

PROMOCION DE LA SALUD MENTAL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES VICTIMAS DE LA VIOLENCIA ARMADA EN PUNO-PERU

Manuel E. ESCALANTE P. () & Rita M. URIBE O. (**)*

Se presenta la experiencia de un trabajo pionero de intervención en Salud Mental en zonas afectadas por la violencia armada particularmente en Puno. Se llevó a cabo un primer seminario taller con asistencia de representantes de los diferentes sectores (Salud, Educación, Iglesia, Organizaciones de la comunidad, etc.). Los participantes identificaron tanto la problemática de salud mental a ser abordada como las zonas más afectadas (Azángaro, Melgar y Ayaviri). Se diseñaron programas de capacitación en Salud Mental para los representantes de los diferentes sectores de las zonas anteriormente identificadas formulándose estrategias de intervención local.

PALABRAS CLAVE: Salud mental - Violencia armada - Puno

MENTAL HEALTH PROMOTION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS VICTIMS OF ARMED VIOLENCE IN PUNO-PERU

The first stage of a pioneer work in Peruvian regions affected by armed violence particular in Puno is presented. A first workshop seminar was carried out with representatives of different sectors (Health, Education, Church, Local organizations, etc.) The participants identified the mental health problems of the community as well as the most affected areas (Azángaro, Melgar and Ayaviri). Training programs on Mental Health for social leaders of those regions were designed and some intervention strategies were developed.

KEY WORDS : Mental Health - Violence - Puno

(*) Médico-Psiquiatra del Departamento de Psiquiatría Biológica del INSM «HD-HN».

(**) Enfermera del Departamento de Salud Mental Comunitaria del INSM «HD-HN».

LA VIOLENCIA EN EL PERU

Existen diferentes acepciones para definir el término violencia pero para los efectos del presente trabajo hemos utilizado la definición que brinda el Diccionario de la Real Academia de la Lengua como: «Acción violenta o contra el natural modo de proceder»; o «Utilización de la fuerza para alterar el natural modo del comportamiento o de actuar» (1).

En cuanto a las circunstancias que favorecen sus manifestaciones, Galtung señala que: «La violencia está presente cuando los seres humanos se ven influidos de tal manera que sus realizaciones efectivas, somáticas y mentales, están por debajo de sus realizaciones potenciales» (2).

En el aspecto social, se considera como violencia: «la que se expresa, en diversos grados y múltiples formas, entre los individuos y grupos, producto de circunstancias sociales que, al permanecer y reproducirse históricamente, estructuran y caracterizan a una determinada forma de organización social que mediatiza la potencial realización de sus miembros» (3). No obstante, se plantea que la razón de la violencia hay que encontrarla en el cruce de factores negativos del individuo y de la sociedad.

Los estudios realizados en nuestro medio permiten clasificar la violencia social en varios tipos, así tenemos a la violencia socioeconómica, urbana, sociocultural, del narcotráfico y política. La llamada violencia estructural que se manifiesta en el Perú desde 1980, protagonizada básicamente por dos organizaciones terroristas, constituye un ejemplo de violencia política, en-

tendiendo por terrorismo a la práctica que recurre sistemáticamente y dentro de una estrategia determinada a la violencia contra personas o cosas provocando terror, útil para los objetivos políticos del grupo que las emplea (3). En el Perú, por lo menos el 90% de estos actos han sido llevados a cabo por la organización conocida como Partido Comunista del Perú Sendero Luminoso (ver figura N° 1).

Los militantes senderistas se describen como jóvenes de 16 a 31 años de edad, mayoritariamente varones, aunque también las mujeres tienen una participación bastante significativa y en puestos de responsabilidad y dirección importantes. Proceden fundamentalmente de centros urbanos, tanto de Lima, como de capitales de provincias (sobre todo de las provincias andinas más pobres). En cuanto a su nivel educativo, tres de cada cuatro senderistas han cursado por lo menos algún grado de educación secundaria (4). En su mayoría tienen ocupaciones precarias, con una significativa tendencia al subempleo y sus niveles de ingreso son en su mayoría considerablemente bajos. Se trata, así, de personas en una situación socioeconómica inestable y precaria. En muchos sentidos, son sectores de la población que ven truncadas sus aspiraciones y posibilidades de ascenso social (sobre todo a través de la educación superior y/o un empleo adecuado) y que, además, presentan una relativa marginalidad no sólo económica sino también social; por ejemplo, por consideraciones étnico-raciales que aún persisten en el Perú de hoy (4).

En relación a la violencia terrorista, la población no se encontraba preparada, y por lo tanto era vulnerable a los ataques

armados de Sendero Luminoso, lo que dió lugar, en algunos casos, a poblaciones íntegras asesinadas. Se estima que la cantidad de muertos durante los doce años de violencia armada es de 25,000, siendo el 40% civiles inocentes. Estas cifras deben tenerse en cuenta para estimar los hogares afectados por la pérdida de alguno de sus miembros, la misma que ha obligado, sobre todo a los niños, a asumir diferentes roles. Muchas familias han presenciado la ejecución de uno de sus miembros, sufriendo daños emocionales severos que generaron sentimientos de frustración, desconfianza y resentimiento social. Además del costo social de la violencia, en términos de muertos y heridos, los costos materiales suman miles de millones de dólares. El temor ocasionado por este tipo de ataque provocó un alto flujo migratorio, reflejado en la permanente movilidad de grupos familiares. A nivel oficial, las estadísticas elaboradas por la comisión técnica sobre el problema de las poblaciones desplazadas estiman en 80,000 el número de familias desplazadas en todo el país, con un promedio ponderado de 5 personas por familia, que hace un total de 400,000 desplazados.

En este sentido, la violencia en nuestro país debe ser considerada como un importante factor en la incidencia de problemas de salud mental, entre los que se ha observado la desintegración familiar, los desplazamientos, las escasas redes familiares o de soporte social, reacciones agudas de estrés y reacciones de ajuste, así como problemas emocionales específicos de la infancia y la adolescencia tales como angustia, depresión y algunas formas de conductas inadecuadas.

VIOLENCIA Y SALUD MENTAL

La Salud Mental constituye parte esencial del concepto de salud que la Organización Mundial de la Salud define como: «estado de completo bienestar ecológico, físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones y enfermedades». Perales amplía el concepto de salud mental y dice: «En su amplio campo de acción incluye no sólo los trastornos mentales sino todos los factores psicosociales presentes en la etiología, evolución y respuesta terapéutica que afectan el estado de salud, en general, inmersos en las diversas enfermedades médicas no necesariamente psiquiátricas. Del mismo modo, incluye la consideración en el sentido amplio de la conducta humana tanto de aquella adaptativa que genera bienestar como de la considerada riesgosa que aumenta la probabilidad de enfermar o sufrir un accidente. La salud mental como elemento motor de adaptación creadora en su aspecto más positivo, está estrechamente vinculada al desarrollo pleno, tanto del individuo y familia como de los pueblos dentro de un contexto ecológico adecuado» (5).

Por lo expuesto, consideramos que la violencia y sus consecuencias constituyen un problema de Salud Mental que requiere de intervención prioritaria, multisectorial e interdisciplinaria.

La Organización Panamericana de la Salud (2), haciendo un análisis de la situación de violencia en la región de las Américas, propone dentro de sus principales actividades lo siguiente:

- La cooperación con países miembros para fortalecer la capacidad del sector salud en

el fomento y la coordinación de procesos sociales de carácter interdisciplinario y multisectorial, para prevenir la violencia y defensa de la vida.

- Fomentar la creación de instituciones y centros con capacidad para investigar, programar, ejecutar y evaluar acciones de prevención de eventos violentos así como de atención y rehabilitación de víctimas de la violencia.

Por otro lado, el Ministerio de Salud, dentro de sus lineamientos de política, plantea garantizar el acceso universal a los servicios de salud pública y atención individual, priorizando los sectores más pobres y vulnerables, además de promover el desarrollo y adopción de estilos de vida saludables potenciando los factores protectores individuales, familiares y comunitarios.

Paralelamente, el Sub Programa de Salud Mental acorde con la política del organismo central, propone, entre sus objetivos principales: «elevar el nivel de salud mental, desarrollo y calidad de vida de la población menos favorecida económicamente, incidiendo prioritariamente en poblaciones en riesgo; haciendo énfasis en los niños y adolescentes mediante la reducción de problemas relacionados con los trastornos mentales y psicosociales. Considera, además, que los problemas fundamentales de nuestro país son el subdesarrollo y la pobreza, la corrupción generalizada y la violencia»(6).

PROYECTO DE PROMOCION Y PREVENCIÓN DE SALUD MENTAL EN LA POBLACION INFANTO-JUVENIL VICTIMA DE LA VIOLENCIA ARMADA

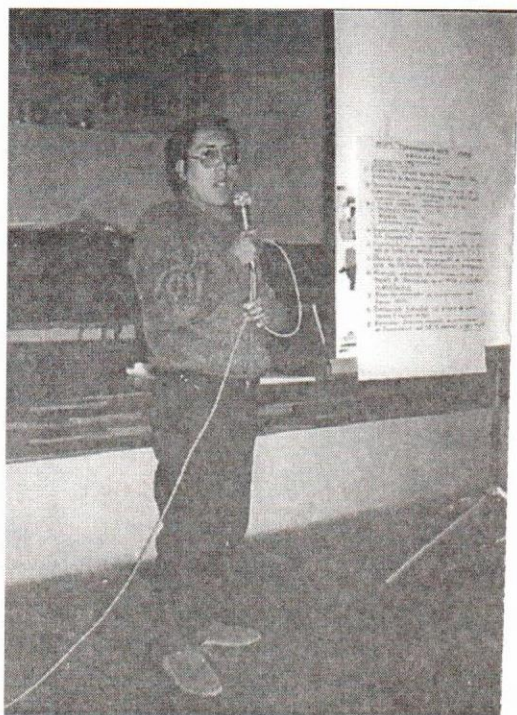
El Sub Programa Nacional de Salud Mental y las Naciones Unidas para el Socorro

de la Infancia (UNICEF), suscriben un convenio para la ejecución de proyectos de promoción y prevención de la Salud Mental en niños y adolescentes, en las zonas de emergencia o regiones en las que se hubiera desarrollado con notoria crudeza la violencia armada de Sendero Luminoso.

Las zonas comprometidas, tal como podemos apreciar en la figura No 1, se agrupan en cinco. El proyecto citado inicia las primeras acciones con la participación de un equipo interdisciplinario conformado por el Dr. Ricardo Bustamante (médico-psiquiatra), Lic. Mercedes Arévalo (enfermera), Lics. Ruth Torres y Nancy Fuk (psicólogas), en el Departamento de Ayacucho, en tres de las provincias más afectadas: Huamanga, Huanta y Cangallo, estructurando un plan de trabajo orientado a la capacitación de la red primaria de salud y otros sectores sociales comprometidos (Iglesia, Educación, Policía, Municipalidad, etc). Los objetivos planteados fueron:

- Sensibilización sobre las necesidades de Salud Mental de la población infanto juvenil afectada por la violencia armada.
- Brindar conocimientos que permitan el desarrollo de proyectos de intervención de Salud Mental en base a un diagnóstico de los problemas y necesidades halladas en cada una de las zonas de procedencia de los participantes.
- Brindar un espacio que permita a los participantes una aproximación a la búsqueda de indicadores, que midan la efectividad de los proyectos aplicados.

Entre los primeros resultados del proyecto tenemos la implementación de tres módu-



Dr. Edwin Vasquez, integrante del Módulo de intervención Psicoafectivo "TUPANANCHIS WASI" (casa de encuentro), de la ciudad de Azángaro presentando la programación de actividades para 1996 durante el III Seminario - Taller



Integrantes de los Módulos de intervención Psicoafectivos al finalizar el III Seminario Taller en la ciudad de Puno.



Integrantes de diferentes sectores (Salud, Iglesia, Municipalidad) desarrollando el diagnóstico de Salud Mental de los niños y Adolescentes afectados por la violencia armada durante el I Seminario - Taller.



Reunión del equipo técnico con el coordinador de Salud Mental de la Sub-Región Puno y pobladores, en visita de reconocimiento a la Ciudad de Lampa.

los psicoafectivos en cada una de las zonas anteriormente mencionadas, en los cuales se elaboran programas preventivos promocionales y de atención de Salud Mental de acuerdo a niveles de complejidad.

Al año de la intervención y dado los resultados obtenidos en el Departamento de Ayacucho, se replica la experiencia en el Departamento de Puno, con la participación de los autores del presente artículo y la Lic. Ruth Torres. El propósito fue de evaluar el programa de intervención en salud mental, para así reproducirlas en otros departamentos del territorio nacional afectados por la violencia armada.

PROYECTO DE PROMOCION DE LA SALUD MENTAL EN PUNO

El Departamento de Puno está en la zona sur-oriental del Perú (ver figura N° 2). Cuenta con una superficie de 71,999 Km². que incluye 4,996 Km² de área lacustre (lado peruano). Su geografía tiene dos zonas claramente diferenciadas, una de sierra, que constituye el 70% del área total del Departamento, variando la altitud entre los 3,800 y 5,000 mts. sobre el nivel del mar; y la otra, de selva, que abarca el 30% del área. Puno es el cuarto Departamento en cuanto a extensión, y el quinto en tamaño poblacional. Cuenta con trece Provincias y 107 Distritos (7, 8). La población estimada es de 1,103,689 habitantes (1993); siendo su población menor de 15 años, 426,974.

Algunos indicadores del sector educación nos muestran que de la cantidad de alumnos matriculados, 348,309, sólo asisten el 71.8%, quedando por atender el 28.2%. En lo que se refiere al personal docente, en el

nivel primario existe 26.1 alumno por docente; y, en la secundaria, 21.1. Siendo este un indicador que nos señalaría una adecuada calidad de enseñanza, es necesario mencionar que no contamos con datos acerca del nivel técnico de los docentes. La tasa de analfabetismo en la población de 15 años a más es de 22.2% (9).

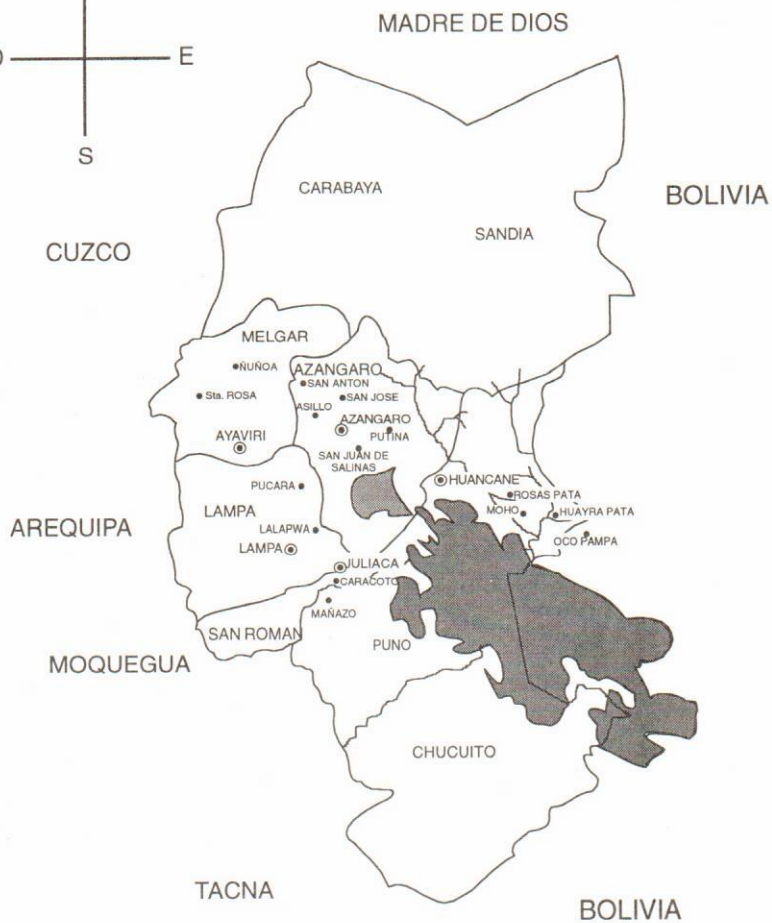
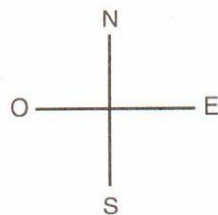
En relación a la actividad económica tenemos que aquellas que permiten el mayor ingreso económico a este Departamento son las textiles, químicas, siderúrgica y metalúrgica, entre otras. En cambio, los bienes que más se importan, son insumos industriales, alimentos y bebidas.

En cuanto a las características de la población se identifican claramente dos, de acuerdo a la zona de residencia, una en la que predomina el quechua hablante y otra en la que predomina el aymara hablante.

Al hombre quechua se le considera taciturno y difícil de saber lo que desea, en contraste con la picardía del aymara. Sin embargo, en estos últimos resulta también difícil saber lo que sienten o piensan, aunque en apariencia su comunicación sea mayor. Esta podría ser la razón del fracaso de Sendero en ganar adeptos entre los aymaras a pesar de que éstos nunca les negaron la entrada ni los dejaron de escuchar, aunque no aceptaron sus planteamientos ni se unieron a su causa. Esta situación se ve reflejada en la ausencia del problema de violencia en la zona aymara. En cambio, en la zona quechua, Sendero pudo avanzar ya sea por el convencimiento o por el temor, pero con nivel parcial de éxito (9).

Además de lo expuesto, es de suma importancia mencionar que la población no

DEPARTAMENTO DE PUNO



sólo fue víctima de la violencia ocasionada por Sendero Luminoso, sino, también, de los excesos cometidos, tanto por el Ejército como por la Policía Nacional. Esta situación la describe Pedro Gibaja tomando como referencia a uno de sus entrevistados: «La población ha pasado del abuso del gamonal al del militar, y luego al del senderista, y ahora comparte el de la policía con el del senderismo. Lo que cambia es quien abusa y no la situación de abuso» (9). El autor citado nos dice, además, que la acción represiva del Ejército afectó inicialmente a la población de Ñuñoa en la provincia de Melgar luego de que Sendero iniciara sus acciones en dicha zona. Como consecuencia, un grupo claramente identificado es el de 48 niños huérfanos que fueron refugiados en la provincia de Ayaviri. Esto nos permite tener una idea de la magnitud de las acciones represivas iniciales en las localidades afectadas, especialmente Melgar y Azángaro, inicialmente, sumándose luego Huancané y Lampa.

El proyecto se inicia los primeros días de octubre de 1995 con la elaboración de un plan de trabajo, basado en la experiencia del equipo de Salud Mental en Ayacucho así como en base a la revisión de publicaciones relacionados con la violencia armada y las víctimas que ésta ocasiona, y los vinculados a las características psicosociales y culturales de la población del Departamento de Puno.

Se consideró conveniente la utilización de la metodología de Seminario Taller con el fin de lograr la participación activa de los asistentes, desde la planificación hasta la evaluación de los programas a aplicarse.

Primer Seminario Taller. El primer Se-

minario Taller se desarrolló entre el 05 y 07 de diciembre de 1995. Contó con la participación de representantes de once de las doce Unidades Territoriales de Salud (UTES), además de representantes de la Iglesia, del Sector Educación y de la Marina. El objetivo fue sensibilizar a los participantes acerca de la necesidad de efectuar intervenciones de Salud Mental dirigida a la población infanto-juvenil afectada por la violencia armada. Para el cumplimiento del mismo se realizaron exposiciones teóricas, talleres y técnicas grupales. Los contenidos teóricos se refirieron a conceptos de Salud Mental y su relación con la calidad de vida; crisis, stress y adaptación; violencia, formas de violencia y sus efectos, incidiendo en la población infanto-juvenil; desarrollo psicoevolutivo del niño y del adolescente.

Los talleres permitieron identificar las crisis psicoevolutivas, los acontecimientos estresantes y sus efectos en los niños/adolescentes, el grupo familiar y el nivel comunitario. Se evalúan además, las necesidades de capacitación para el abordaje de los problemas encontrados, así como la tarea de investigar la situación de violencia en las zonas de procedencia de los participantes. Se realizó, también, un taller de desarrollo personal, donde se buscó un espacio que permitiera el autoconocimiento, además de integrar a los participantes. Las técnicas grupales favorecieron la creación de un ambiente de solidaridad, relajación y compromiso durante todo el seminario taller.

Los resultados obtenidos en este primer seminario taller fueron:

1° La sensibilización de los participantes

respecto a la necesidad de realizar intervenciones de Salud Mental en la población infanto-juvenil afectada por la violencia, lo que se evidenció a través de los resultados obtenidos al aplicar un cuestionario de entrada y de salida.

2° La identificación de las zonas más afectadas por la violencia armada en las provincias de Melgar, Azángaro, Huancané y Sandia (dato que coincide con la literatura revisada). Lo que permitió determinar el área geográfica del proyecto, excluyendo a la provincia de Sandia por dificultades de acceso sobre todo para las actividades de supervisión.

3° El diagnóstico de la situación de Salud Mental de la población afectada por la violencia, desarrollado por los propios participantes, divididos en tres grandes grupos: a) niños y adolescentes, b) familia y c) comunidad.

a) En relación a niños y adolescentes, los participantes lograron identificar los siguientes problemas de Salud Mental: el abandono moral y material, las tendencias depresivo-ansiosas, la deserción escolar, la alteración de roles debido a la pérdida de uno o ambos progenitores, el abuso de alcohol y la delincuencia juvenil. Es necesario mencionar que frente a estos problemas la comunidad, como un mecanismo de equilibrio, había realizado algunas acciones entre las que estaban la coordinación con la iglesia para la formación de hogares sustitutos y la solicitud de ayuda básica a entes estatales.

b) En lo concerniente al grupo familiar, se identificaron como problemas de Salud Mental: la desintegración del núcleo fami-

liar por muerte, reclutamiento o prisión de alguno de sus integrantes, migración desde las zonas rurales hacia las zonas urbanas lo cual acarrea dificultades en la adaptación a un medio cultural diferente, que además producía sentimientos de inseguridad, soledad y desmoralización.

c) En el nivel comunitario se encontraron manifestaciones de desconfianza y temor de ser víctimas de la violencia senderista o represiva. La desorganización de la comunidad debido a las frecuentes ejecuciones de quienes asumían el liderazgo de las organizaciones formales o informales de la comunidad. Falta de soporte social por parte de las fuerzas del orden.

Las necesidades de capacitación de los participantes para afrontar la problemática identificada fueron: programas de promoción y prevención de la Salud Mental en el niño y adolescente (formación de vigías escolares, programas que permitan el uso adecuado del tiempo libre, autoestima en niños); técnicas de intervención en niños víctimas de la violencia; programas que permitan la sensibilización de las diferentes instituciones u organizaciones de la comunidad para el desarrollo de actividades conjuntas en bien de la Salud Mental del niño y del adolescente. En el desarrollo de trabajos con familias los participantes requieren conocimientos sobre la formación de grupos de apoyo a las familias y escuela de padres. A nivel de la comunidad solicitaron capacitación en organizaciones comunales, mecanismos de autodefensa, formación de microempresas. Se aprecia que algunos temas prioritarios para la comunidad escapan a las posibilidades de capacitación por parte de un equipo de salud mental.

Segundo Seminario Taller. El segundo Seminario-Taller se realizó del 07 a 10 de febrero de 1996. En esta oportunidad asistió el personal de diferentes sectores que se desempeñan en las tres UTES (Unidades Territoriales de Salud) previamente determinadas: Melgar, Azángaro y Huancané. En la primera, los participantes procedían de los distritos de Ayaviri, Orurillo, Crucero, Coasa y Limbani; en la segunda, los participantes procedían de los Distritos de Azángaro, Arapa, Asillo y Muñani; y en la tercera, de los distritos de Huancané, Moho, Vilquechico y Putina.

El temario de este Seminario-Taller se elaboró teniendo como base las conclusiones a las que se habían llegado en el primer evento. La reunión tuvo como objetivo capacitar a los participantes en el conocimiento y desarrollo de técnicas de intervención en Salud Mental y la elaboración de Programas o Proyectos para ser aplicados en la población Infanto-Juvenil afectada por la violencia armada.

Se empleó la misma metodología que en el primer Seminario, de tal manera que para el cumplimiento del objetivo se elaboraron exposiciones teóricas, talleres y plenarios. Las exposiciones teóricas se refirieron a intervención en crisis, técnicas de entrevista y consejería; elaboración de proyectos según el enfoque del marco lógico; técnicas de conducción grupal y módulos de intervención psicoafectiva. Los talleres reforzaron los contenidos teóricos, logrando el desarrollo de la técnica de la entrevista por cada uno de los participantes; así mismo, abordaron los problemas previamente identificados, elaborando sus proyectos de intervención siguiendo las líneas del Marco Lógico. Además, cada grupo

creó sus técnicas participativas de acuerdo a vivencias propias, con diferentes objetivos como los de animación, análisis, abstracción, comunicación y planificación. Las plenarios permitieron discutir cada uno de los proyectos de intervención de los diferentes grupos enriqueciéndolos con los aportes de los participantes así como llegar a acuerdos para su aplicación.

Los resultados obtenidos fueron:

1° Se capacitó a los participantes en aspectos de intervención en crisis y consejería, logrando que cada uno de ellos realice entrevistas, recibiendo sugerencias y opiniones de sus compañeros y del equipo técnico. Sin embargo, consideramos necesario una mayor cantidad de horas de práctica para asegurar una intervención de mayor calidad.

2° Cada uno de los grupos desarrolló un proyecto de intervención local de Salud Mental, analizando y priorizando problemas de acuerdo a cada zona de procedencia y determinando objetivos. Ello permitió plantear alternativas de solución traducidos en un diseño final. En la revisión de estos proyectos se encuentran coincidencias significativas, como el de disminuir la incidencia de problemas psicosociales en la familia, mejorar la integración de la familia, disminuir los índices de abandono familiar, utilizar como estrategia de promoción y prevención el apoyo multisectorial, sobre todo del sector educación y de las municipalidades. Consideramos de alto valor el desarrollo de estos proyectos por el hecho que desde su planeamiento sus participantes centran su interés en la búsqueda de indicadores verificables que permitan desarrollar una intervención

de alta calidad. Estos proyectos estarán sujetos a modificaciones de acuerdo al desarrollo de las actividades en el campo y a las supervisiones y evaluaciones periódicas.

3° Durante el desarrollo de los proyectos se propuso la implementación de los módulos psicoafectivos como estrategia de intervención. Estos módulos se definen como un conjunto de actividades tendientes a brindar conocimientos y modos de intervención en Salud Mental, además de favorecer la creación de redes de soporte social y de ayuda mutua en zonas afectadas por la violencia armada; y, está conformado por un equipo intersectorial de cada localidad.

En el mes de junio, a los cuatro meses del segundo evento, se realizó la primera supervisión, actividad que permitió evaluar en el campo lo logrado hasta ese momento. Aunque se enfrentaron algunas dificultades, propias de estas actividades, para la implementación de los Módulos de Intervención Psicoafectivo (MIPS) se llegaron a dar las pautas generales y convenientes para cada zona en particular.

Tercer Seminario Taller. El tercer Seminario se realizó del 23 al 25 de julio de 1996 con el objetivo de lograr que los participantes conozcan y desarrollen técnicas de intervención en Salud Mental, integrados en los programas a ejecutar en la población infanto-juvenil afectada por la violencia armada. Se emplearon los mismos métodos didácticos que en los anteriores seminarios.

Como resultado de este evento se obtuvo:

- 1° La implementación de un Módulo de intervención psicoafectivo en cada una de las tres zonas de trabajo.

- 2° La programación de actividades de los Módulos de Intervención Psicoafectivos (MIPS) de agosto a diciembre de 1996.

- 3° La elaboración de material educativo, de promoción y prevención de la Salud Mental en la población infanto-juvenil.

- 4° El fortalecimiento de las habilidades de los participantes en lo referente a técnicas de intervención en crisis.

PERSPECTIVAS

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos hasta la fecha consideramos necesaria la implementación de este proyecto en otras zonas que también han sido afectadas por la violencia armada y que por razones de financiamiento no han podido realizarse. Asimismo, es necesario una mayor capacitación del personal de los diferentes sectores en las mismas zonas de residencia, facilitando una asistencia regular, el compromiso y el trabajo en equipo además de la participación activa de la comunidad.

Finalmente, es requisito para proyectos como el descrito la financiación correspondiente, para desarrollar todas las actividades que implica los Módulos de Intervención Psicoafectivos. Asimismo, la búsqueda de indicadores que permitan medir el impacto de las acciones realizadas.

AGRADECIMIENTO

Los autores desean agradecer a los Drs. Alberto Perales y Cecilia Sogi del Departamento de Investigación y Epidemiología por sus sugerencias y apoyo brindados al presente trabajo

REFERENCIAS

- 1) REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Diccionario de la lengua española 19a. ed. Espasa-Calpe. Madrid, 1970
- 2) ASOCIACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Salud y Violencia: Plan de Acción Regional. Washington DC, 1994
- 3) ASOCIACION PERUANA DE ESTUDIOS E INVESTIGACION PARA LA PAZ. Violencia Estructural en el Perú. Sociología estructural. Violencia en el Perú. Lima, 1990
- 4) GIBAJA P. S. Violencia terrorista y alternativas de pacificación en el Perú actual. Lima, 1990
- 5) PERALES A. «El Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi en su XI Aniversario». Anales de Salud Mental, 1993, IX N°1 y 2.
- 6) MACHER E. «Evolución y perspectiva del Programa Nacional de Salud Mental» (mimeografiado). Lima, 1995.
- 7) MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA - CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGIA. Salud Mental y Desarrollo Humano en el Perú: Puno. Lima, diciembre de 1988
- 8) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA. Boletín anual. 1995
- 9) GIBAJA P.S. Aproximaciones a la situación de los desplazados en el Perú. Lima, 1994.

PRUEBA DE CONOCIMIENTO**15) Marque verdadero (V) o falso (F) según corresponda:**

- () El terrorismo es una violencia política
- () Infundir temor es una estrategia terrorista
- () Galtung señala que la violencia se hace presente cuando las potencialidades humanas no se desarrollan
- () Se plantea que el origen de la violencia hay que buscarla en la sociedad

16) Los grupos terroristas en el Perú se caracterizan por lo siguiente excepto:

- (a) Son provincianos
- (b) Con bajo nivel de educación
- (c) En situación económica precaria e inestable
- (d) En condición de marginalidad étnico-racial

17) Las estadísticas señalan que la población desplazada por la violencia terrorista es de:

- (a) 80,000
- (b) 100,000
- (c) 200,000
- (d) 400,000

18) En relación a la violencia son propuestas de la Organización Panamericana de la Salud, excepto:

- (a) La cooperación con países miembros para fortalecer la capacidad del sector salud en el fomento y la coordinación de procesos sociales.
- (b) Fomentar la creación de instituciones y centros con capacidad para investigar, programar, ejecutar y evaluar acciones de prevención de eventos violentos.
- (c) La atención y la rehabilitación de las víctimas de la violencia
- (d) Elevar el nivel de salud mental, desarrollo y calidad de vida de la población menos favorecida económicamente.

19) Los siguientes corresponden al proyecto de promoción y prevención de salud mental en la población infanto-juvenil víctima de la violencia armada, excepto:

- (a) Se estableció a través de un convenio UNICEF e INSM «HD-HN»
- (b) El proyecto se inicia en Puno
- (c) El plan de trabajo considera la participación multisectorial
- (d) El propósito es identificar las necesidades de salud mental.