6.2			4	3.12
110 - 119	1	7.1	1	14.3					1	2.1	2	1.56
120 - 129					1	3.8					1	0.78
TOTALES	14		7		26		16		48		128	

R si (M-R)	%	%	%	%	%	%						
0 - 4	3	21.5	1	14.3	3	11.5	1	6.2	8	16.6	19	14.84
5 - 9	1	7.1	2	28.55	5	19.2	5	31.2	6	12.5	28	21.84
10 - 14	2	14.2	2	28.55	2	7.7			11	22.9	27	21.08
15 - 19					3	11.5	6	37.5	6	12.5	16	12.48
20 - 24	3	21.5	1	14.3	3	11.5			5	10.5	8	6.25
25 - 29					2	7.7	1	6.2	6	12.5	11	8.59
30 - 34	2	14.2			6	23.1	1	6.2	3	6.2	9	7.03
35 - 39	3	21.5	1	14.3	1	3.8	1	6.2	2	4.2	9	7.03
40 - 44							1	6.2	1	2.1	2	1.56
45 - 49					1	3.8						
TOTALES	14		7		26		16		48		128	

R si (I-J)	%	%	%	%	%	%						
0 - 2	8	57.12	3	42.84	14	53.8	9	56.2	29	60.9	83	64.74
3 - 5			2	28.56	5	19.2	3	18.7	10	21.0	20	15.60
6 - 8	2	14.28	1	14.28			1	6.2	4	8.3	13	10.14
12 - 14	1	7.14	1	14.28	5	7.7	2	12.5	3	6.2	5	3.90
9 - 11	3	21.42			2	19.2	1	6.2	2	4.2	6	4.68
15 - 17											1	0.78
TOTALES	14		7		26		16		48		128	

R si (O-R)	%	%	%	%	%	%						
0 - 1	4	28.56	2	28.56	6	26.9	3	18.7	15	31.5	41	31.98
2 - 3	3	21.42	1	14.28	1	3.8	4	25	9	18.8	25	19.50
4 - 5	1	7.14	2	28.56	6	23.1	4	25	8	16.6	21	16.38
6 - 7	1	7.14	1	14.28	3	11.5	1	6.2	6	12.5	14	10.92
8 - 9					3	11.5	1	6.2	5	10.5	7	5.46
10 - 11	1	7.14			4	15.4	2	12.5	2	4.2	10	7.80
12 - 13	2	14.28	1	14.28	1	3.8	1	6.2	2	4.2	5	3.90
14 - 15	2	14.28			1	3.8			1	2.1	4	3.12
16 - 17											1	0.78
TOTALES	14		7		26		16		48		128	

CUADRO Nº 2**Cuadro de promedios según la edad y sexo**

	Nº de sujetos	R-T	M-R
20 - 39 años			
Población total	152	40.62	18.39
Hombres	73	34.94	16.71
Mujeres	79	45.87	19.93
40 - 59 años			
Población total	71	49.02	16.50
Hombres	43	42.27	13.37
Mujeres	28	59.39	21.32
Más 60 - (82) años			
Población total	16	56.18	16.37
Hombres	8	39.50	9.37
Mujeres	8	72.87	23.37

CUADRO Nº 3**Valores críticos y no críticos expresados en porcentaje de la población provinciana según el tiempo de estadía en Lima**

(1)	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	más50
(2)	50	33.4	29.4	30.3	39.	46.6	25.	11.1	0	66	0
(3)	12.5	48.1	23.5	32.5	30.6	40.	25.	44.4	0	0	50
(4)	37.5	18.5	47.	36.7	30.2	13.2	50.	44.4	100%	33	50

CUADRO Nº 4**Cuadro comparativo de los resultados R si TOTAL y M-R en la población provinciana con menos de 10 y más de 10 años de permanencia en Lima antes de llegar a Mendocita.**

	P M	H	M	P M	H	M
Con - 10 años	41.85	39.57	44.35	14.84	13.59	16.20
Con + 10 años	47.12	36.45	60.00	17.46	13.34	22.44

tos" apreciamos una mayor proporción de sujetos con indicios de patología emocional. El grupo de los "matrimonios" es un grupo sin descendencia y probablemente sus miembros no obtienen las satisfacciones derivadas de ella y menos aún la seguridad o la expectativa de seguridad proveniente del valor que se da a los hijos para el futuro, en nuestro medio. Debemos, sin embargo, adelantar, que hemos registrado en esta misma población la opinión frecuente que "muchos hijos son una carga" lo que plantea la posibilidad de conflictos en relación a la descendencia.

Un comentario especial merece el hecho sorprendente del gran porcentaje de sujetos que, en todos los grupos domésticos excepto en el de los "nucleares", manifiestan síntomas de fatiga y preocupación excesiva por su estado de salud, lo cual quizás nos este hablando de la existencia de factores comunes condicionantes vinculados, en primer lugar, a circunstancias ambientales y en segundo, a tendencias culturales que favorezca la atención excesiva sobre el estado del propio cuerpo.

b) Análisis de los resultados atendiendo a los valores promedios totales y por reunión de secciones en los diferentes grupos domésticos y de acuerdo al sexo.

Si se comparan los valores promedios para ambos sexos, de las respuestas afirmativas en todas las secciones del I.M.C. (R si Total) en los diferentes grupos domésticos, se puede observar las cifras extremas 40.1 y 58.7. Analizando los resultados en atención al sexo, se comprueba, en todos los grupos domésticos, valores promedios más elevados para las mujeres, oscilando de 34.3 a 111. Los valores promedios para los hombres

sólo están por debajo de la cifra crítica de normalidad (hasta 30) en el grupo de los "incompletos" (29.8), mientras que en los demás grupos todos los promedios se sitúan por encima de este nivel, extendiéndose los valores entre 34.6 u 52.3. Poniendo atención a los valores que revelan patología severa, podemos verificar que, en conjunto, sólo el grupo de los "matrimonios" y el de los "incompletos" tienen valores promedios de 50 o más, (58.7 y 53.6 respectivamente) y en relación al sexo, los integrantes femeninos de los grupos de "matrimonios", "solitarios", "incompletos" y "heterogéneos" revelan también valores por encima de 50 (67.1, 111, 66.2 y 56 respectivamente), mientras que sólo los miembros masculinos del grupo de los "matrimonios" presentan valores promedios por encima de 50 (52.3).

En un intento de afinar los resultados obtenidos en medios supuestos sanos, excluimos de la muestra aquellos pobladores que se declaraban "nerviosos" y también los que acusaban haber estado en algún hospital por afección mental, y observamos que a pesar de esta separación, en conjunto, los valores promedios permanecen en todos los grupos domésticos por encima de la cifra "normal" (menos de 30), variando los promedios entre 36.2 y 50.7 alcanzándose sólo en un grupo, el de los "incompletos", el valor revelador de patología severa. En lo que respecta a la distribución de los promedios en relación al sexo, también se comprueba cifras mayores para las mujeres llegando en dos grupos domésticos, el de los "matrimonios" y de los "incompletos", a valores por encima de 50 (64.5 y 64.1); sólo un grupo en las mujeres alcanza promedios compatibles con "normalidad" (menos de 30) que es el grupo de los "agregados", otro el de

los "solitarios" desaparece del cuadro al excluirse el espécimen el representante y los otros dos, "heterogéneos y "nucleares", presentan promedio por encima de 30 (46.8 y 41.5, respectivamente). Los grupos masculinos presentan menos variaciones con esta separación de una población francamente enferma, lo que pone de relieve la importancia de los promedios de mujeres en la elevación de las cifras totales.

Los valores promedios obtenidos de la adición de rubros del I.M.C. que exploran preferentemente patología emocional (M-R), en los diferentes grupos domésticos, revelan cifras muy elevadas del nivel de normalidad (3), con frecuencia en varios múltiplos de esta cifra, tanto para la población-muestra considerada en conjunto como para la misma fraccionada en atención al sexo. Lo abultados resultados obtenidos para estas secciones del I.M.C., a juzgar por la comparación de los promedios, pone de manifiesto la difusión e importancia de los desórdenes de tipo emocional en un grupo humano presunto "sano". Los promedios totales varían de 14.8 a 20.1.; los promedios para las mujeres de 18.9 a 37; los valores para hombres de 9.9 a 16. La "corrección" de los valores promedios analizados por la substracción de la población "P", aunque revela promedios totales y por sexo siempre por encima del mínimo de normalidad, produce disminución notable en los grupos de "matrimonios" y "solitarios" y disminución menor en los otros grupos. Atendiendo al sexo, aquí también comprobamos que las disminuciones se hacen preferentemente a expensas del sector femenino, el más cargado de patología emocional.

El análisis de los valores promedios obtenidos en los diferentes gru-

pos domésticos para las secciones O-R del I.M.C. (suma de valores parciales de las secciones O y R), pone de relieve, en conjunto, cifras en un nivel por encima del cual puede sospecharse una alteración emocional significativa (3 respuestas afirmativas o sea las que contienen las preguntas acerca de ansiedad y tensión, que con criterio clínico las homologamos) que se extienden de 4.3 a 6.02.

En relación al sexo, la población femenina exhibe valores más elevados en todos los grupos domésticos, principalmente entre los "matrimonios", "solitarios", "incompletos" (9.83, 12 y 7.6, respectivamente). La población masculina se encuentra en la zona de normalidad en los grupos de "incompletos", y "nucleares", mientras que en los "matrimonios" y "solitarios" se sitúa ligeramente por encima de la cifra límite de normalidad (3.25 y 3.2, respectivamente), y en los "heterogéneos" y "agregados" presenta promedios definitivamente por encima de la normalidad (3.9 y 4.3, respectivamente). Excluyendo de la población-muestra el grupo "P", se observa que dos grupos domésticos, en conjunto y por sexos, bajan al área de la normalidad ("matrimonios" y "solitarios"), mientras que los valores totales para los otros grupos, si bien disminuidos se mantienen por encima del límite de la normalidad, oscilando entre 3.5 y 5.3. En atención al sexo, la población femenina "heterogéneos" y "agregados" y de los grupos restantes "incompletos", "nucleares" presentan valores elevados que van de 3.3 a 7.4. La población masculina en dos grupos descendiendo a cifras normales ("incompletos" y "nucleares") permaneciendo por encima de ella en los grupos de "heterogéneo" y "agregados".

c) Análisis de los promedios en algunas secciones del I.M.C.

Nosotros hemos cuantificado los resultados para cada una de las secciones del I.M.C. sumando el número de respuestas positivas suministradas por cada probando para cada una de ellas. Esto nos ha permitido comparar, bajo la forma de promedios, los valores correspondientes a cada uno de los grupos domésticos atendiendo además a los valores para cada sexo. De esta manera hemos hallado que en lo que atañe a fatigabilidad (sección I) presentan promedios más elevados para el sexo femenino los grupos de "matrimonios", "solitarios", "incompletos", "heterogéneos" y "nucleares", que arrojaron valores de 2.8, 6, 2.8 y 2.1, respectivamente, en oposición a los promedios respectivos para el sexo masculino que son, sucesivamente, para los grupos domésticos mencionados, 2.1, 2.5, 0.4, 1.2 y 1.5. Salta a la vista esta mayor fatigabilidad, de todo orden, en el sexo femenino. Esto, obviamente, se halla en relación con una menor resistencia constitucional de la mujer a toda clase de "stress", o una mayor actividad sin el reposo correspondiente.

La sección M, que incluye una variedad de preguntas que se refieren a inadecuación, muestra valores promedios más elevados para las mujeres en todos los grupos domésticos, excepto para el de los "agregados". Estos valores promedios son de 5.8 para el grupo de los "matrimonios", de 9 para el de los "solitarios", de 5.7 para el de los "incompletos", y para el de los "heterogéneos" y 4.8 para el de los "nucleares". En comparación, los valores promedios para los varones de esos mismos grupos son menores, a saber: 4.7, 2.5, 2.3, 4.7 y 3.2. En general las mujeres, con esto estarían denotando una inadecuación mayor que los hombres, aunque en ambos sexos los promedios son elevados. Aquí se plantea la probabilidad de

una hipótesis cultural para poder explicarnos provisionalmente esta mayor inadecuación femenina: la mujer inferiorizada por su formación, con escasos recursos aprendidos debido a sus actividades limitadas por una cultura preponderantemente masculina, estaría más expuesta a las tensiones y problemas de las relaciones interpersonales.

La sección N, que contiene preguntas específicamente referidas a depresión, exhibe valores promedios también más elevados para el sexo femenino, en este caso para todos los grupos domésticos. Los valores promedios son 2.8, para el grupo de los "matrimonios", de 5 para el de los "solitarios", de 3.2 para el de los "incompletos", de 3.5 para el de los "heterogéneos", 2.8 para el de los "agregados" y de 1.7 para el de los "nucleares". En estos mismos grupos los valores promedios para el sexo masculino son de 1, 0.8, 1.3, 1.3, 0.5. Salta a la vista acá la gran diferencia cuantitativa en relación al sexo y, asimismo, los valores promedios más reducidos para el grupo de la familia "nuclear".

La sección P que incluye preguntas acerca de la susceptibilidad, facilidad para ofenderse, intolerancia a la crítica e indicios de tendencias paranoides, muestra, en general, valores promedios más elevados para el sexo femenino: 3 para el grupo de los "solitarios", 3.5 para el de los "incompletos", 2.8 para el de los "heterogéneos", 2.4 para el de los "agregados" y 2.6 para el de los "nucleares", versus 2, 1.3, 1.9, 2.3 y 1.8 respectivamente para los varones. Llama la atención el elevado promedio que ofrece el grupo denominado de los "incompletos", grupo desintegrado y en muchos aspectos desmoralizado en mayor proporción que los demás.

A propósito de la sección Q, que

contiene preguntas que indagan acerca de irritabilidad, cólera y recelo, debemos señalar que aquí los valores de los "matrimonios" y de los "agregados" son más elevados para los hombres que para las mujeres: 5.7, versus 2.6 y 3.6 versus 3.1, respectivamente. Para los restantes grupos domésticos tenemos los siguientes valores promedios: 2.7 versus 8 en los "solitarios", 2.7 versus 5.4 en los "incompletos", 2.8 versus 3.8 en los "heterogéneos" y 3.2 versus 4.2 en los "nucleares".

Merece un análisis especial la sección R, que más arriba hemos expuesto asociada a la sección O. Nuestro criterio es que, de acuerdo a la clínica, las preguntas que contiene esta sección, directamente averiguan acerca de ansiedad, bajo muy diversos aspectos, algunos somáticos y otros psíquicos. Aquí también vemos valores promedios femeninos más elevados: 5.1 para el grupo de los "matrimonios", 6 para el de los "solitarios", 4.5 para el de los "incompletos", 3.7 para el de los "heterogéneos", 2.8 para el de los agregados" y 3.5 para el de los "nucleares". Los valores correspondientes para el sexo masculino, respectivamente son: 1.7, 1.7, 0.7, 2.4, 2.3 y 1.5. Comprobamos de otro lado una mayor diferencia en los promedios de ansiedad entre hombres y mujeres en el grupo de los "incompletos". Debemos recordar que estas son mujeres abandonadas o viudas, que viven enfrentándose a graves problemas de toda índole: económicos, morales, afectivos, etc.

e) Análisis de los resultados del I.M.C- atendiendo a la edad y sexo Para los fines de este análisis hemos dividido a los pobladores en grupos atendiendo a la edad y sexo en relación a los valores promedios "Respuestas" sí totales y M a R.

Revisando el Cuadro N° 2 se ad-

vierte un incremento de los promedios de las respuestas afirmativas R sí Total en la población-muestra conforme avanza la edad, en tanto que en las mujeres ocurre lo inverso aunque en un grado que no se refleja en los resultados de la población general los que en términos generales se mantienen estables.

El análisis comparativo nos está indicando que en los hombres el aumento conforme a la edad se hace a expensas principalmente de las manifestaciones somáticas mientras que en las mujeres nítidamente este incremento corresponde a patología emocional.

Estas comprobaciones sobre mayores indicios de patología emocional conforme avanza la edad y en relación al sexo han sido también señaladas, en población norteamericana, por Brodman, Wolff y colaboradores.

f) Análisis de los resultados del I.M.C. atendiendo al tiempo de estadía en Lima.

Como se ha expuesto en los datos generales sobre población, una elevada proporción de los pobladores de la barriada y, por supuesto, de los integrantes de la muestra estudiada proceden de provincias. Con el fin de averiguar si existe alguna relación entre el tiempo de estadía en Lima y los valores obtenidos mediante la aplicación del I.M.C. hemos dividido a esta población en 11 grupos de menos a mayor tiempo de estadía en Lima, conforme se aprecia en el Cuadro N° 3. Debemos declarar que en nuestra muestra no encontramos probandos con menos de 6 meses de residencia en Lima.

La observación de este cuadro nos muestra, en primer término, el alto porcentaje de la población estudiada que presentan valores por encima de 30 respuestas "sí". En segundo lugar, una inspección de los valores por

encima de 50 respuestas positivas a lo largo del tiempo de estancia en Lima, objetiva un valor inicial elevado seguido de un descenso y de un incremento posterior de los porcentajes. Esto quizás nos estaría indicando una primera modificación de los sujetos en relación con los procesos de ajuste a las nuevas condiciones de vida urbana.

Una hipótesis congruente con estos hallazgos sería la siguiente: existiría, en un buen número de sujetos, una adaptación después del primer lustro, que no se mantiene para los que están más tiempo en esta área urbana sometidos a la influencia patógena de un medio que no cambia, de una desmoralización que paraliza y la probable influencia de la involución biológica con los factores negativos que entraña, y la consiguiente limitación de perspectivas y posibilidades.

Tratándose del barrio de Mendocita, tan diferente de las demás barriadas en muchos aspectos, principalmente en el de la propiedad de la vivienda, organización y colaboración de sus integrantes, cabe plantearse como hipótesis para explicar algunas causas que llevan a instalarse en esa zona misérrima y desprestigiada, el que muchos de los que llegan a Mendocita lo hacen porque no han tenido éxito en sus aspiraciones elementales que le hubieran permitido asentarse en una zona urbana o suburbana de mejor nivel. Siguiendo esta formulación hemos agrupado a la población de provincianos según tengan menos o más de 10 años de permanencia en Lima antes de su llegada a Mendocita.

Si comparamos a los probandos atendiendo al intervalo, entre la fecha de llegada a Lima y aquél de su instalación en el barrio, vemos que aquellos con menos de 10 años son más numerosos (59 varones y 54 mujeres) que aquellos con más de 10

años (35 varones y 29 mujeres), lo cual nos estaría indicando que muchos tienden, cuando les es posible, a evadirse de esa zona.

Comprobamos también diferencias en lo que respecta a los valores promedios para el total de respuestas afirmativas, pues en el grupo con menos de 10 años de intervalo el promedio es de 41.85, mientras que en el de más de 10 años es de 47.12; las diferencias se hacen a expensas de la población femenina que de un promedio de 44.35 salta a uno de 60, en tanto que la población masculina muestra un decremento de 39.57 a 36.45.

Al comparar las respuestas M-R, en ambos grupos provincianos, notamos también aumento en el promedio para la población-muestra que de 14.84 asciende a 17.46, advirtiéndose igualmente que esta variación corre a cargo del sector femenino pues sus valores aumentan de 16.20 a 22.44, mientras que los promedios del sector masculino no se modifican.

II) EXPOSICION PORMENORIZADA

1) *Trastornos Psíquicos y Psicosomáticos.*

En esta sección analizamos en forma pormenorizada algunas respuestas obtenidas de la aplicación del Índice Médico de Cornell, comenzando por aquellas que denotan alteración psíquica o emocional y trastornos psicossomáticos

a) *Inadecuación en las relaciones interpersonales y en las situaciones de "stress".* Exponemos a continuación todo un conjunto de respuestas positivas en el I.M.C. que tienen como denominador común el de revelar inadecuación en las relaciones interpersonales, por ejemplo: ansiedad social, desorganización en el pensamiento y en la acción, dependencia, incapacidad para actuar con seguri-

dad en ambientes extraños, etc. A la pregunta 145 (¿Suda Ud. o tiembla mucho durante un examen o interrogatorio?) respondió afirmativamente el 26.6% de la población-muestra. Llama la atención que 1/4 de la población declare que, cuando es sometida a prueba, manifiesta síntomas que inequívocadamente, corresponden a ansiedad. Debemos recordar que la reacción ansiosa es producto principalmente, tanto de un factor personal de tolerancia a las pruebas o dificultades cuanto de la intensidad de las condiciones que representan una amenaza a los valores fundamentales del individuo.

La pregunta 146 (¿Se pone Ud. nervioso y tiembla cuando se le acerca su jefe?) fue comprobada positivamente por 25.9% de la población-muestra. Merecería considerar quizás, para comprender mejor esta reacción, los sentimientos o actitudes de estos pobladores hacia las figuras en posición de autoridad puesto que reacciones de este tipo no son raras cuando existe ambivalencia afectiva hacia ellas.

La pregunta 147 (¿Se le descompone todo su trabajo cuando lo está observando su jefe?) obtuvo un 23.4% de respuestas afirmativas en la población-muestra. Recuérdese que se trata de una población adulta, para poder adentrarnos en la posible significación de esta desorganización fácil cuando se es observado y controlado. Tanto las respuestas a las preguntas 145 como a las 146 y 147 denotan una desorganización bastante extendida en la población, a todo lo que es prueba y, además posibilidad de crítica.

La pregunta 148 (¿Se confunden sus pensamientos cuando tiene que hacer algo con rapidez?) interesantemente obtuvo respuesta positivas en el 51.04%. Esto quizás signifique que el "tiempo" psíquico de los inte-

grantes de esta muestra, no se adecúa a la actividad llevada a cabo bajo urgencia. La pregunta 150 (¿Entiende Ud. siempre mal las instrucciones y órdenes que se le dan?) obtuvo un 22.1% de respuestas afirmativas de la población-muestra. No debemos olvidar el escaso dominio del castellano y la reciente familiaridad con mucho de la cultura local por los componentes de esta muestra.

En lo que se refiere a la pregunta 151 (¿Siente Ud. miedo de personas y sitios extraños?) un 41.1% de la población-muestra respondió afirmativamente. De los 96 que respondieron afirmativamente a esta pregunta 32 son varones y 64 mujeres o sea el 33.3% y 66.6%, respectivamente. Esto estaría indicando, en general, una mayor medrosidad en las mujeres. Analizando las respuestas en función de la procedencia vemos que el 40.6% de los sujetos provienen de la Sierra (40s) 35.3% de la Costa (34s) y 22.9% de Lima (22s), pero si tenemos en cuenta a la procedencia según el sexo vemos que entre los 32 varones: 17 eran serranos, 10 costeños y sólo 5 de Lima, o sea el 53.1%, 31.2% y 15.6%. Estos pormenores nos revelan una mayor prevalencia de miedo a los extraños entre los varones procedentes de la Sierra.

Para la pregunta 152 (¿Siente miedo de estar sólo cuando no hay amigos cerca de Ud.?) se registró un porcentaje de 36.8%. No hay que olvidar que muchos de estos pobladores, particularmente los provincianos, tienen sus amigos fuera de la barriada y tienden a reunirse entre coterráneos. El indio desconfía del negro, éste se burla de aquél, pudiendo aseverarse que es más frecuente la percepción del extraño que del amigo o del integrante del mismo grupo: el aislado, psicológicamente hablando, propende con más frecuencia a sentirse amenazado y los demás resultan

"ellos", "los otros", gente con respecto a la que se sienten ajenos. Estas tendencias disociantes operan fuertemente en el área de Mendocita y quizás, en parte, expliquen el fracaso de algunos intentos de organización de la colectividad de esa zona.

Un porcentaje de 36.4% respondió afirmativamente a la pregunta 153 (¿Le cuesta trabajo tomar una decisión?). De los que respondieron afirmativamente, 49 fueron del sexo femenino (56.3%) y 38 del masculino (43.6%). Sumando 28 costeños y 36 serranos tenemos un conjunto de 64 inmigrados a la capital que constituyen un 73.6% del total que contestó positivamente frente a los 23 limeños o sea 26.4% de ese total. La dificultad de tomar una decisión, tan extendida en esta población, mueve a pensar en una cierta desorientación valorativa y no a suponer que estemos frente a un conjunto de indecisos por simple defecto de personalidad. Recuérdese, en relación a lo enunciado, que más del 60% de la población analizada está constituida por inmigrantes provincianos en proceso de "adaptación" o de "ajuste" al medio urbano de la capital, o sea tratando de orientarse, de discriminar entre lo que es y no es aceptado en el nuevo medio.

Pero no debemos descartar del todo la hipótesis de una indecisión motivada por la necesidad, no siempre satisfecha, de tener cerca a alguien que tome la decisión, dé el consejo, señale el camino a seguir, una suerte de "protector y consejero mágico", que descargue de las responsabilidades y dolores de una decisión personal e independiente, ésto probablemente vinculado a un asunto de dependencia infantil no resuelto.

La pregunta 154 (¿Quisiera Ud. tener siempre cerca a alguien que lo aconseje?) arrojó un 54.8% de respuestas afirmativas. Estas respuestas denotan a todas luces una necesidad

de dependencia, o sea la búsqueda de una figura significativa que guíe, aconseje y proteja. Sin embargo estamos frente a una población de adultos, mucho de los cuales han dejado su tierra natal en procura de una mejor vida. ¿Es este un rasgo de la personalidad básica, o sea de índole cultural? ¿Podemos decir que se trata de una población con una reducida madurez emocional? Por el momento no estamos en condiciones sino de señalar este hecho, aunque es de sospechar que gravitan preponderantemente posibles factores culturales.

Esta misma población, a la vez, sostiene que "no espera nada de nadie". Este hecho singular plantea una legítima ambivalencia en relación a la dependencia y por consiguiente un conflicto probablemente causa de mayor ansiedad. Si pudiéramos hablar de áreas de conflicto en la población estudiada diríamos que una amplia es la condicionada por la expectativa de ayuda y por el sentimiento de no poder obtenerla.

b) Depresión.- Como bien se sabe en la sección N se exponen síntomas de tipo depresivo, 17.1% de la población estudiada respondió afirmativamente a la pregunta 157 (¿Se siente Ud. solo y triste en una fiesta?); ahora bien, la incapacidad de alegrarse en ambiente festivo, de participar en la alegría colectiva, es acompañamiento de depresión del ánimo. Es cierto que ocasionalmente personas normales, bajo la acción de una emoción de tristeza circunstancial, pueden presentar las manifestaciones señaladas, pero en nuestra población-muestra, se acompañan de todo un cortejo sintomático de clara filiación depresiva. Así 28.4% de la población "se siente generalmente triste y deprimida" (pregunta N° 158) y las respuestas afirmativas, inclusive aumentan, aun-

que discretamente cuando se les hace la pregunta casi equivalente y más expresiva "¿Se siente Ud. siempre desanimado y melancólico? (pregunta N° 160), en cuyo caso se llega hasta el 31.3% .

Analizando la composición de la población que respondió afirmativamente a la pregunta 160, encontramos a 15 nativos de Lima, 23 de la Costa y 37 de la Sierra, o sea el 20%, 30% y 49%, respectivamente. En lo que atañe al sexo dentro de este conjunto, el 34.6% pertenecen al sexo masculino y 65.3% al femenino, pero interesantemente entre los 37 serranos que contestaron positivamente, hubo 16 varones y 21 mujeres, o sea el 43.2% y 56.7%, en tanto que sólo hubieron 3 varones y 12 mujeres entre los limeños y 7 varones y 16 mujeres entre los costeños. Salta a la vista la mayor prevalencia de este síntoma fundamental depresivo en la población procedente de la Sierra, siendo en ella afectados casi en la misma proporción varones y mujeres.

El llanto frecuente, que hemos podido observar en las entrevistas para la aplicación de este Cuestionario, es positivo en 21.2% de los sujetos estudiados. La existencia en la población de un verdadero síndrome depresivo "mitis" se halla, de otro lado corroborado por la frecuente disposición pesimista con respecto al futuro: el 24.2% de la población manifiestan sentir que "no tienen esperanza en la vida" (pregunta 167). es de señalar que en ciertos grupos domésticos, el de los "incompletos" y "heterogéneos", este porcentaje alcanza hasta un 50% y 43.7%, respectivamente.

Existe, por así decirlo, una forma normal, biológica, de responder con depresión cuando el organismo se ve expuesto a continuos fracasos y cuando sus satisfacciones no están dentro del nivel de sus aspiraciones. esta misma población, como hemos podido

comprobar a través de entrevistas y de la aplicación de otros cuestionarios, no obtiene el mínimo necesario para su subsistencia y lamenta no haber alcanzado la seguridad y el bienestar elementales. No entramos en una discusión de otras posibles conexiones del estado depresivo tan extendido en la población estudiada, pero debemos destacar que ese estado de desánimo se asocia significativamente a irritabilidad, mal humor, signos inequívocos, en muchos casos, de frustración en la satisfacción de las más elementales necesidades. No podemos pensar ahora con mucho fundamento, de que la población reacciona fundamentalmente en forma depresiva porque un rasgo común de ella sea la pasividad y que, por eso, ocurra una reversión sobre el sujeto de reacciones agresivas. En todo caso, en nuestra población, esta reversión sería incompleta.

En relación al problema que discutimos de un probable factor de pasividad como rasgo cultural de la personalidad de la población-muestra, cabe mencionar que, de acuerdo a estadísticas sobre incidencia de suicidio e intento de suicidio en la población de Mendocita en el curso de 5 años (1952-1956) -datos proporcionados por la Sección Estadística de la Dirección de la Guardia Civil y Policía- sólo 4 personas intentaron suicidarse y ninguna llegó a consumar este intento, con la singular característica que los que pretendieron suicidarse eran nacidos en Lima. En Nuestra investigación presente tuvimos que 17.6% de la población-muestra albergaba ideas suicidas, o sea, "deseaba a veces verse muertos para terminar todos sus problemas" (pregunta 162).

c) Ansiedad y tensión.- Nosotros analizamos bajo este rubro todo un conjunto de síntomas, en último tér-

mino, expresión de ansiedad, pues los síntomas acerca de los que se averigua en la sección "tensión" del I.M.C. corresponden a las manifestaciones obviamente ansiosas (por ejemplo, en sueños terroríficos, temblores, hiperestesia sensorial, etc.).

A la pregunta 163 (¿Está Ud. siempre preocupado (intranquilo)?), respondieron afirmativamente 44.2% de los sujetos estudiados. La preocupación o sea el verse limitado por un solo tema recurrente de situaciones difíciles, de posibles males para los propios y uno mismo, denota una carga ansiosa. esta cifra elevada se asocia a otras semejantes, como, por ejemplo, la obtenida de la aplicación de la pregunta 166 (¿Es Ud. considerado una persona nerviosa?), la que arrojó un 30.5%. La pregunta 189 (¿Salta Ud. o tiembla mucho al oír un ruido inesperadamente?), dio 35.9%. La pregunta 190 (¿Tiembla Ud. o se asusta cuando alguien le grita?), proporcionó 34.7%. La pregunta 192 (¿Se despierta Ud. a menudo por haber estado soñando con cosas que le asustan?), dió 39.3%. La pregunta 194 (¿Le da a Ud. miedo a menudo sin razón alguna?), fue respondida por 14.6%, y la 195 (¿Le da a Ud. a menudo un sudor frío?), por 16.3%. Esta incidencia para siete formas de síntomas ansiosos, y no sólo de uno, prueba la existencia, en esta población urbana, de todo un conjunto sintomático indicador de profunda inseguridad. La incertidumbre respecto del futuro, el no poder salir de una situación preñada de dificultades de todo género, son experiencias comunes entre los pobladores de Mendocita. Viven descontentos de las condiciones de habitación. Sin poder superar estas dificultades y, de otro lado, sienten la amenaza constante de un probable desalojo por razones de urbanización, sin que vea salida constructiva. Entre los llegados de provincias

no dejan de haber quienes no pueden regresar a su lugar de origen porque ahí carecen de tierras o han perdido contactos humanos y en Lima no han encontrado lo que esperaban. Guardando todas las diferencias, se puede establecer un cierto parecido de estas situaciones con las de algunas provocadas por el hombre en animales en que éstos se encuentran impedidos de salir de una situación que les ocasiona dolor y en la que todo es signo de su probable repetición.

A la pregunta 165 (¿Afecta cualquier cosa sus nervios y lo desgastan (debilitan)?), respondieron afirmativamente 28.8% de los integrantes de la muestra. Esta pregunta indaga no sólo sobre la reacción ansiosa inmediata sino acerca de ese estado residual de fatiga que es la resultante de la excitación mantenida durante un tiempo por parte del sistema nervioso y que, a menudo, es base para que se comience a manifestar una ansiedad secundaria, una preocupación por dichas manifestaciones iniciales.

Un 21.7% respondieron afirmativamente a la pregunta 188 (¿Está Ud. siempre exitado o nervioso?), lo que es de suma importancia dado que en esta pregunta se incide en la averiguación de lo que puede llamarse una ansiedad permanente e indicaría, probablemente, la prevalencia de psiconeurosis en el área que estudiamos.

Un estudio de dichas respuestas atendiendo al sexo de los probandos, arroja un 35.8% de varones y 64.1% de mujeres. Curiosamente sólo 1 varón de la capital contestó afirmativamente al lado de 7 costeños y 11 serranos frente a 12 mujeres limeñas, 8 costeñas y 14 serranas. Atendiendo al lugar de procedencia tenemos, pues 13 de Lima (24.5%), 15 costeños (28.%) y 25 serranos (47.1%). En síntesis, se advierte más ansiedad del tipo de la ansiedad permanente, entre los

inmigrantes provincianos, pero sí con un predominio de aquellos procedentes de las provincias andinas o serranas.

Paul Lemkau, Christopher Tietze y Marcia Cooper, sobre la base de un estudio epidemiológico en el Eastern Health District de Baltimore, han llegado a la conclusión que el grupo de casos que dijeron ser "nerviosos" o que fueron calificados de tales, eran similares, en muchos aspectos, a los denominados neuróticos. Aquellos casos referidos en su "survey" como nerviosos, fueron siempre diagnosticados como neuróticos. Es cierto que algunos psicóticos pueden presentar quejas de nerviosidad pero una vez excluidos de la muestra los restantes caen dentro del grupo de los neuróticos. Nosotros estamos en el proceso de esclarecer los diagnósticos clínicos no sólo de aquellos que respondieron afirmativamente a la pregunta 188, sino también de aquellos que respondieron positivamente a la pregunta 166 (¿Es Ud. considerado una persona nerviosa?) cuyo número alcanza a 73 o sea un 30.5%.

28.1% respondió afirmativamente a la pregunta 193 (¿No puede Ud. quitarse de la mente pensamientos que le causan miedo?), la que, como está formulada, permite sólo una exploración global sobre fenómenos repetitivos asociados a ansiedad, desde la simple preocupación ansiosa a la idea obsesiva y la fobia.

d) Susceptibilidad.- Manifestaron timidez, dificultad para relacionarse con facilidad a la vez que susceptibilidad, un 32.4% de la población muestra. Esta cifra se eleva cuando, específicamente, se hacen preguntas como la 174 (Se ofende Ud. con facilidad?) en que se alcanza hasta el 50.2%, lo que denota evidentemente una escasa tolerancia a la crítica a la par que inseguridad en el trato con los

demás. Cuando se especifica más todavía, como en la pregunta 175 (Le molesta a Ud. siempre que lo critiquen?) se obtiene un 64.8% de respuestas afirmativas, indicadoras de la amplia distribución de un rasgo de susceptibilidad en esta muestra.

La susceptibilidad es evidentemente defensiva y se relaciona con la posibilidad de quedar expuesto o mal colocado ante los ojos de los demás. Quizás esta actitud tan extensamente repartida en esta población guarde relación con procesos de ajuste y no de adaptación, porque dicha actitud, si bien hasta cierto punto puede contribuir a aliviar una tensión, no hace en realidad sino complicar la situación o condicionar reacciones inadecuadas, rencillas, y malos entendimientos, como hemos podido comprobar objetivamente. Recordemos a este propósito, las diferencias señaladas por Cluckhohn y Mowrer entre los procesos de ajuste y los de adaptación: los primeros simplemente alivian una tensión o ansiedad, pero crean posteriormente mayores problemas, los segundos se refieren a procesos que conducen a la efectiva solución de problemas en las relaciones interpersonales.

La visión que los demás tienen de nuestros sujetos se acerca a la que ellos se han formado de sí mismo en relación a este rasgo de susceptibilidad, que, por su extensión, nos induce a pensar en su probable significación cultural. Así, afirman que son considerados "susceptibles o quisquillosos" un 40.5% (pregunta 176) cifra bastante elevada y significativa que denota una comprobación objetiva de ese rasgo sensitivo.

El sentimiento de que las gentes no les comprenden bien está bastante extendido, lo tiene un quinto de la

población o más exactamente un 20.9% (pregunta 177). Cuando las gentes sienten que comparten unos mismo valores con otras se forman, con frecuencia, suposiciones de que les pueden comprender con más facilidad y, además, como resultado de disponer de algo en común, se facilita la comunicación en las relaciones interpersonales. En nuestros pobladores hemos advertido una cierta distancia entre costeños y serranos, entre capitalinos y provincianos lo que, muchas veces, se acompañaba de un sentimiento de incompreensión y hasta la expectativa de una discriminación. Evidentemente la falta de comunicación, el aislamiento espiritual, condiciona aún más la perpetuación de esas conjeturas terminando por encontrarse muchos de estos pobladores en una suerte de pseudocomunidad, de acuerdo a las originales ideas de Norman Cameron, o sea alternando con sus propios temores y prejuicios materializados en la suposición no siempre confirmada, pero tampoco desechada, de la amenaza ajena y de la incompreensión de los demás.

e) Irritabilidad y agresión.- Nada menos que el 50.2% de los pobladores estudiados manifestó tener siempre recelo, aún entre amigos (pregunta 178), o sea 120 sujetos de los 239 de la muestra.

En este total el 45% lo constituyeron varones y el 55% mujeres. Se halló un mayor porcentaje de pobladores provenientes de la Sierra, desconfiados (44.1%) y le seguían de cerca los costeños con 32.5% y los oriundos de Lima con 23.3%. Quiere decir ésto que la actitud de desconfianza o recelo esta muy distribuida en la población del barrio, pero con una mayor prevalencia en la procedente de la Sierra.

Este hecho, si se relaciona con los que acabamos de discutir, resulta expresión de una percepción social deformada. Recelar es desconfiar, es no sentirse entre amigos, o siquiera entre paisanos. De nuestras observaciones hemos recogido la noción de que la mayor parte de los pobladores de Mendocita tienen la peor idea los unos de los otros, aún cuando no se conoce bien entre sí muchos de ellos y los actos antisociales que se registran en el barrio, cometidos por unos cuantos y en ocasiones por sujetos extraños a la barriada, se carga sobre la reputación de cada uno de los habitantes.

Nuestros pobladores se irritan con facilidad. El 54.8% de la muestra respondió afirmativamente en ese sentido (Pregunta 180).

48 de los 103 serranos de la muestra, o sea un 46%, han respondido afirmativamente a la pregunta 180, en cambio 69 costeños, en general de 134 de la muestra, contestaron afirmativamente o sea un 51%. Esto quiere decir que hay más agresividad manifiesta en costeños y limeños avecindados en Mendocita y un poco menos entre los pobladores serranos de esa misma área urbana.

También "les molesta y les irrita la gente frecuentemente" en una proporción de 28.8% (pregunta 184). Se advierte una facilidad para descargarse en forma agresiva aún a las pequeñas molestias. El 43.5% declaró que las gentes le causaban "nerviosidad y fastidio" (pregunta 182). De cuando en cuando muchos sujetos, el 28.1%, presentaban un "furor violento", a estar por sus declaraciones (pregunta 186). No debemos olvidar los estados de malhumor por causas endógenas, por ejemplo, en traumatizados del

cráneo, epilépticos, psicóticos, pero ellos no integran el grupo de la población.

El descontento por las condiciones de vida, el continuo no conseguir lo que se aspira, condicionan este tipo de reacción. Son frecuentes, en la gran mayoría de los pobladores las declaraciones de "yo no obtengo: consuelo, dinero suficiente, amigos, felicidad, lo suficiente para vivir, etc."

Pero no debemos desdeñar una probable reacción de contra-agresión a una percepción de posible agresión de parte de los demás, la que no siempre está justificada y cae dentro de los dominios de una percepción autista.

Tenemos derecho a afirmar que existe una carga permanente de agresividad y no simplemente de transitorias reacciones a frustraciones. Prueba de ello lo tenemos en que el 39.7% de la población necesitaba "dominarse constantemente para no perder los estribos" (pregunta 181). De otro lado, quizás sea expresión de este mismo hecho la desproporción de las reacciones agresivas en las rencillas de vecindario llegándose a extremos tales que pleitos entre vecinas y aún entre comadres, iniciados en pequeñas reyertas entre los hijos, muchas veces, terminan como riña de adultos en la Comisaría.

Las frustraciones repetidas pueden ocasionar una disminución de la tolerancia para los contratiempos ordinarios de la vida cotidiana. Pero debe anotarse que las reacciones a la frustración son más intensas cuando las necesidades de dependencia son mayores, o sea cuando mayores son la espera de ayuda o protección. Como ya hemos señalado a propósito de la alta incidencia de respuestas afirma-

tivas a la pregunta 154, puede decirse que en esta población, por causas que no discutiremos ahora, existe una franca necesidad de dependencia.

f) Fatiga.- En esta sección daremos a conocer diversos aspectos y forma de la fatiga registrados en la población-muestra. Vamos a tratar exclusivamente de la fatiga como una experiencia vívida, sin pretender abarcar los aspectos objetivos de la disminución en el rendimientos, tanto en el trabajo físico como en el mental. En primer término expondremos lo referente a la fatiga que podríamos denominar situacional o actual, la que resulta de trabajo excesivo, de la falta de descanso adecuado y la que puede sobrevenir en relación a desnutrición y enfermedades crónicas diversas, pero también acompañando al "stress" emocional más o menos prolongado.

El 56.4% de la población estudiada se siente "a veces completamente agotada" (pregunta 108). Inclina a pensar en una probable vinculación de esta fatiga con el trabajo excesivo la circunstancia de que en el grupo doméstico de los "matrimonios" esta cifra se elevará a 185.5% y en el de los "solitarios" a 71.4% grupos que se caracterizan por ausencia de la ayuda de otras personas, sean familiares o no, para los fines de las labores domésticas afines. Muy otro significado tiene el cansancio matinal que está en relación ya con enfermedades neuróticas o con depresión; este tipo de fatiga fue encontrado en el 25.1% de la muestra (pregunta 110). El cansancio al más mínimo esfuerzo, que puede estar tanto en relación con enfermedad crónica depauperizante, a neurosis de tipo asténico o a depresión, ocurrió con una frecuencia del 21.2% (pregunta 111). Casos extremos de este tipo de fatiga se dieron en un 13.3% (pregunta 112). La queja

de "agotamiento nervioso" suelen dar la cierto tipo de neuróticos, los asténicos, algunos obsesivos y muchos ansiosos principalmente crónicos y, por supuesto, los depresivos de diversos tipos. Manifestaron tener un "agotamiento nervioso serio" (pregunta 113) un 18.4%. Esta cifra guarda cierta relación con la de los probables sujetos neuróticos (21.7%) que respondieron afirmativamente a la pregunta 188. En relación con estos hallazgos mencionaremos que el 29.7% de la muestra contestó que "le era imposible tomar un rato de descanso todos los días" (pregunta 140). Esta cifra nos está diciendo que probablemente estén operando una variedad de factores en el condicionamiento de la fatiga actual o situacional, entre los cuales se pueden mencionar la desnutrición y las enfermedades crónicas (tuberculosis, anemia, algo frecuente en esta población). Entre otros factores de tipo psíquico considerados en la determinación de fatiga merecen destacarse la monotonía o el aburrimiento, debido a la vida sin mayores cambios, distracciones o entusiasmo, que llevan muchos pobladores, especialmente del sexo femenino y no menos importante, el fracaso, constante, en lograr las más elementales aspiraciones, lo que conduce a rebajarlas o a la pérdida de la esperanza, sentimiento vitalizante e integrador de la existencia.

g) Manifestaciones psíquicas diversas.- Declararon padecer de insomnio un 28.3% de los casos estudiados (pregunta 139). Esta cifra resulta algo elevada si se la compara con aquella encontrada en uno de los raros estudios epidemiológicos en que se buscó la prevalencia de trastornos del sueño en la población general. Nos referimos a la investigación de Erick Essen-Moeller en una población

rural sueca. En este estudio se encontró que el 10.1% de los hombres y el 8% de las mujeres manifestaron queja de insomnio. Estos trastornos del sueño vimos que se asociaban ya sea a ansiedad o a desórdenes depresivos mitis; no está demás recordar que entre los factores más comunes de insomnio se encuentran la preocupación ansiosa y la incertidumbre, en sus más diversas formas, excluyendo, naturalmente, el dependiente de síntomas dolorosos o al acompañante de enfermedades generales.

La enuresis nocturna patológica, es decir aquella que excede de los 4 años y alcanza, en algunos casos, hasta la pubertad, tuvo una prevalencia de 16.4% en la muestra (pregunta 96). Esta cifra, bastante elevada, incluye naturalmente aquellos casos con rasgos neuropáticos en la infancia y niñez, aparte de aquellos otros en que un probable factor orgánico o de atraso en la maduración biológica son los responsables.

Manifestaron "tener el hábito de comerse las uñas" (pregunta 92), EL 4.6% de la población y declararon ser sonámbulos (pregunta 94): el 2.9%.

A la pregunta 93 (¿Es Usted gago (tartamudo)?) respondieron afirmativamente 2.9%, o sea 7 sujetos de la muestra total de 239. Nos ha llamado la atención que todos estos sujetos sean costeños, mestizos y zambos y ninguno serrano o indígena. De pasada señalamos que Adelaida Bullen, en un estudio cultural comparativo referente al problema del tartamudeo, anota que de acuerdo a informaciones oficiales, a lo menos 1 o 2 % de la población de Estados Unidos tiene este trastorno, en tanto que es casi desconocido entre los indios Navajo y entre las tribus de Nueva Guinea estudiados por Margaret Mead.

h) Manifestaciones psicósomáticas.- En este rubro incluimos todo un conjunto heterogéneo de síntomas que van desde las manifestaciones somáticas de la ansiedad a los trastornos propiamente dichos de somatización y aquellos de conversión que afectan específicamente el sistema nervioso de la vida de relación.

El 30.5% de los pobladores estudiados, sentían "dolor en el corazón o en el pecho" (pregunta 30); una cifra parecida, 27.1%, declaró que "le molestaba con frecuencia palpitaciones del corazón" (pregunta 33). Este conjunto sintomático corresponde, clínicamente, a ansiedad con manifestaciones de tipo cardiovascular. Estos hallazgos son bastante elevados si se les compara con los registrados por Essen-Moeller en su población rural sueca, en que el 7.3% de las mujeres y el 3.8% de los hombres manifestaron estas quejas.

En lo que refiere a labilidad vasomotora tenemos que el 18.4% (pregunta 74) declaró que "se le subía la sangre a la cara a menudo" y 28.1% dió la queja de que "sentía frío o calor por momentos" (pregunta 82).

Hipertensión arterial comprobada en algún momento por el médico fue declarada por 21 sujetos, o sea el 8.7% de la población. Bien sabemos que factores psicológicos pueden en parte condicionar y siempre agravar este trastorno.

8 Sujetos (.3%) padecían de asma bronquial, proceso en el cual indudablemente se combinan factores emocionales a los de tipo alérgico.

En lo que se refiere a trastornos psicósomáticos digestivos diremos que un 22.1% de la población se quejó de "frecuentes náuseas" (pregunta 512),

28.2% sufría "indigestiones" (pregunta 52) y un 27.6% de "frecuentes dolores de estómago" (pregunta 53). No incluimos en este grupo de síntomas las respuestas a la pregunta 57 (¿Sufrir Ud. de diarrea a menudo?) porque ellas evidentemente corresponden a muy diversos factores etiológicos, unos probablemente emocionales, pero otros probablemente infecciosos, parasitarios y nutricionales; de todos modos, contestaron afirmativamente el 16.3% de los pobladores estudiados.

Sólo 5 sujetos, o sea el 2.1% de la población, declararon padecer de "úlceras en el estómago" (pregunta 56) conforme a diagnóstico efectuado por médicos. El 40% de estos ulcerosos son serranos y el 60% costeños, en general, y si referimos estos datos a la proporción de costeños y serranos en la población muestra, vemos que los costeños constituyen el 56.07% y los serranos 43.09%, lo cual indica que ambos grupos se ven afectados fuertemente por la enfermedad ulcerosa. Podemos pensar que nuestros hallazgos probablemente muestran la influencia patógena de factores vinculados a la vida en las grandes urbes. Rowntree (1945) ha señalado que los negros que vivieron por un periodo de 5 años en Chicago, expuestos a las mismas tensiones como los blancos, tuvieron una incidencia de úlcera semejantes a la de estos últimos.

A este propósito señalaremos que estadísticas escandinávicas, alemanas, inglesas y norteamericanas, muestran que el riesgo de desarrollar úlcera péptica es del 5 al 10%. La frecuencia de úlcera péptica activa y en los grupos por encima de 20 años, parece ser generalmente entre el 1 y 3% según Ivy, Grossman y Bachrach (1950).

Quejas de "frecuentes dolores de cabeza" (pregunta 79) alcanzaron hasta un 38.1% y 25.5% "se siente muy mal debido a estos dolores de cabeza". Debemos considerar que en el estudio de Essen-Moeller se comprobó un 13% de sujetos con dolores de cabeza no migrañosos.

A la pregunta 83 (Siente Ud. fuertes mareos a menudo?) contestaron afirmativamente 29.2% en tanto que dijeron "haberse desmayado más de dos veces en su vida" (pregunta 85) el 18.8% de la población-muestra "Temblores nerviosos de la cara, cabeza u hombros" (pregunta 89) se presentaron en 22 sujetos o sea el 9.2%; 9 sujetos, es decir el 3.7% de la población, manifestaron haber tenido alguna vez "alguna parte de su cuerpo paralizada" (pregunta 87). Atendiendo a la edad estos últimos sujetos pueden clasificarse en: 7 de menos de 40 años y sólo 2 de 53 años. Este trastorno parece estar en relación con síntomas fugaces de histeria de conversión.

El 21.7% de la población manifestó tener "constantemente adormecida alguna parte de su cuerpo" (pregunta 87).

Dismenorrea se presentó en 42 mujeres, o sea el 36.5% de la población femenina. Esta prevalencia de tensión pre-mestrua es relativamente baja si la comparamos a los hallazgos de J.H. Ferguson y M.B. Vermillion, quienes la encontraron en un 92% de mujeres blancas norteamericanas y en 91% de negras de la misma nacionalidad, siendo de anotarse que el primer grupo se hallaba integrado por 63% de solteras y el segundo sólo por 18%.

Tensión muscular (pregunta 65)

fue referida por 40 sujetos, es decir el 16.7% y 58 sujetos o sea 24.3%, declararon "que les es difícil hacer su trabajo debido a dolores de espalda" (pregunta 70). Es evidente que este síntoma en parte correspondan a tensión muscular vinculada a ansiedad y en parte consecutiva a esfuerzos musculares y otras condiciones somáticas. Con todo, la tensión muscular no resulta en nuestros casos un acompañante frecuente de la ansiedad.

i) Alcoholismo.- La pregunta 144 (¿Toma Ud. generalmente dos o más copas al día?) fue respondida afirmativamente por el 10.4% de la población estudiada. Analizando los resultados de acuerdo a los grupos domésticos diremos que el grupo de los denominados "solitarios" fue el de más elevado porcentaje de bebedores: 57.1%. Le sigue el grupo doméstico de los "incompletos", constituido por aquellos núcleos familiares en los que falta por muerte o deserción, ya el marido o la mujer (esposa o conviviente): 15.4%. Los porcentajes para los grupos "heterogéneos", "agregados" y "nucleares" fue 6.2%, 8.3% y 9.3% respectivamente.

Estos resultados guardan relación con la situación social de los bebedores. Los individuos integrados en la familia nuclear, en la familia amplia y la que acoge otras personas, parecen estar mejor protegidos que los solitarios y los miembros de los grupos familiares desintegrado o incompletos.

En una investigación paralela se determina la naturaleza de las diversas formas de consumo anormal del alcohol, limitándonos en esa exposición a la simple enunciación de estos resultados iniciales, globales. A esto agregaremos que, de los 25 sujetos

que respondieron afirmativamente a la pregunta 144, 21 eran de sexo masculino y sólo 4 del sexo femenino, o sea el 84% y el 16%, respectivamente. Expresado en porcentajes con respecto a la población total de la muestra, representan el 16.9% para los hombres y el 3.5% para las mujeres.

Merecen compararse estos resultados con los de una encuesta sobre prevalencia del alcoholismo en la población, predominantemente obrera, de una zona de ciudad de Santiago de Chile (J Marconi, A. Varela y colaboradores) en la que se clasifican como alcohólicos al 8.3% de los hombres y al 0.6% de las mujeres. En el trabajo de Essen-Moeller en una población rural sueca, el 9.2% de la población adulta eran personas que abusaban del alcohol; y en toda la población femenina hallaron sólo a 3 bebedores anormales.

j) Convulsiones.- Aquí nos referimos a todos aquellos sujetos que declararon haber tenido "algún ataque o convulsión" (pregunta 90). Este grupo indudablemente que es heterogéneo e incluye las convulsiones eclámpticas, las crisis convulsivas de naturaleza epiléptica, las crisis histéricas y algún otro tipo de difícil individuación clínica. El deslinde de estas diversas formas es objeto de un estudio de comprobación clínica cuyos resultados daremos a conocer ulteriormente.

Presentaron "convulsiones" el 7.5% de la población estudiada, o sea 18 individuos.

2) Antecedente de patología psíquica no especificada.

Bajo este rubro caen preguntas, a nuestro entender muy genéricas, des-

tinadas a obtener una orientación preliminar en la materia de antecedentes personales y familiares de patología mental. A la pregunta 168 (¿Ha tenido Ud. alguna vez un trastorno nervioso?), respondieron afirmativamente 30 sujetos, o sea 12.5% de la población-muestra. el 15.5% manifestó que alguna persona de su familia había tenido alguna vez "trastorno nervioso" (pregunta 169). Sólo 9 personas, o sea 3.7% dieron a conocer que habían sido pacientes en hospital mental, pero mayores fueron las respuestas afirmativas a propósito de indagación sobre si algún miembro de la familia había sido "alguna vez paciente en un hospital mental" (pregunta 171), 7.9%. Conforme hemos señalado en otra sección de este trabajo, las que respondieron positivamente a las preguntas 168 y aquello que respondieron a la 170, tuvieron promedio sumamente elevados, tanto para el total de las respuestas afirmativas del conjunto del I.M.C. como para las respuestas afirmativas de las secciones M-R, indicadoras de patología mental. Para los fines de un estudio de morbilidad a nivel específico, tiene valor una comprobación del diagnóstico de todos aquellos sujetos que dieron respuesta afirmativa a las preguntas mencionadas. De la aplicación del I.M.C. puede esperarse una función útil de despistaje inicial de estos casos en una población supuesta sana.

3) Frecuencia de enfermedades en general: actitudes y reacciones frente a ellas.

Reconocieron enfermarse con frecuencia 26 sujetos, o sea el 10.8% de la población (pregunta 115), de los cuales 19 eran mujeres y 7 hombres, lo que expresado en porcentaje en relación a la población general estudiada arroja 7.9% para las mujeres y

2.9% para los hombres. Si agrupamos por edades a los sujetos que respondieron afirmativamente a esta pregunta, tenemos que de 20 a 40 años fueron 14 sujetos, o sea el 9.1% de los pobladores comprendidos entre estas edades, de 40 a 50 años fueron 8, o sea 11.3% de los sujetos incluidos entre estas edades, y finalmente, en el grupo de 60 a 80 años fueron 4, o sea el 25% de los casos involucrados entre estas edades. De otro lado, si analizamos los resultados en relación a los grupos domésticos, veremos que, para los solitarios matrimonios y grupos incompletos, se obtuvieron porcentajes de 21.4%, 28.5% y 23.1% respectivamente, mientras que heterogéneos, agregados y nucleares ofrecieron, sólo 6.2% , 10.4% y 7% respectivamente. Nuevamente se nos plantea la posibilidad de alguna relación entre la estructura y funcionamiento de estos grupos domésticos en relación a la incidencia de enfermedades. Estudios de morbilidad realizados por Elizabeth H. Jackson en hombres y mujeres de diversas edades en el Eastern Health District de Baltimore, muestran que los promedios de enfermedades agudas y crónicas de diferentes grados de severidad fueron algo más elevados en las mujeres y también más elevados, debido a causas crónicas, en la edad avanzada. Nuestros resultados obviamente son superponibles a los hallazgos de Elizabeth H. Jackson.

Sin embargo se anota, netamente , que sólo el 5.8% de la población "se queda en cama a menudo debido a enfermedad" (pregunta 116). Así nos fue dado observar a muchas amas de casa con enfermedades agudas y crónicas atendiendo los quehaceres domésticos sin poder guardar el debido reposo.

Tuvieron una pobre opinión de su

propia salud (pregunta 117) 61 personas, o sea el 25.5% de la población estudiada. Pero esta pobre opinión discrepa de la que las demás personas tienen de ellas, así sólo 16.4% de la población total fue considerada como persona enfermiza por parte de los demás (pregunta 120). Esto quizás sea expresión de salud no siempre objetivada o de una suerte de atención desproporcionada hacia el funcionamiento del propio cuerpo.

A la pregunta 121 (¿Se acaba Ud. a fuerza de preocuparse por su salud?) contestaron afirmativamente 28.3% de los sujetos estudiados. De los que contestaron en sentido afirmativo el 50% provenía de la Sierra, el 32.8% de la Costa y sólo el 17.1% eran oriundos de la capital. En lo que concierne al sexo 34 fueron mujeres y 36 varones. La preocupación constante, por la propia salud es comúnmente signo de ansiedad y defensa frente a ella. Tan elevada prevalencia de una orientación hipocondríaca puede estar en relación a una manera habitual de aliviar la ansiedad de un modo inadecuado, quizás culturalmente condicionado.

Las respuestas a la pregunta 122 (¿Está Ud. siempre enfermo y triste?) revelaron una frecuente asociación de enfermedad y depresión. Esta asociación alcanzó al 22.1% de la población estudiada, pero tenemos el hecho singular de que estas declaraciones se refieren a estar siempre "enfermo y triste". Como es bien sabido, puede presentarse una depresión que podemos llamar orgánica en relación a enfermedades crónicas depauperizantes, pero asimismo son frecuentes reacciones depresivas frente a todo lo que la enfermedad significa para el individuo. Esta frecuencia de depresión asociada a enfermedad corporal y, en general, el elevado porcentaje de

la población general que presenta síntomas depresivos, nos está indicando, primero, la existencia y operación de factores crónicos que inducen al desaliento y al fracaso y segundo, no menos quizás, una forma común de reaccionar frente a la continuada acción de factores adversos al bienestar de la población. No parece maniacodepresivo, sino más bien de una forma de respuesta biológica frente al continuo fracaso en el logro de las satisfacciones más elementales.

4) Trastornos Somáticos.

En la primera sección, la denominada A) del Índice Médico de Cornell, hay preguntas destinadas a averiguar el estado de los órganos de los sentidos.

67 personas, o sea el 28.03%, manifestaron tener necesidad de usar anteojos para leer y 55 o sea el 22.5% necesitaban anteojos para ver de lejos. Oían mal 44 personas o sea el 18.4% y refirieron tener o haber tenido supuración ótica, 19 sujetos, o sea el 7.9%.

En la sección B) se indaga acerca del estado del aparato respiratorio. Probable rinitis espasmódica está presente en el 16.3% de la población y asma bronquial en el 3.3% (pregunta 20 y 21) respectivamente. Manifestaron tener un padecimiento crónico del pecho 39 sujetos, o sea el 16.3% (pregunta 25) y sólo 13 o sea el 5.4% declararon haber tenido tuberculosis alguna vez (pregunta 26).

Las preguntas de la sección C), exploran el estado del sistema cardiovascular. Ya nos hemos referido a la prevalencia de hipertensión arterial. Sólo nos referiremos acá a que 24 sujetos o sea el 10.04% declararon haber sido diagnosticados, por

algún médico, de padecimiento del corazón (pregunta 39).

Las preguntas de la sección D), exploran el estado del trasto digestivo. en la sección de probables síntomas psicósomáticos nos hemos ocupado, con cierta extensión, de algunos de estos trastornos. Sólo nos queda señalar elevada prevalencia de estreñimiento (pregunta 63) que alcanza hasta el 30.9% de la población; hemorroides presentaron 8.3% de la población (pregunta 87).

El sistema muscular-esquelético explorado en la sección E) arrojó un 8.3% de impedimento motor por probables causas articulares.

Los varones, en una proporción de 6.6% manifestaron haber tenido alguna enfermedad seria en sus genitales (pregunta 97) y 17.5% de ellos, habérseles diagnosticado algún tipo de hernia (pregunta 100). El 7.9% declaró que algún médico le diagnóstico en algún momento enfermedad de los riñones o de la vejiga (pregunta 107).

Dijeron haber tenido "reumatismo" en la niñez 16 sujetos, o sea el 6.6%; 113 personas, 47.2% declararon haber tenido "paludismo" alguna vez (pregunta 126). 33 afirmaron haber sido tratados alguna vez por tener "anemia" (pregunta 127) o sea el 13.8%. Una respuesta interesante, que se refiere específicamente a sífilis (pregunta 127), fue dada por 20 sujetos, o sea el 8.4%. Curiosamente, sólo 1 persona manifestó tener diabetes (pregunta 129) o sea 0.4% y 4 personas o sea el 1.6% expresaron haber sido diagnosticadas de bocio o "coto" (pregunta 139). 8 personas se refirieron específicamente a haber sido tratadas alguna vez por médico debido a "cáncer o tumor", esto es, un

3.3% de la población.

En lo que atañe a la desnutrición, juzgada por los mismos pobladores, cabe indicar que 58 sujetos, o sea el 24.2% nos refirieron "estar muy bajos de peso" (pregunta 133). En cambio sólo 21 sujetos, o sea el 8.7% expresaron "estar muy gordos" (pregunta 134). Venas varicosas fueron acusadas por 38 personas, o sea el 15.8% (pregunta 135).

48 sujetos o sea el 19.8% de la población-muestra, nos comunicaron haber sufrido "intervenciones quirúrgicas serias" (pregunta 136). Traumatismos diversos habían tenido 60 personas, o sea el 25.1%, es decir, el cuarto de la población estudiada, cifra bastante elevada.

5) Opiniones populares en relación a enfermedades.

Creemos que algunas preguntas del I.M.C., tal como están formuladas, se prestan a que los sujetos, frente a la ambigüedad de ellas, comuniquen más bien opiniones o presunciones personales que referencia escueta a síntomas comprobados por ellos. De todas maneras, no deja de tener valor su conocimiento ya que nos da una visión de las ideas reinantes en esta población en lo concerniente a creencias populares sobre frecuencia de tales o cuales trastornos y de la etiología atribuida a ellos. Así, una alta proporción de la población-muestra, el 30.9% manifestó haber tenido alguna vez "padecimientos graves del hígado". En muchos casos una comprobación ulterior nos permitió enterarnos de que atribuía a enfermedades hepáticas trastornos nada vinculados a ella, por ejemplo, amargor de la boca, dolor de cabeza, dispepsia y otras manifestaciones de comprobada etiología diversa. De igual manera se

comprobó un diagnóstico muy frecuente de "hipotensión arterial" (pregunta 29) que debemos tomar con reserva dada la extendida tendencia de atribuir a la "presión baja los más variados trastornos mayormente funcionales.

DISCUSION

La aplicación global del I.M.C. en un amplio estudio epidemiológico nos ha proporcionado evidencias reveladoras de una variada patología emocional de muy diversos grados, llamándonos la atención la tendencia a la predominancia de formas severas. Aún excluyendo en la elaboración estadística al grupo de sujetos que se calificaron de "nerviosos" o que declararon "haber sido atendidos en algún hospital mental", la patología remanente, en la población general, es todavía considerable. Estas comprobaciones desgraciadamente no han podido compararse con los resultados de investigaciones similares, pues hasta donde llega nuestra información no se ha utilizado esta prueba en tales pesquisas.

Debemos insistir en las características peculiares de la población de Mendocita, para poder justipreciar los resultados obtenidos. Se trata de un conjunto humano que vive en augurios en un medio-altamente insalubre, obteniendo a duras penas los medios más elementales de subsistencia. Predomina en los pobladores un sentimiento de impotencia para superar la situación precaria en que se encuentran al lado de una profunda inseguridad acerca de lo que pueda depararles el futuro. Son comprensibles, por tanto, los síntomas depresivos y ansiosos ampliamente difundidos.

Diríase que de acuerdo a las ideas de Richard Franck y Russel Davis,

el individuo desamparado e impotente, en una situación que no se modifica, amenazado constantemente por la pérdida de sus medios de subsistencia y de los cuidados más elementales, reaccionan significativamente en forma depresiva. quizás esto traduzca un intento de ajuste del organismo a las condiciones adversas de vida.

La irritabilidad, el malhumor, el clima de hostilidad y las continuas fricciones entre los vecinos serían expresión de continuas frustraciones, conforme a la conocida hipótesis de la frustración-agresión de Dollard Sears y colaboradores.

Repetidamente nos hemos referido a un clima de tensión en la población de Mendocita. Ahora bien, si analizamos la situación vivida por dicha colectividad de acuerdo a ciertos criterios formulados por Kurt Lewin se esclarece la probable dinámica de esa extendida atmósfera de tensión. Conforme a los planteamientos de dicho psicólogo, uno de los más importantes factores en el condicionamiento de conflicto y de "estallidos" emocionales sería el nivel general de tensión en que viven las personas y los grupos; entre las principales causas de tensión tendríamos las siguientes: a) el grado en que las diversas necesidades de una persona se encuentran satisfechas (a mayor insatisfacción, mayor tensión); b) la amplitud del espacio "de libre movimiento" de una persona, (a mayor restricción de "movimientos libres", mayor tensión); c) la barrera exterior, es decir, la que impide al sujeto salir de la situación; d) contradicciones y oposiciones de objetivos de los miembros del grupo. Enfocando la "situación" de Mendocita con arreglo a estos conceptos, verificamos la existencia de una carga permanente de agresividad que estalla al menor pretexto, y

una suma facilidad en la eclosión de conflictos de todo género entre los pobladores. Esta tensión está alimentada continuamente por las múltiples y reiteradas insatisfacciones que ellos experimentan. No está demás agregar que es fácil advertir generalizada inseguridad, lo que significa vivir bajo la amenaza de que la satisfacción de las diversas necesidades básicas no se logre. Conexas a estas circunstancias se encuentran variadas limitaciones que impiden a los sujetos acercarse a los objetivos que apetecen, y para completar las condiciones tensionales gravita la gran barrera que les impide salir del lugar, escenario y fuente de estas tensiones.

En términos generales nuestros resultados cuantitativos globales, de acuerdo a los lineamientos del I.M.C. sólo son comparables a los obtenidos en pobladores neuróticos o pacientes psiquiátricos de Nueva York estudiados con el mismo cuestionario por Keeve Brodman, Albert J. Erdmann Jr. y Harold G. Wolff.

Creemos necesario insistir, por ser de interés socio-cultural, en la probable función protectora sobre el individuo que pudiera cumplir la particular estructura de algunos grupos domésticos. En efecto, la familia nuclear y la familia agregada (constituida a base de una nuclear, a la que se suman otros parientes), resultan comparativamente las menos afectadas por las presiones de la situación. Es bien sabido que en la familia nuclear sus diversos miembros ejercen entre sí una poderosa influencia integradora y estabilizadora en los adultos, orientadora y formativa en los menores, conforme lo enunciado por Talcott Parsons.

Los grupos de "incompletos", "solitarios", y "heterogéneos" donde se

dan con menos frecuencia e intensidad las notas mencionadas, interesantemente son los que manifiestan mayor severidad en los desórdenes emocionales (ansiedad, depresión, etc.).

Otros hecho a señalar es el de la mayor vulnerabilidad de la mujer frente a los diversos factores perturbadores del equilibrio psíquico. En estudios epidemiológicos similares como los de Essen-Moeller, Lemkau, Tietze y colaboradores, y otros, se ha verificado esta particular fragilidad del sexo femenino, lo que incluiría a considerarla un fenómeno biológico de distribución universal.

La acentuación de la sintomatología emocional en los provincianos recién llegados a Lima que se han avecindado en Mendocita sugiere una probable intervención de factores negativos quizás en relación con las nuevas condiciones de vida y con las exigencias de un medio urbano cargado de mayores presiones e inseguridades que el medio simple y rural de donde proceden. La desorientación, el desconcierto, la desvinculación, no son raras consecuencias del fenómeno de la urbanización. Muchas de las personas que llegan a Lima traen consigo, de otro lado, grandes aspiraciones que no siempre se materializan. Una investigación colateral, de la que daremos cuenta en otra publicación, ha puesto de manifiesto este fracaso vivido por el provinciano.

La mayor difusión de desórdenes emocionales apreciados por el I.M.C. en los recién llegados a Lima, confirma resultados análogos encontrados por diversos investigadores y que han recibido un amplio comentario en una discusión "panel" de la Federación Mundial para la Salud Mental sobre "Aspectos de salud mental de la urbanización".

John R. Rees destacó el enorme problema creado por la urbanización e industrialización, y manifestado en el aparente incremento de los psiconeuróticos, de aquellas gentes que tienen estados de ansiedad. Nosotros podemos agregar, que nuestra investigación ha podido comprobar que no sólo la ansiedad sino también los síntomas depresivos e hipocondríacos tienen esta elevada prevalencia. En nuestro medio, además, cabe precisar que tenemos más problemas vinculados a urbanización que a industrialización. Quizás estemos frente a un fenómeno que se halle no sólo en relación a circunstancias sociales sino también a condiciones de tipo cultural. En el emigrado proveniente de la Sierra hemos verificado una constelación de síntomas emocionales y de actitudes inadecuadas que no se dan con la misma frecuencia en el costeño a la Capital y en el nativo de Lima. Esta constelación sintomática se halla integrada por manifestaciones depresivas, preocupaciones hipocondríacas, sentimientos de inadecuación, actitudes de recelo y de susceptibilidad, indecisión y una franca necesidad de dependencia y a diferencia de los costeños oriundos de Lima, una menor incidencia de expresiones de agresividad.

En un interesante estudio de comparación cultural de las reacciones depresivas realizado por Edward Stainbrook, se ha señalado la rareza de ellas en negros africanos y su abundancia en hindúes y bengaleses. El citado autor observa, sobre la base de su estudio comparativo, que se da un comportamiento obsesivo-compulsivo positivamente correlacionado con la incidencia de reacciones depresivas. Esta última comprobación no se encuentra confirmada por nuestros

hallazgos, lo que induciría a pensar en un diferente tipo de condicionamiento cultural de las reacciones depresivas entre los pobladores que hemos estudiado. Permitiéndonos una digresión, adelantaremos que, tanto del estudio directo cuanto de la averiguación indirecta en nuestro campo de trabajo, no pudimos encontrar ni un sólo caso con sintomatología obsesiva-compulsiva en pobladores procedentes de la Sierra. En cambio, encontramos una asociación frecuente entre reacciones depresivas y manifestaciones de dependencia. Es de dominio común que muchos de los que reaccionan con depresión frente a la adversidad son personas profundamente dependientes. Se trata de una condición que les hace más vulnerables a toda frustración, en particular, a aquellas en que el individuo pierde apoyo, protección o no encuentra la presencia de figuras protectoras que le amparen a la manera de una madre. Edith Jacobson dice a propósito de este tipo de personas que "lo que ellas requieren es un suministro constante de amor y de apoyo moral de un objeto amado altamente apreciado. Este objeto es, generalmente, una persona, pero puede encontrarse representado por un símbolo poderoso, una causa religiosa, política o científica o una organización de la que se sientan formar parte".

En esta misma población abunda la sintomatología de matiz hipocondríaco, la tendencia a la preocupación exagerada por el propio estado de salud, la actitud quejumbrosa frente a los propios males orgánicos. Cuando falta la provisión exterior de satisfacciones el individuo tiene más oportunidades para volcarse a la consideración de sí mismo, a prestar más atención al funcionamiento del propio cuerpo, lo que secundariamente, puede a veces atraer simpatías que calmen sus ansiedades y compensen en parte sus insatisfacciones. Quizás sea éste el meca-

nismo que condicione ésta sintomatología, la que, como hemos señalado, se encuentra significativamente vinculada a la manifestación depresiva y de dependencia en los pobladores provenientes de la sierra.

En general los sujetos de la sierra moradores de Mendocita exhiben menor agresividad comparativamente a los provincianos costeños y a los capitalinos. Sometidos a las mismas presiones y frustrados por igual en muchos aspectos, es posible que la agresividad no propenda a manifestarse con la misma frecuencia e intensidad en todos los pobladores oriundos de la sierra, dirigiéndose aquella más hacia sí mismo que hacia los demás, mecanismos quizás condicionado por un factor de pasividad común a ese grupo cultural.

RESUMEN

Se ha estudiado una población urbana de la ciudad de Lima asentada en un área de tipo "slum". Sus pobladores estaban integrados, en su mayoría, por personas procedentes de provincias, en particular de la Sierra, principalmente obreros no calificados, distribuidos en diferentes grupos domésticos. Se les aplicó el Índice Médico de Cornell en una fase preliminar de una investigación de morbilidad psiquiátrica. Los resultados obtenidos han revelado incidencia elevadísima de ansiedad, síntomas depresivos, tendencias hipocondríacas, inadecuación y agresividad en la muestra explorada. Se analizan los resultados apreciándose diferencias en función del sexo, edad, composición familiar y fenómenos migratorios. Se señalan posibles factores sociales y culturales en el condicionamiento de la patología emocional encontrada. Este estudio ha comprobado, una vez más, la validez del I.M.C. como instrumento de exploración preliminar o "screening" para la identificación de los casos con desórdenes emocionales significativos.

Lima, Octubre de 1958.