



ARTÍCULO ORIGINAL

DOI: 10.30545/academo.2018.ene-jun.4

Migración y problemas de salud en estudiantes becarios de pueblos indígenas

Migration and health problems in scholars of indigenous people

Moraima Montibeller-Ardiles

Universidad San Ignacio de Loyola. Lima, Perú.

E-mail: montibellerardiles@gmail.com

RESUMEN

El Estado peruano, a partir del 2011 a través del Programa de Beca y Crédito Educativo (PRONABEC) concedió subvenciones económicas a nivel nacional a miles de estudiantes con alto rendimiento académico y bajos recursos económicos, para continuar estudios superiores en universidades nacionales y extranjeras. La propuesta, ocasionó el desplazamiento de jóvenes de áreas rurales y comunidades andinas y amazónicas a la ciudad de Lima, quienes permanecerán por un periodo aproximado de cinco años, hasta concluir sus estudios. El objetivo es describir y comprender el impacto de la migración, los cambios en los patrones alimentarios, las enfermedades biomédicas y culturales, en los estudiantes de la carrera de Educación Intercultural Bilingüe, en la Universidad "San Ignacio de Loyola" Lima. Se aplicaron entrevistas grupales y entrevistas en profundidad a un grupo de 60 estudiantes de tres grupos étnicos diferentes. Se describen hábitos alimentarios, enfermedades biomédicas y culturales.

PALABRAS CLAVE: Migración; patrones alimentarios; enfermedades biomédicas y culturales.

ABSTRACT

The Peruvian State, from 2011 through the Program of Scholarship and Educational Credit (PRONABEC) awarded national economic subsidies to thousands of students with high academic performance and low economic resources, to continue higher education in national and foreign universities. The proposal, caused the displacement of young people from rural areas and Andean and Amazonian communities to the city of Lima, who will remain for a period of approximately five years, until finishing their studies. The objective is to describe and understand the impact of migration, changes in eating patterns, biomedical and cultural diseases, in the students of the Intercultural Bilingual Education career at the "San Ignacio de Loyola" University of Lima. Methodology, qualitative, group interviews, interviews were conducted in depth to a group of 60 students from three different ethnic groups. Food habits, biomedical and cultural diseases are describe.

KEYWORDS: Migration; food patterns; biomedical and cultural diseases.

Artículo recibido: 24 ago. 2017.

Aceptado para publicación: 27 nov. 2017.

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar.

Página web: <http://revistacientifica.uamericana.edu.py/index.php/academo/>

Citación Recomendada: Montibeller-Ardiles, M. (2018). Migración y problemas de salud en estudiantes becarios de pueblos indígenas. ACADEMO (Asunción) 5(1):35-42.

INTRODUCCIÓN

Son múltiples las causas o factores que impulsan las migraciones internas en nuestro país, según el último Censo del 2007, el 44.22% de la población urbana total de Lima proceden de diversos departamentos de la sierra y selva, lo que demuestra que es una de las ciudades más atractivas para los flujos de migración interna y según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2011) sigue siendo el factor educativo uno de los motivos más poderosos. La migración interna ha tenido un impacto positivo en el desarrollo de la economía de nuestro país, según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2015) advierte que, “El Perú ha experimentado cambios significativos en su realidad social, económica y demográfica, donde las migraciones internas han jugado un rol importante para la configuración de la sociedad actual y el desarrollo económico” (2015, p. 22).

Si analizamos el fenómeno de la migración, veremos que no es solo cambiar de lugar de residencia, es dejar un lugar para llegar a otro con nuevas dinámicas sociales y tratar de mantener las propias e ir adaptándose a las nuevas, buscando conseguir un espacio en la nueva comunidad. Tobasura (2003), denomina a estos cambios como aculturación, desculturación, transculturación, enculturación o hibridación cultural.

En los últimos cinco años, el Estado peruano ha otorgado becas de estudios a jóvenes egresados de la instrucción secundaria con alto rendimiento académico y bajos recursos económicos, jóvenes provenientes de áreas rurales y comunidades andinas y amazónicas, para continuar estudios superiores en universidades de la ciudad de Lima. Situación que ha generado un proceso de migración voluntaria, para miles de jóvenes, quienes llegaron por primera vez a la ciudad de Lima. La Universidad “San Ignacio de Loyola” acoge a un gran número de estudiantes en las diversas carreras profesionales y nuestro trabajo se realizó con un grupo de jóvenes de la carrera de

Educación Intercultural Bilingüe (EIB) formado por 60 estudiantes, de los cuales 43 son quechuas (departamentos de Ayacucho, Apurímac, Cusco, Huancavelica, Huaraz), 12 asháninkas (departamento de Junín) y 5 nomatsiguengas, (departamento de Junín). Todos son beneficiarios del Programa de Becas y Crédito Educativo (PRONABEC) en el 2013.

Cuando se analiza el fenómeno de la migración no se puede soslayar aspectos profundos e íntimos del ser humano, como los sueños, logros, tristezas, angustias, esperanza, y alegrías. La complejidad del tema requiere estudios multidisciplinarios para un mejor entendimiento de sus efectos en el proceso de adaptación. Del mismo modo, Martínez, en un artículo publicado el 2006 señala que la migración es un duelo y el duelo no implica solo muerte o separación, sino contempla cambios, rupturas, desplazamientos físicos, lejanía emocional, es también un acontecimiento que supone un factor de riesgo para la salud mental porque conlleva la elaboración de una serie de dificultades y de tensiones en el proceso que ha definido como el duelo migratorio y como todo proceso de duelo, tiene lugar una serie de etapas e implica la utilización de una serie de defensas psicológicas como la negación, evidenciadas en expresiones como; “todo es igual que en mi país” o “todo es distinto pero no me afecta”. Sostiene que la idealización o la negación son formas de alterar la realidad y actuar en forma contraria a la realidad suele compensarse a través de diversos trastornos psicosomáticos a causa del abandono de los referentes culturales tradicionales. Esto quiere decir, que el sujeto requiere de una serie de acciones que favorezcan la aceptación física y psicológica a una nueva realidad y el compromiso de aceptar una nueva vida.

En este contexto, el aspecto menos visible es el referido a los hábitos alimentario de los migrantes, no obstante que la cultura alimentaria se adquiere desde la infancia y están constituidas por las formas de comer, donde se come, con quien se come y como se come y también, porque no se comen determinados productos, son algunos de los

aspectos que conforman la valoración de los hábitos alimentarios (Contreras 1992, p. 96). Asimismo, la alimentación no es solamente un fenómeno biológico o nutricional, es también, una expresión social influida por la cultura, siendo los hábitos alimentarios los que se resisten al cambio en el proceso de adaptación y aculturación de los migrantes, quienes tienden a conservar como parte de su identidad cultural.

De otro lado, Kain (2005) enfatiza la importancia de la cultura alimentaria y considera como; post transición alimentaria y epidemiológica, a los cambios en los hábitos alimenticios de los migrantes y los procesos de readaptación y aculturación generan cambios físicos y psicológicos. Ahora bien, la alimentación forma parte importante de la cultura y la definición de cultura ofrecida por Kroeber (1945) que considera como un modelo explícito o implícito, de y para el comportamiento, adquirido y transmitidos mediante símbolos que constituyen las realizaciones distintivas de grupos humanos, el núcleo esencial de la cultura lo constituyen ideas, tradiciones, valores, cualquier actividad física o mental que no sea determinada por la biología.

De igual manera, la alimentación, la salud y enfermedad, forman parte de las prácticas culturales de todos los pueblos y la búsqueda del tratamiento para recuperar la salud incluye a la familia, el entorno, los especialistas o sanadores, los recursos y materiales. Dada las particularidades de las culturas y las diferentes formas de enfrentar el tema de la salud, enfermedad, surge el interés de especialistas en diagnósticos psiquiátricos, de evidenciar algunas enfermedades, consideradas propias para los pueblos Latinoamericanos. En la "Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico" (APAL, 2004) registra, la existencia de enfermedades peculiares para este continente y propone su clasificación general bajo el rótulo de "síndromes culturales", lo que significa una apertura a la comprensión de la existencia de signos y síntomas indesligables de una cultura y una sociedad, lo que hace que las particularidades no

provienen de las diferencias biológicas, pero sí de las diferencias socioculturales.

En el presente estudio abordaremos, algunas manifestaciones de las enfermedades de síndrome cultural que presenta la población de estudio, la que está conformada por jóvenes becarios procedente de los pueblos quechuas, ashánincas, y nomatsiguengas de la carrera de EIB.

METODOLOGÍA

La metodología empleada para dar respuesta a estas preguntas es de carácter cualitativo. Incluye siete entrevistas grupales, cinco entrevistas en profundidad a estudiantes y a dos tutores. El tiempo utilizado para las entrevistas grupales fue de 40 minutos, aproximadamente, las entrevistas en profundidad fueron utilizadas para profundizar algunos resultados encontrados en las entrevistas grupales. Las entrevistas en profundidad se pudieron realizar en reiteras oportunidades en tiempos diferentes de 30 a 50 minutos. Las entrevistas grupales han sido diferenciadas según grupos étnicos. Se considera como un estudio de caso realizado el 2015, en la Universidad San Ignacio de Loyola en la ciudad de Lima, con un grupo de 60 estudiantes de la carrera de Educación intercultural bilingüe, de los pueblos, quechua, asháninca y nomatsiguenga, del II y VI ciclos de estudios. La edad promedio de los estudiantes es de 17 a 27 años de edad.

Los criterios de inclusión fueron: ser becarios, pertenecer a uno de los tres grupos étnicos y ser estudiantes de la carrera de EIB. Los resultados de las entrevistas en profundidad y entrevistas grupales se triangularon y analizaron a través del análisis semántico estructural. Los espacios de conversación que generó las entrevistas grupales les permitieron reflexionar, compartir y expresar sus vivencias y anécdotas de los primeros momentos de su llegada a Lima y la dificultad de conseguir alimentos similares a los de sus hogares, así como los problemas de salud. Se informó a todos los estudiantes de los objetivos del trabajo y se pidió por escrito el consentimiento informado.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se han identificado cinco aspectos para el análisis en función a los cuales se ordenan los resultados. En un primer momento, concentró la atención de los estudiantes el tema de la vivienda y los trámites en el PRONABEC, y el tema de la alimentación se mostró como el menos visible del problema, pero en breve tiempo provocó problemas de salud con diversas sintomatologías, es posible que haya surgido, como señala Martínez (2003) una actitud de defensa psicológica de negación, la que se resume en expresiones casi generalizada de los estudiantes: “todo los alimentos son diferentes y me hacen daño”, “las comidas me hacen daño”. Se constató, por tanto; que los estudiantes se encontraban en un proceso de aculturación alimentaria, que genera conflictos y que afecta negativamente a la salud al no encontrar alimentos similares a los que estaban acostumbrados sus paladares.

A: Rechazo: Existe un consenso entre los estudiantes entrevistados al percibir que los alimentos consumidos en los restaurantes son los causantes para los problemas digestivos que han sido auto diagnosticados como gastritis. En las entrevistas grupales señalaron:

Casi todos los becarios sufrimos de gastritis, el médico nos ha dicho que tenemos gastritis, estamos en tratamiento (Grupo 5).

La Gastritis, creo que se debe a la comida fría, me da mareos, dolor de cabeza, se me hincha el estómago (Grupo 4).

No hay variedad de alimentos, en las pensiones, todo hacen daño al estómago. Ahora estoy comiendo en el chifa, porque no tiene muchos condimentos, pero ya me estoy cansando de comer lo mismos (Grupo 4).

El diagnóstico del médico y autodiagnóstico de la enfermedad de la gastritis, estarían relacionadas con el consumo de alimentos que son diferentes a los de sus hogares, debido a los ingredientes, como grasa, sal, saborizantes y colorantes, condimentos que son muy poco utilizados en la cocina familiar. Sabemos también, que el estrés y ansiedad puede

afectar directamente al estómago y provocar la aparición de una gastritis nerviosa, uno de los tipos más comunes. En la situación de adaptación en que se encuentran los estudiantes no se podría descartar la presencia de un cuadro de gastritis nerviosa y fue diagnosticado por los médicos.

B: Alimentación familiar: Gran parte de los estudiantes mencionaron como referentes de alimentos sanos y nutritivos a los alimentos preparados por sus madres. Todos los estudiantes son jóvenes que antes de ingresar a la Beca de estudios vivían con sus padres es por ello, que están aún condicionados por el rol de la madre, así lo corroboraron con su participación en las entrevistas en profundidad.

Creo que en mi casa mi mamá hace puras comidas nutritivas y no me hace daño. En mi casa muy rara vez se hacen frituras, a veces se fríen huevos con un poquito de aceite, pero generalmente los huevos los comemos pasados o sancochados, porque es mejor así sin grasa (Entrevista 4).

Mi mamá prepara las comidas y nunca me hace daño, le ponen hierbitas a los *chupes* para que no haga daño (Grupo 5).

Nosotros comemos una sopa o *chupe* en la mañana y otro en la tarde, el *chupe* tiene papa, carne, ollucos, trigo, verduras, eso es nutritivo nos aguanta todo el día.

Señalaron también que el uso de la grasa de cerdo (manteca) es agradable y no hacía daño cuando lo consumen en sus hogares.

Yo recuerdo que mi mamá y mi abuela graneaban el arroz con manteca de chanco, (cerdo) era muy rico, pero nunca me hizo daño, eso que comía bastante arroz, ahora la grasa, dicen que hace daño (Grupo 5).

Es de señalar que las bases para la preparación de los alimentos en la ciudad de Lima siguen siendo los productos alimenticios de la zona andina como, las papas, ollucos, quinua, y otros. Sin embargo, las formas de preparación los sabores y colores, no son del agrado de los estudiantes y no forman parte de la cultura alimentaria de sus hogares.

Las comidas tienen los mismos ingredientes, como las papas, ollucos pero no son iguales, tienen mucha grasa, colorantes, eso nos hace daño y le cambia todo el sabor (Grupo 3).

La quinua que preparan para el desayuno, no sé qué le ponen tiene un color rojizo, la quinua cuando lo prepara mi mamá es de color blanco (Grupo 4).

Todas las comidas tienen un sabor diferente, no le ponen verduras a las sopas, si las verdura no cuesta mucho, están baratas, en el mercado no sé porque no le ponen a las sopas, mi mamá le ponía bastante verdura a la sopa (Grupo 4).

La percepción de los alimentos consumidos en sus hogares, como alimentos nutritivos y saludables, se debe a los beneficios nutritivos y terapéuticos que experimentan luego de consumirlos. Sin embargo, desconocemos si las cantidades, de carbohidratos, grasas, proteínas, vitaminas y minerales son las cantidades necesarias y recomendadas por los nutricionistas.

C: Alimentación y calidad de vida: en los trabajos grupales reflexionaron y compararon sobre la calidad de los alimentos consumidos en sus hogares y la calidad de vida como; la longevidad y la capacidad para soportar y solucionar problemas.

Yo puedo aguantar situaciones difíciles en mi vida, porque me he alimentado bien cuando era niño, yo viví en la chacra con mis abuelos, allí comíamos todo lo que producía la chacra. Mis hermanos vivieron en la ciudad y los veo que se enferman con todo, siempre están enfermos esperando que alguien les soluciones sus problemas (Grupo 3).

Nuestros abuelos han comido bien por eso viven hasta más de 80 años. Ahora que será de nosotros ya no viviremos como ellos, estamos enfermos porque no comemos bien (Grupo 4).

Vemos que la percepción que se tienen de la calidad de los alimentos familiares está relacionada con la longevidad como una característica de sus abuelos.

D: Frecuencia de consumo: Para algunos entrevistados, los horarios de comida también les ocasionó problemas de salud.

Los horarios de clases son corridos y no tenemos tiempo para almorzar, comemos solo galletas, eso nos ocasiona todos estos malestares y la gastritis (Grupo 7).

La gastritis dice el doctor que es porque no como a las horas que se debe comer. Generalmente no tomo desayuno, porque no puedo prepararme en mi cuarto y en la calle no encuentro donde tomar porque vengo a clases muy temprano y los negocios abren a las 9 de la mañana (Entrevista 3).

Me duele mucho la cabeza, el doctor no sabe porque puede ser, quizá sea por la vista, me ha dicho que vaya a un oculista, yo creo que me duele porque no como, hace varios días que no como, porque no tengo plata, PRONABEC no me está depositando la plata porque no registre bien mis datos en la ficha (Entrevista 5).

Los estudiantes entrevistados, señalan dos situaciones como las causantes de las enfermedades: el consumo de comidas con excesivo colorante y saborizante y grasas y la falta de comida. Es decir; unos están enfermos por comer en los restaurantes comidas consideradas como poco saludables y los otros, por no comer, debido a los horarios de clases y falta de dinero.

E: Enfermedades culturales: Surgió otro grupo de enfermos que según la opinión de los estudiantes son ocasionados por terceros, se dice que las enfermedades son “enviadas” (Enviar: Vocablo que hace referencia a la forma en que actúa el daño a distancia) desde sus pueblos de origen, a las que llamaremos Enfermedades Culturales, cuya sintomatología y tratamiento requiere de los conocimientos de un especialista, curandero, *hampeq* (vocablo quechuas, traducido como sanador), adivino, *shiripiari* (vocablo ashaninka, traducido como curados, sanador adivino).

Es de señalar que la beca incluye, un seguro de salud, tutorías a cargo de psicólogos y acompañamiento académico. Los tutores, eran los encargados de acompañar a los estudiantes enfermos a las clínicas y hospitales para la evaluación médica. Al respecto entrevistamos a dos tutores para que nos proporcionara información

sobre los problemas de salud de los estudiantes y señalaron lo siguiente:

El estudiante A no tiene ninguna enfermedad, el médico dice que puede tener una ligera gastritis sin mayor importancia. Ellos extrañan a su familia su comida eso les hace sufrir, están muy tristes (Entrevista T.2).

Algunos estudiantes, quechuas, ashánincas y nomatsiguenga, tuvieron consultas médicas y tratamiento para la gastritis y no mejoró su estado de salud, por tanto, los síntomas no corresponden a ninguna enfermedad que el tratamiento médico pudiera aliviarlos de los dolores generalizados, náuseas, vómitos, vértigos, pérdida de sueño, dolores de cabeza, inapetencia, entre otros síntomas.

Cuando el médico me dijo que no tenía nada que estoy bien, entonces porque me siento tan mal, ayer en la clase perdí el conocimiento, me desmaye, yo no me acuerdo, mis compañeros me atendieron. En mi pueblo a eso le llamamos brujería. Deben haberme embrujado por envidia al saber que tengo la beca (Entrevista1).

Me han hecho daño, para que me muera, por eso no tengo apetito, todo lo que como me hace daño, me tendré que morir nomas (Entrevista 2).

El tutor quien acompañó al alumno a la consulta nos comentó sobre el resultado de los análisis y el diagnóstico del médico.

El Doctor dice que tiene anemia ya está tomando pastillas de hierro, cuando termine el tratamiento se la volverá a llevar a la consulta para la evaluación del su proceso, lo que pasa es que vive sola en su cuarto y no conoce a nadie en Lima, me dice que está muy triste hasta piensa regresar a su comunidad (Entrevistas T1).

En todos los casos, los malestares continuaron y según la visión tradicional era necesaria para recuperar la salud consultar con un curandero, *Paco* o *Shiripiari* (Vocablo asháninka, que significa curandero, brujo chamán) para que quite el daño y/o castigo o se enfrente al brujo malero. En reiteras ocasiones manifestaron la necesidad de retornar a la comunidad para realizar el proceso

necesario de curación para recuperar la salud y poder continuar sus estudios.

Tengo que ir a mi tierra y mis padres me harán curar con el curandero ellos saben cómo hacerlo, no podría seguir estudiando porque me siento mal cada vez estoy más débil no tengo ganas de hacer nada ni de estudiar, no quiero perder mi beca (Entrevista 1).

Tengo que ir a mi comunidad para hacerme curar el daño. Es un brujo muy poderoso, ya ha ocasionado la muerte de varios vecinos de mi comunidad, especialmente niños (Entrevista 2).

Según la visión andina, es necesario hacer “pago o despacho” a la “Pacha mamá” con la finalidad de buscar la protección de las entidades protectoras de la comunidad. En el caso de la tradición cultural asháninka, nomatsiguengas, el especialista o *shiripiari*, prepara diversos tipos de brebajes de plantas, baños, ayunos de purificación para quitar y limpiar el daño que está alojado en el cuerpo del dañado.

Las enfermedades culturales, se expresaron con vocablos; “dañado”, “embrujado”, situación que ocasionó en los jóvenes un estado de apatía, decían que sus males no tenían remedio en la medicina oficial, esos males ocasionan la muerte, solamente los curanderos de sus pueblos los puede curar, porque ellos saben cómo hacerlo.

Este tipo de enfermedades de síndrome cultural ya tienen una explicación desde la psicología como señala Bornhauser (2005). Las “enfermedades psicósomáticas” no son padecimientos que surgen de la “locura” o de un pensamiento mágico, sino que constituyen medios por los cuales el cuerpo se convierte en el portavoz de malestares que no encuentran salida por la palabra, y es en el cuerpo en dónde encuentran la voz, a través de las dolencias que deben ser meticulosamente escuchadas para ser abordadas. Situación que requiere de la atención de un especialista y la explicación que le dará la cultura.

De los resultados se deduce que la situación de estrés académico y migración se manifestó como la enfermedad de la gastritis y puede ser tratado por

los médicos. No obstante, surge otras enfermedades con sintomatologías muy similares al anterior y están relacionados con enfermedades de síndrome cultural, como el daño o brujería, que los “víctimas” señalan que es generada por la envidia, pudimos registrar en otros trabajos etnográficos de la zona andina y amazónica que son acciones o medidas que toman los “especialistas” (curanderos tradicionales) al hacer uso de sus poderes para mantener la unidad de los integrantes cuando surge el peligro de la desintegración de la comunidad, debido a la migración o alejamiento de sus miembros. Es un tema que requiere una investigación profunda, para conocer los motivos y alcances del daño o brujería que está vigente en casi todas las culturas tradicionales.

Los estudiantes entrevistados reconocían que la forma en que se estaban alimentando no era la correcta, no toman desayuno como los hacían en sus hogares, un plato de sopa nutritiva a la hora del desayuno y otro en la tarde, en el intermedio se comen productos a demanda, mote, cancha, papas y en el caso de los estudiantes ashaninkas y nomatsiguengas, si les falta la carne de caza o la pesca los alimentos están disponibles en el bosque, frutas, insectos, caracoles. Los hábitos alimentarios, han sido unos de los aspectos culturales que más se resistió al cambio como forma de identidad cultural y por la dificultad de poder continuar con las tradiciones. No así, el tema de la moda, el vestido, celulares y otros dispositivos fueron asimilados con mucha destreza y satisfacción.

La situación económica de los becarios, depende exclusivamente del Programa de Beca, un gran porcentaje de padres de familia no están en condiciones de apoyarlos económicamente, porque los postulantes para ser admitidos en el programa deben obtener una constancia del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH) que proceden de pueblos de extrema pobreza. Aspectos que PRONABEC debería tomar en cuenta al momento de sancionarlos y suspenderles sus estipendios por periodos prolongados de tiempo, manifestando

deficiencias en los trámites administrativos, generándoles problemas económicos al no poder pagar el alquiler de sus viviendas, alimentación y pasajes.

Por otra parte, la beca los emancipó del hogar de sus padres y no todos los estudiantes estuvieron preparados para ello, se vieron obligados a enfrentar una serie de dificultades, como vivienda, alimentación, enfermedades, físicas y psicosomáticas, este aspecto no fue tomado en cuenta por PRONABEC, es necesario que los periodos de vacaciones deberían volver a sus hogares y reencontrarse con sus familias, comunidad y retomar la comunicación con los suyos para darles estabilidad emocional.

Los gestores y tutores, cumplen una labor muy importante y deberán tener conocimientos sobre la práctica de la interculturalidad, debido a que trabajan con jóvenes provenientes de diversos grupos étnicos.

CONCLUSIONES

Entre los resultados obtenidos en la investigación sobre el impacto de la migración interna en los estudiantes quechuas, ashaninkas y nomatsiguengas, se destacan como problemas el cambio de hábitos alimentarios y la presencia de enfermedades de síndrome cultural.

La percepción de los estudiantes universitarios que participaron en el estudio permite concluir, que existe una cultura alimentaria en el seno familiar, muy diferente a lo ofrecido por los restaurantes de la ciudad de Lima.

Existe un contraste fisiológico y psicológico entre un alimento familiar y las comidas de los negocios, los que son percibidos por sus propiedades organolépticas de color, sabor, textura, como dañinos para la salud y los alimentos familiares por sus propiedades fisiológicas, como nutritivos y naturales.

La enfermedad que más se evidenció ha sido la gastritis. Según la visión de los estudiantes, tiene varias causas; una por comer alimentos con excesivos aderezos y grasas, otras por no comer y una tercera categoría está relacionada con el aspecto cultural, conocido como enfermedades culturales como el daño o brujería. Este grupo de enfermedad cultural ya es reconocidos en la "Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico" (APAL, 2004) que registra la existencia de enfermedades peculiares a este continente y propone su clasificación general bajo el rótulo de "síndromes culturales".

Los resultados encontrados permiten realizar inferencias sobre la situación de miles de estudiantes becarios del PRONABEC quienes han tenidos que migrar a diversas ciudades del país en busca de la profesionalización como una medida para salir de la pobreza y marginación, y muchos de ellos posiblemente fracasó en el proceso, debido a diversos factores como, el cambio de la dieta, enfermedades culturales, problemas en las gestiones administrativas.

De igual manera el estudio hace posible comparar con poblaciones migrantes muy similares, por el estado de vulnerabilidad de los estudiantes migrantes.

El tipo de diseño metodológico enriquece la investigación en salud y alimentación, utilizando perspectivas de los integrantes, quienes conforman el grupo de estudio desde el momento de su llega a la ciudad de Lima y los cambios en el proceso de adaptación en curso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APAL, A. P. (2004). *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico*. GLADP.
- Bornhauser, N., & Csef, H. (2005). Nuevas enfermedades ¿del alma?: Reflexiones psicósomáticas a propósito de algunas analogías estructurales entre síndrome de fatiga crónica, fibromialgia y sensibilidad química múltiple. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43(1), 41-50.
- Contreras, J. (1992). Alimentación y cultura: Reflexiones desde la Antropología. *Revista Chilena de Antropología*, 95-11.
- INEI. (2011). Órgano Rector de los Sistemas Nacionales de Estadística e Informática en el Perú. Recuperado de: royectos.inei.gov.pe/endes/2011/
- OIM. (2015). Migraciones internas. Lima, Perú: OIM.
- Kain, J., Vio, F., Leyton, B., Cerda, R., Olivares, S., Uauy, R., & Albala, C. (2005). Estrategia de promoción de la salud en escolares de educación básica municipalizada de la comuna de Casablanca, Chile. *Revista Chilena de Nutrición*, 32(2), 126-132.
- Kroeber, A. L. (1945). *Antropología general*. Fondo de Cultura Económica.
- Martínez, J. (2003). *El encanto de los datos sociodemográficos de la migración en Chile 2002*. Chile: CEPAL.
- Martínez Moneo, M., & Martínez Larrea, A. (2006). Patología psiquiátrica en el inmigrante. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29, 63-75.
- Tobasura Acuña, I. (2003). *Boyacenses en Caldas: una colonización silenciosa*. Manizales, Colombia: Editorial Universidad de Caldas.