

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
UNIDAD CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA



Universidad de El Salvador

Hacia la libertad por la cultura

TEMA DE INVESTIGACIÓN:

**PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN
USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA
DE UCSFE GUARJILA MARZO-AGOSTO 2016.**

INFORME FINAL PRESENTADO POR:
MAINOR ERNESTO FIGUEROA FIGUEROA.
SONIA ESMERALDA GAITÁN ROMERO.
ROCÍO YAMILETH GIRÓN SÍNTIGO.

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
DOCTORADO EN MEDICINA.

ASESOR:
DR. HENRY REYES MERLOS.

SAN SALVADOR, AGOSTO 2016.

CONTENIDO

I.	RESUMEN.....	1
II.	INTRODUCCIÓN.....	3
III.	OBJETIVOS.....	7
IV.	MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
4.1	GUERRA CIVIL DE EL SALVADOR.....	8
4.2	PROGRAMA DEL DERECHO A LA SALUD Y ATENCION DE LA PERSONA VETERANA DE GUERRA.....	13
4.3	TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMATICO.....	17
V.	HIPOTESIS.....	40
VI.	DISEÑO METODOLOGICO.....	41
6.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	41
6.2	PERÍODO DEINVESTIGACIÓN.....	41
6.3	POBLACIÓN,UNIVERSO Y MUESTRA.....	41
6.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	41
6.5	DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	42
6.6	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	43
6.7	TABLA DE VACIAMIENTO DE PREGUNTAS.....	44
6.8	CRUCE DE VARIABLES.....	45
6.9	FUENTE DE INFORMACIÓN.....	45
6.10	TÉCNICAS PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.....	46
6.11	HERRAMIENTAS PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.....	47

6.12 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	47
VII. RESULTADOS.....	48
VIII. DISCUSIÓN.....	79
IX. CONCLUSIONES.....	86
X. RECOMENDACIONES.....	87
XI. BIBLIOGRAFIA.....	89
XII. ANEXOS.....	90
12.1 ESCALA MODIFICADA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EGS-TEPT	
12.2 TABLAS CORRESPONDIENTE A LOS GRÁFICOS DE LOS RESULTADOS	
12.3 UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE CHALATENANGO Y CANTÓN GUARJILA	
12.4 FOTOGRAFÍAS A VETERANOS Y VETERANAS DE GUERRA DURANTE LA ENTREVISTA	

I. RESUMEN

Esta investigación fue realizada con el objetivo de medir la dinámica entre Prevalencia del Síndrome de Estrés Post Traumático y exposición a situaciones con gran carga emocional durante el conflicto armado así como los factores asociados a la presentación de este síndrome.

Es una investigación cuantitativa con alcance descriptivo de corte transversal y no experimental. La muestra se conformó por 60 veteranos de Guerra 30 de cada sexo, elegidos/as a conveniencia de los investigadores, dentro de los pacientes que consultaron entre marzo y julio en la UCSFE Guarjila. Con una muestra efectiva de 88 % de individuos con diagnóstico de Síndrome de Estrés Post Traumático de los cuales 49% son mujeres y 51% hombres, además de un 12% que no lo presentan.

Entre los Principales resultados del estudio se encontró que el rango de edad en el que se presenta mayormente el TEPT es de los 20-59 años con un 62%.

Solo el 27 % de la población presentaron secuelas físicas siendo causadas en su mayoría por proyectiles.

Los síntomas de TEP con mayor frecuencia en las mujeres fueron: Recuerdos Desagradables y Recurrentes del Suceso; y Dificultad para conciliar y mantener el sueño (Insomnios), ambos con un 96%. Los Hombres presentaron: Recuerdos Desagradables y Recurrentes del Suceso; sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso; entre otros, todos ellos con un porcentaje del 100%.

Además se observó que las mujeres presentan síntomas menos variados pero con mayor intensidad, a diferencia de los hombres cuyos síntomas son variados pero de intensidad leve.

Entre los factores asociados a la prevalencia de TEPT: edad de 20 a 59 años, sexo masculino, origen demográfico rural, nivel socio económico bajo y nivel académico bajo estaban presentes.

II. INTRODUCCION

Tras 12 años que estuvo expuesto el pueblo salvadoreño al conflicto armado; entre la FAESS y grupos paramilitares. Y luego de múltiples mesas de dialogo se llevó a cabo la firma de los Acuerdos de Paz en el Palacio de Chapultepec, México en el año de 1992. Creando nuevos aires de convivencia en la sociedad salvadoreña. En la de misma década de los 90's se crea un nuevo partido político teniendo de raíz a excombatientes y militantes de la guerrilla, el partido FMLN. Quien hasta el año 2009 gana la presidencia del país, realizando compromiso hacia los veteranos de guerra. Fue por medio de la secretaria de la presidencia que se crea la Unidad por el Derecho a la Salud y Atención a la Persona Veterana de Guerra, en adelante UDS-AVG, que nace en agosto de ese mismo año, para dar respuesta personalizada a las solicitudes y denuncias presentadas al Estado por parte de la población; como también, la coordinación para la "Asistencia Médica Gratuita" a víctimas de violación de derechos humanos, como parte de las medidas de reparación establecidas en recomendaciones y sentencias en contra del Estado salvadoreño por parte de organismos nacionales e internacionales de Derechos Humanos.

Dentro de la presente investigación, cuyo planteamiento del problema era: ¿En qué medida se ve reflejada la Prevalencia del trastorno de estrés post traumático en usuarios inscritos en el programa de veteranos de guerra de UCSFE Guarjila marzo-agosto 2016? Se realiza un análisis sobre la prevalencia del trastorno de estrés post traumático en la población del conflicto armado usuario de UCSFE Guarjila, ubicado en el departamento Chalatenango. Hoy más que nunca se da principal énfasis a la salud como un estado completo de bienestar, si bien este concepto no es nuevo, pero es en la actualidad cuando se hace más énfasis a la palabra "completo", lo cual significa una salud tanto física como emocional. Es por eso que programas como el de veteranos

de guerra, tratan de proporcionar a sus usuarios una pronta resolución a los problemas de salud tanto física y emocional. El conflicto produjo serias secuelas no solo físicas sino también psicológicas, por tal motivo no es de extrañarse que este tipo de diagnóstico haya tomado auge e importancia sobre todo en esta población, que se expuso tanto directamente a enfrentamientos armados.

En 1992 después de los Acuerdos Paz, en los cuales se trató de beneficiar a ambos lados del conflicto y en teoría a la población en general de El Salvador, una serie de proyectos se implementaron, los cuales tenían por objetivo reintegrar de forma completa a la sociedad, a aquellos personajes que participaron de manera directa en la guerra civil que tuvo lugar en la década de los 80's. Se estima que la guerra dejó un saldo de 75.000 muertos, en su mayoría civiles. Ello equivale a decir que casi el 2% de la población perdió la vida. Decenas de miles de personas resultaron heridas físicamente y miles de ellos quedaron con mutilaciones que los incapacitaron de por vida. Miles, también, resultaron con graves secuelas. Numerosos niños quedaron huérfanos de padre, madre, o ambos. Los daños materiales fueron cuantiosos. La desmovilización de los ex-combatientes y su reinserción a la vida civil han sido una dura labor que aún continúa. En octubre del 2013 El Gobierno junto a la ministra de Salud, Isabel Rodríguez, informaron sobre los primeros resultados del Programa de Atención Integral para la Salud Integral para el veterano del Histórico FMLN.

El objetivo general del programa consistía en mejorar la atención en salud a veteranos de conflicto armado, de forma integral e integrada, facilitando el acceso a los diferentes servicios de salud que ofrece el ministerio de Salud, el cual sería implementado por el mismo y se les daría asistencia a aquellas

personas que sufren enfermedades crónicas, incluyendo enfermedades mentales y psiquiátricas. El Salvador es el primer país que brinda un programa enfocado a la salud de excombatientes. Chalatenango como se dijo antes fue uno los departamento más golpeados por la guerra, pero su población a causa de esto, se ha convertido en una de las mejores organizadas, en especial Guarjila. Lo cual hizo que dicho programa se implementara de la mejor manera. Actualmente la UCSFE Guarjila cuenta con una lista de aproximadamente 526 veteranos de guerra. Cabe mencionar que no existen antecedentes que se haya realizado este tipo de investigación en dicha población.

En la actualidad se ha determinado la relación entre la salud física y la salud mental, como base para una salud integral. El trastorno de estrés postraumático es un trastorno mental clasificado dentro del grupo de los trastornos de ansiedad. Se caracteriza por la aparición de síntomas específicos tras la exposición a un acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra un daño físico o es de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica para el individuo. Es más que evidente que los ex-combatientes y veteranos de guerra son unas de las poblaciones que sufre mayormente dicho trastorno. Posterior a la guerra la sociedad de El Salvador, no solo se estancó en su desarrollo económico y como población, sino que más bien retrocedió. Para que dicha sociedad avanzara pudiera superar tales problemas era necesario que todos se incorporaran de manera correcta e idónea a una nueva etapa, pero lastimosamente muchos de estos esfuerzos resultaron en fracasos. Ya que no se ponía énfasis de manera adecuada en la salud mental de tales grupos. En el 2013 como se dijo antes se puso en marcha un nuevo plan que consideraba de manera directa tal necesidad.

El trastorno de estrés postraumático probablemente es común entre dicha población, pero es necesario determinar su Prevalencia, consecuencias directas y repercusiones dentro de la sociedad. Los residentes de la comunidad de Guarjila, aquellos que son parte del programa de veteranos de guerra, son usuarios activos de la consulta en dicho ECOS, tanto de la consulta médica como psicológica, cumpliendo así con uno de los objetivos por los cuales fue creado dicho programa.

Dentro de los principales problemas por los cuales consulta dicha población están: 1. Dolores crónicos, 2. Enfermedades Crónico-Degenerativas. 3. Depresión, Insomnio y Somatizaciones 4. Ansiedad

III. OBJETIVO GENERAL

Determinar la Prevalencia de estrés postraumático en los usuarios del programa de Veteranos de Guerra de la UCSFE Guarjila de marzo a agosto 2016.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- Establecer los factores sociodemográficos, económicos y culturales.
- Conocer la presencia de secuelas físicas.
- Identificar las principales manifestaciones del estrés postraumático en la población de estudio.

IV. MARCO TEORICO

GUERRA CIVIL DE EL SALVADOR.

Se conoce comúnmente como guerra civil de El Salvador al conflicto bélico interno ocurrido en el país centroamericano, en el que se enfrentaron el ejército gubernamental que es la Fuerza Armada de El Salvador, (FAES) en contra de las fuerzas insurgentes del Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN). El conflicto armado nunca fue declarado en forma oficial, pero se considera usualmente que se desarrolló entre 1980 y 1992, aunque el país vivió un ambiente de crisis política y social durante la década de 1970.

El número de víctimas de esta confrontación armada ha sido calculado en 75 000 muertos y desaparecidos. El conflicto armado concluyó, luego de un proceso de diálogo entre las partes, con la firma de los Acuerdos de Paz de Chapultepec, que permitió la desmovilización de las fuerzas guerrilleras y su incorporación a la vida política del país. No obstante, El Salvador ya había sufrido anteriormente, al menos una guerra civil, entre 1826 y 1829, cuando formaba parte de las República Federal de Centro América.

RESEÑA HISTORICA.

Hacia 1979, la violencia entre el gobierno derechista y la oposición izquierdista degeneró en una guerra civil. La izquierda se organizó en la agrupación que buscaba recoger el testimonio de Farabundo Martí, el denominado Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN), liderado por Schafik Handal, Salvador Cayetano Carpio y Joaquín Villalobos, con apoyo de los sectores campesinos organizados en las zonas rurales y entre los sectores obreros urbanos. El 24 de marzo de 1980 el Arzobispo de San Salvador, Monseñor Óscar Arnulfo Romero, fue asesinado durante la celebración de una

misa, en la capilla del hospital Divina Providencia. A medida que el conflicto avanzaba, la guerrilla obtuvo apoyo indirecto y directo también de Cuba, y el pleno respaldo del régimen sandinista de Nicaragua, una vez en el poder, tras el derrocamiento de la dictadura somocista de Anastasio Somoza Debayle el 19 de julio de 1979 por la guerrilla marxista del Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN). El Ejército Popular Sandinista (EPS) de ese país apoyó al FMLN enviándole armas de origen soviético a través del Golfo de Fonseca. Se atribuyó la insurrección, la Ofensiva general de 1981 a inicios del mes de enero del mismo año, a una conspiración soviético-cubano-nicaragüense y el 23 de febrero se dio a conocer un documento elaborado por la Agencia Central de Inteligencia (CIA) demostrando el envío de armas a los guerrilleros salvadoreños desde Nicaragua. Muchos sandinistas dejaron sus hogares y se fueron a El Salvador a combatir del lado del FMLN.

El gobierno, por su parte, movilizó al ejército y a la policía a fin de combatir a la insurgencia. Con apoyo del gobierno norteamericano, se estableció los Batallones de Infantería de Reacción Inmediata (BIRI), entre estas unidades de élite, el denominado Batallón Atlacatl. El gobierno de Estados Unidos envió armamento militar al ejército salvadoreño, la Fuerza Armada de El Salvador. La FAES tenía varios helicópteros de defensa estadounidenses artillados, como los usados en la Guerra de Vietnam, con los cuales patrullaban desde el aire las calles de la capital para descubrir a los subversivos, término despectivo con el cual se les denominaba a los guerrilleros. Se implantó el toque de queda a las 7 de la noche y el reclutamiento de menores de edad en la FAES aunque también hubo menores que lucharon en el FMLN¹.

1 Historia de El Salvador, Tomos I y II, Convenio Cultural México-El Salvador, Ministerio de Educación, 1994.

En tanto, grupos de militares y policías al margen de la ley, con apoyo de empresarios y terratenientes, crearon los llamados Escuadrones de la Muerte, que se dedicaban a aterrorizar las zonas rurales y paupérrimas, de donde el FMLN obtenía su mayor apoyo.

En dos oportunidades (1981 con la Ofensiva general de 1981, y en 1989, con la Ofensiva hasta el tope) el FMLN intentó conquistar la ciudad capital, San Salvador, y las cabeceras departamentales sin conseguirlo, pues la FAES rechazó el ataque de los guerrilleros que bajaron de las montañas que rodean a la capital; en la última de las cuales la lucha llegó hasta pocas cuadras de la Casa Presidencial. Cuando el Presidente de Estados Unidos Ronald Reagan tomó posesión del poder el 20 de enero de 1981 presentó esa ofensiva, iniciada 3 semanas antes, como una prueba del avance soviético en Latinoamérica. Los gobiernos de México, Venezuela y Francia reconocieron al FMLN como una fuerza beligerante legítima.

CONSECUENCIAS.

Se estima que la guerra dejó un saldo de 75 000 muertos, en su mayoría civiles. Si se tiene en cuenta que en la década de 1980 la población de El Salvador rondaba los 4,5 millones de habitantes, ello equivale a decir que casi el 2 % de la población perdió la vida en el conflicto. Decenas de miles de personas resultaron heridas físicamente (como consecuencia de armas de fuego, explosiones, minas antipersonales, etc.) y miles de ellos quedaron con mutilaciones que los incapacitaron de por vida. Miles, también, resultaron con graves secuelas psicológicas (si se tiene en cuenta las violaciones a las que fueron sometidas incontables mujeres y las torturas y vejaciones que padecieron otros tantos hombres). Numerosos niños quedaron huérfanos de padre, madre, o ambos.²

² Historia de El Salvador, Tomos I y II, Convenio Cultural México-El Salvador, Ministerio de Educación, 1994.

Los daños materiales fueron cuantiosos. Puentes, carreteras, torres de transmisión eléctrica, etc. resultaron destruidos o severamente dañados; la fuga de capitales, y la retirada del país o el cierre de innumerables empresas hicieron que la economía del país se estancara durante más de una década. La reconstrucción de la infraestructura se ha prolongado hasta la actualidad.

Desde el punto de vista social, el costo también ha sido muy alto. La desmovilización de los excombatientes y su reinserción a la vida civil han sido una dura labor que aún continúa. Como consecuencia de la guerra, quedaron en manos de la población civil miles de armas de fuego, lo cual propició el surgimiento de las pandillas de jóvenes y adultos denominadas maras, dedicadas a la delincuencia y al tráfico de drogas, y que han hecho de El Salvador uno de los países (con ausencia de guerra) más violentos del mundo. Por otro lado, cerca de 500 000 salvadoreños se vieron obligados a abandonar el país. La mayoría se radicó en el estado norteamericano de California, donde los emigrados y sus descendientes se han convertido en una importante fuerza económico-laboral, y las remesas de dinero que envían a sus familiares en El Salvador se han transformado en uno de los principales motores de la economía nacional. Desde el punto de vista político, el país se democratizó. A partir del final de la guerra civil hasta ahora, todas las elecciones realizadas en El Salvador han sido cuidadosamente monitorizadas por la ONU y otros organismos internacionales, a fin de asegurar la transparencia de los comicios. Las nuevas instituciones creadas como producto de los acuerdos de paz (Procuraduría de los Derechos Humanos, Policía Nacional Civil de El Salvador, etc.) garantizan el buen funcionamiento del sistema político, y procuran preservar a todos los sectores de la sociedad. No obstante todo ello, la guerra ha dejado una gran polarización y resentimiento en la sociedad salvadoreña³.

³ Historia de El Salvador, Tomos I y II, Convenio Cultural México-El Salvador, Ministerio de Educación, 1994.

GUARJILA

Guarjila (deriva del náhuatl: Rincón hermoso) es un pueblo de la provincia del Departamento de Chalatenango situado en El Salvador, se encuentra a una altura de 1745 mts sobre el nivel del mar.

CONFLICTO ARMADO EN GUARJILA.

Después de muchos años viviendo como refugiados en Mesa Grande, Honduras, la gente de Guarjila, Chalatenango, decidió regresar en 1987 y repoblar las tierras abandonadas que dejaron cuando escapaban del flagelo de la guerra. Con ellos trajeron un nivel alto organizacional y crearon una comunidad donde su futuro era incierto. Así, con ayuda internacional establecieron un programa de salud en 1987 y una clínica comunal en 1991. Fue dirigida por los doctores y cónyuges María Angelina Dubon y Dagoberto Menjivar. Actualmente su director es el Dr Dagoberto Menjivar.⁴

Con la colaboración de la comunidad han logrado cero por ciento (0 %) de mortalidad infantil durante más de diez (10) años e increíblemente con cero contribuciones del gobierno de El Salvador. Su logro se debe al detallado monitoreo de los niños y su salud. Ellos se aseguran que los padres de familia, y en particular las madres, tengan conciencia de la importancia de la higiene personal y de la vivienda que habitan.

Los infantes y niños entre 0 -5 años son examinados mensualmente para determinar niveles nutricionales (peso, talla) y si alguna deficiencia es detectada son inmediatamente puestos en un plan de acción alimenticia, vacunación, desparasitación y monitoreo constante hasta que el niño se nivele.

⁴ <http://salvadorenosenelmundo.blogspot.com/2009/06/guarjila-una-comunidad-maravillosa.html>

Estos dedicados doctores y miembros de la clínica utilizan como referencia los datos publicados por la Organización Mundial Para la Salud (OMPS) ya que estos son mucho más confiables que los mismos que el gobierno salvadoreño pública. Su tarea de mantener la tasa de mortalidad a cero en esta comunidad de Guarjila, la clínica se asegura que los niños tengan una nutrición diaria balanceada. Para esto contratan a miembros de la comunidad para que preparen leche de soja con la que alimentan a los niños, todo un lujo en esta tierra donde la desnutrición infantil sigue en porcentajes de dos dígitos.

Muchos medicamentos naturales son preparados artesanalmente por una cooperativa de mujeres y utilizan en su mayoría plantas medicinales locales siendo accesible para todos los miembros de la comunidad y pueden comprarlas a un precio muy módico .

PROGRAMA DEL DERECHO A LA SALUD Y ATENCION DE LA PERSONA VETERANA DE GUERRA

En el año 2009 por medio de la secretaria de la presidencia se crea la Unidad por el Derecho a la Salud y Atención a la Persona Veterana de Guerra, en adelante UDS-AVG, es una dependencia del Viceministerio de Servicios de Salud, que nace en agosto de ese mismo año, para dar respuesta personalizada a las solicitudes y denuncias presentadas a esta Secretaría de Estado por parte de la población; como también, la coordinación para la “Asistencia Médica Gratuita” a víctimas de violación de derechos humanos, como parte de las medidas de reparación establecidas en recomendaciones, resoluciones y sentencias en contra del Estado salvadoreño por parte de organismos nacionales e internacionales de Derechos Humanos.⁵

⁵ Manual de la Organización y Funciones de la Unidad por el Derecho de la Salud y la Atención de la Persona Veterana de Guerra. (MINSAL 2012)

Da inicio tras el anuncio presidencial del enero de 2012, sobre la implementación de la “*atención médica a la persona veterana de guerra*”.

Misión

Somos la instancia del Viceministerio de Servicios de Salud, encargada de establecer y dar seguimiento a los mecanismos participativos para la mejora de la atención de salud a víctimas de violación de derechos humanos y población vulnerable.

Visión

Ser reconocidos como una dependencia institucional participativa y propositiva en la promoción y defensa del Derecho a la Salud

Objetivos.

General.

Coordinar acciones para el establecimiento y seguimiento de los mecanismos participativos de mejora de la atención de salud a víctimas de violación de Derechos Humanos y población vulnerable.

Específicos

Fortalecer la atención a la ciudadanía en la red de servicios de salud; a través de la mejora continua en las competencias del personal de salud, orientadas al trato digno.

Establecer mecanismos de seguimiento a las necesidades insatisfechas de la ciudadanía.

Coordinar la recepción desde el Foro Nacional de Salud y el seguimiento de los trámites de reclamaciones y denuncias ciudadanas sobre irregularidades de la atención en los servicios de salud.

Contribuir, en materia de salud, a la reparación a víctimas de violación de Derechos Humanos, personas veteranas de guerra y población vulnerable.⁶

Funciones.

General.

La Unidad por el Derecho a la Salud y Atención a la Persona Veterana de Guerra realiza la función coordinadora de las acciones para el establecimiento y seguimiento de los mecanismos participativos de mejora de la atención de salud a víctimas de violación de Derechos Humanos y población vulnerable.⁷

Específicas.

Representación del MINSAL en reuniones interinstitucionales o de participación ciudadana, sobre la atención de salud a:

Víctimas de violación de derechos humanos.

Personas veteranas de guerra.

Personas con discapacidad.

Población migrante con arraigo en El Salvador.

Normalización de los procesos de atención de salud a víctimas de violación de

Derechos Humanos y población vulnerable:

Participación social en salud.

Atención psicosocial.

Discapacidad.

6 Manual de la Organización y Funciones de la Unidad por el Derecho de la Salud y la Atención de la Persona Veterana de Guerra. (MINSAL 2012)

7 Manual de la Organización y Funciones de la Unidad por el Derecho de la Salud y la Atención de la Persona Veterana de Guerra. (MINSAL 2012)

Monitoreo y supervisión de procesos de resolución de solicitudes e investigación de reclamaciones y denuncias.

Seguimiento al Convenio Específico para la Provisión de Servicios de Salud entre el MINSAL y el ISSS.

Coordinación del desarrollo del Convenio de cooperación humanitaria entre el Gobierno Bolivariano de Venezuela y El Salvador, “Misión Milagro”.⁸

Orientación general a la población sobre los procesos relacionados con la prestación de servicios en la Red integral e integrada de servicios de salud.

Promoción del enfoque de Derechos Humanos de la Reforma de Salud.

Seguimiento a la Política Nacional de Protección al Consumidor desde el Comité Ejecutivo del Sistema Nacional de Protección al Consumidor (SNPC).

Formar parte de la red de enlaces para la gestión de conflictos sociales en el órgano ejecutivo.

Cualquier otra misión que se delegue por parte de los Despachos Ministeriales y Jefatura.

⁸ Manual de la Organización y Funciones de la Unidad por el Derecho de la Salud y la Atención de la Persona Veterana de Guerra. (MINSAL 2012)

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

NATURALEZA

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) se caracteriza por una serie de síntomas característicos que siguen a la experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso o sucesos extremadamente traumáticos (ocurrencia o amenaza de muerte o lesiones graves o amenaza a la integridad física de uno mismo o de otras personas) a los que la persona respondió con miedo, impotencia u horror intensos (se requiere, pues, no sólo cierto tipo de sucesos, sino también cierto tipo de respuestas). Los síntomas incluyen la reexperimentación persistente del evento traumático (p.ej., mediante sueños, recuerdos intrusos), la evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y la disminución de la capacidad general de reacción (p.ej., reducción del interés en actividades significativas, incapacidad para sentir amor), y síntomas persistentes de activación aumentada (p.ej., dificultades para conciliar o mantener el sueño, ataques de ira) (American Psychiatric Association, 1994).⁹

Sucesos traumáticos

Entre los sucesos traumáticos experimentados directamente se encuentran: combate militar, ataques personales violentos (agresión sexual, agresión física, atraco), ser secuestrado, ser tomado como rehén, ataque terrorista, tortura, encarcelamiento como prisionero de guerra o en un campo de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre (incendios, explosiones, erupciones volcánicas, inundaciones, huracanes, terremotos), accidentes graves (coche, tren, barco, avión) o recibir un diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales (p.ej., cáncer, SIDA). En el caso de los niños, los

⁹ Trastorno de estrés postraumático, Universidad de Barcelona Facultad de Psicología, Departamento de Evaluación de Personalidad y Tratamiento Psicológico

sucesos traumáticos sexuales pueden incluir las experiencias sexuales evolutivamente inapropiadas sin amenaza, violencia o daño.

Los sucesos traumáticos observados incluyen la observación de daño grave o muerte no natural de otra persona debido a asaltos violentos, accidente, guerra, desastres o la visión inesperada de cadáveres humanos o parte de los mismos. Los sucesos traumáticos transmitidos incluyen agresión personal violenta, accidente grave o daño grave experimentados por un familiar o amigo íntimo; muerte repentina e inesperada de un familiar o amigo íntimo; saber que un hijo padece una enfermedad potencialmente mortal.

En el National Comorbidity Survey, un estudio epidemiológico llevado a cabo a nivel nacional en Estados Unidos con 5.877 personas, los sucesos traumáticos más frecuentes fueron presenciar una agresión grave o un asesinato, catástrofe natural y accidentes graves de tráfico. Algunos acontecimientos traumáticos son más frecuentes en varones (los tres citados y ataques físicos, experiencia de combate y ser amenazado con un arma o secuestrado) y otros en mujeres (violación, acoso sexual con contacto genital, abandono en la infancia y maltrato físico en la infancia) (Kessler y cols., 1995).¹⁰

El diagnóstico de TEPT según el DSM-IV requiere además que los síntomas duren más de 1 mes y que la perturbación produzca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de funcionamiento. Se distingue entre TEPT agudo y crónico según los síntomas duren menos de 3 meses o tres o más meses. También se habla de inicio demorado cuando los síntomas aparecen al menos 6 meses después del acontecimiento traumático (American Psychiatric Association, 1994).

¹⁰ Trastorno de estrés postraumático, Universidad de Barcelona Facultad de Psicología, Departamento de Evaluación de Personalidad y Tratamiento Psicológico

Reexperimentación persistente del suceso traumático. Esta reexperimentación tiene lugar de una o más de las siguientes cinco formas y el DSM-IV exige que se dé al menos una de ellas (*American Psychiatric Association*, 1994):

Recuerdos del suceso recurrentes e intrusos que causan malestar y que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. En los niños pequeños pueden aparecer juegos repetitivos en los que se expresan temas o aspectos del trauma; por ejemplo, tras un grave accidente de automóvil, un niño puede recrearlo repetidamente en sus juegos haciendo chocar sus coches.

Sueños recurrentes sobre el suceso que causan malestar. En los niños pueden darse sueños terroríficos en los que no se puede reconocer el contenido; pueden tener pesadillas de monstruos, de rescatar a otros o de amenazas a sí mismos o a otros.

Actuar o sentir como si el suceso traumático estuviera repitiéndose; se incluye aquí la sensación de revivir la experiencia, ilusiones, alucinaciones y memorias vívidas, repentinas y breves (*flashbacks*), incluyendo las que ocurren al despertarse o intoxicarse con sustancias psicoactivas. En niños pequeños puede observarse una representación específica o escenificación del trauma. Los *flashbacks* suelen ir acompañados de una alta activación (sudoración, temblores, palpitaciones, disnea) y la persona puede sentirse inmovilizada e inconsciente de su entorno. Cualquier estímulo asociado con el trauma puede provocar *flashbacks*, aunque la persona no sea consciente de esta conexión (Calhoun y Resick, 1993).¹¹

¹¹ Trastorno de estrés postraumático, Universidad de Barcelona Facultad de Psicología, Departamento de Evaluación de Personalidad y Tratamiento Psicológico

Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático. Por ejemplo, aniversarios de este suceso; tiempo frío y con nieve o guardias uniformados para supervivientes de campos de exterminio en climas fríos; tiempo húmedo y caluroso para los combatientes en el Sur del Pacífico; entrar en un ascensor para una mujer que fue violada en un ascensor.

Reactividad fisiológica (taquicardia, actividad electrodermal, etc.) al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.

Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y disminución de la capacidad general de reacción.

El DSM-IV exige que la disminución de la reactividad general no se diera antes del trauma y que se den tres o más de los siguientes siete criterios: a) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionados con el suceso traumático; b) esfuerzos para evitar actividades, lugares o gente que hacen recordar el trauma; c) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma; d) reducción acusada del interés o de la participación en actividades significativas; e) sensación de desapego o distanciamiento de los demás; f) restricción de la gama de afectos (p.ej., incapacidad de sentir amor, capacidad muy reducida para sentir emociones asociadas con intimidad, ternura y sexualidad); g) sensación de un futuro con menos perspectivas (no se espera tener una profesión, casarse, tener hijos, llevar una vida normal o, en el caso de los niños, convertirse en un adulto).¹²

¹² Trastorno de estrés postraumático, Universidad de Barcelona Facultad de Psicología, Departamento de Evaluación de Personalidad y Tratamiento Psicológico

En realidad, este grupo de síntomas parece comprender realmente dos categorías diferentes: a) evitación, la cual incluye los tres primeros, y b) embotamiento emocional, la cual incluye los cuatro últimos. Es muy probable que ciertos tratamientos afecten a una de estas categorías, pero no a la otra, y que cada una de estas requiera, como sugieren Hickling y Blanchard (1997), diferentes técnicas.

Síntomas persistentes de activación aumentada (hiperactivación)

El DSM-IV exige que los siguientes cinco síntomas no estuvieran presentes antes del trauma y que se den dos o más de ellos: a) dificultades para conciliar o mantener el sueño (que pueden ser debidas a pesadillas recurrentes en las que el suceso traumático es revivido), b) irritabilidad o ataques de ira, c) dificultades para concentrarse o completar tareas, d) hipervigilancia y e) respuesta exagerada de sobresalto. Los ataques de ira son más frecuentes en ex-combatientes varones, pero no son raros entre las mujeres con TEPT y son muy atemorizantes para la persona cuando no son consecuentes con su comportamiento y autoconcepto previos al trauma.

FRECUENCIA

Kaplan, Sadock y Grebb (1994/1996) y Paunovic y Öst (2001) hablan de una prevalencia vital (referida a algún momento de la vida) del 1-3% en la población general, se hayan experimentado acontecimientos traumáticos o no; un 5-15% más de personas presentarían formas sub-clínicas del trastorno. En el National Comorbidity Survey, un estudio epidemiológico llevado a cabo a nivel nacional en Estados Unidos con 5.877 personas de 15 a 54 años y siguiendo criterios DSM-III-R, la prevalencia vital del TEPT fue del 7,8% (10,4% para las mujeres y 5% para los varones; esta razón de 2 a 1 es usual). La prevalencia actual suele estar entre la mitad y la tercera parte de la vital (Breslau, 2001). Por lo que se

refiere a población española, Crespo y cols. (1998, citado en Bobes y cols., 2000, cap. 2) hallaron una prevalencia del 8% en población femenina navarra. Kaplan, Sadock y Grebb (1994/1996) y Paunovic y Öst (2001) hablan de una prevalencia vital (referida a algún momento de la vida) del 1-3% en la población general, se hayan experimentado acontecimientos traumáticos o no; un 5-15% más de personas presentarían formas sub-clínicas del trastorno. En el National Comorbidity Survey, un estudio epidemiológico llevado a cabo a nivel nacional en Estados Unidos con 5.877 personas de 15 a 54 años y siguiendo criterios DSM-III-R, la prevalencia vital del TEPT fue del 7,8% (10,4% para las mujeres y 5% para los varones; esta razón de 2 a 1 es usual). La prevalencia actual suele estar entre la mitad y la tercera parte de la vital (Breslau, 2001). Por lo que se refiere a población española, Crespo y cols. (1998, citado en Bobes y cols., 2000, cap. 2) hallaron una prevalencia del 8% en población femenina navarra.¹³

Las cifras de prevalencia son naturalmente mucho más altas en personas que han sufrido algún trauma. Se calcula que al menos la mitad de las personas ha experimentado uno o más acontecimientos traumáticos. En el National Comorbidity Survey, un 61% de los varones y un 51% de las mujeres informaron haber experimentado al menos un acontecimiento traumático; un trauma en el 27% de los varones y el 26% de las mujeres, y más de un trauma en el 34% de los varones y el 25% de las mujeres.

La prevalencia del TEPT: tras la exposición a un suceso traumático se sitúa entre el 15% y el 24% en la población general (Bobes y cols., 2000, cap. 2; Breslau, 2001), aunque este porcentaje varía mucho según el tipo de trauma. En el *National Comorbidity Survey*, este porcentaje fue del **8,1% para los varones y 20,4% para las mujeres**. Esta diferencia entre sexos se explica

¹³ Trastorno de estrés posttraumático, Universidad de Barcelona Facultad de Psicología, Departamento de Evaluación de Personalidad y Tratamiento Psicológico

porque las mujeres sufren una mayor exposición a traumas intensos y tienen una mayor probabilidad de desarrollar TEPT cuando sufren el mismo tipo de trauma (con la excepción de la violación y el abandono en la infancia). Según diversos estudios revisados por de Paúl (1995) y otros trabajos que se mencionan a continuación, la **prevalencia del TEPT en personas que han experimentado ciertos traumas** ha sido la siguiente:

- **Violación.** La prevalencia vital del TEPT suele ser del 50% o superior en las víctimas de violación. Los porcentajes son mayores si el agresor es un extraño y si ha habido agresión física o amenaza con arma. Calhoun y Resick (1993) y Foa, Hearst-Ikeda y Perry (1995) citan otros datos interesantes. En un estudio retrospectivo la prevalencia vital de TEPT fue del 31% en comparación con el 5% entre las no víctimas; la prevalencia actual fue del 11%. En dos estudios prospectivos (con menos problemas de recuerdo, por tanto) la prevalencia del TEPT, sin tener en cuenta el criterio temporal de al menos 1 mes de duración, fue del 90-94% a las 2 semanas de la violación, del 60-64% a las 4 semanas y del 47-51% a las 12 semanas. Todos los datos anteriores se refieren a mujeres. Sin embargo, el 6-10% de las víctimas adultas son hombres y el porcentaje puede subir hasta el 18% si se incluye a los niños. En comparación a las mujeres es más probable que los hombres desarrollen TEPT tras una violación: 65% contra 46% en el *National Comorbidity Survey* (Kessler y cols., 1995).¹⁴

Conviene tener en cuenta que la violación es algo frecuente. Según datos de estudios americanos, el 15-24% de las mujeres han sufrido al menos una violación y el 12-31% un intento de violación (Resick y Schnicke, 1993). En una investigación de alcance nacional citada por Foa, Hearst-Ikeda y Perry (1995), el 13% de las mujeres americanas habían sido violadas y el 11% habían

¹⁴ Trastorno de estrés postraumático, Universidad de Barcelona Facultad de Psicología, Departamento de Evaluación de Personalidad y Tratamiento Psicológico

sufrido un intento de violación al menos una vez. En otros estudios con universitarias americanas o neozelandesas en los que se tuvo en cuenta la peor agresión sexual sufrida, el 11-12% de las mujeres sufrieron un intento de violación y el 14-15% fueron violadas (Gavey, 1991). Sólo del 10% al 50% de las violaciones son denunciadas a la policía (Echeburúa y cols., 1995).¹⁵

Por otra parte, el 27% de las mujeres y el 12% de los hombres que sufrieron **acoso sexual con contacto genital** desarrollaron TEPT según el *Nacional Comorbidity Survey* (Kessler y cols., 1995). La prevalencia del acoso sexual es mayor que la de la violación.

Malos tratos físicos y/o psicológicos. En una muestra española la prevalencia vital del TEPT ha sido del 51%; el porcentaje fue del 48% entre las mujeres maltratadas física y psicológicamente y del 54% entre las maltratadas sólo psicológicamente (Zubizarreta y cols., 1994). En el caso de los malos tratos físicos en la infancia, la prevalencia vital ha sido del 22% en varones y 49% en mujeres según el *Nacional Comorbidity Survey* (Kessler y cols., 1995). Según este mismo estudio, en el caso del abandono en la infancia la prevalencia vital ha sido del 24% en varones y 20% en mujeres. A diferencia de otros agentes estresantes, el maltrato físico y/o psicológico suele ser crónico y hay una diversidad de razones por las que una persona adulta puede aguantar dicha situación: miedo al agresor, indefensión, estar deprimida, falta de apoyo social, pensar que las cosas cambiarán, no querer reconocer el fracaso de la relación, sentirse más o menos culpable de lo que pasa, miedo a la soledad, minimización del maltrato, justificación de este, dependencia económica, dependencia afectiva, preocupación por los hijos, miedo al qué dirán, altruismo (no querer dejar al otro “tirado”: “¿cómo se las arreglará el pobre desgraciado?”).

15 Trastorno de estrés postraumático, Universidad de Barcelona Facultad de Psicología, Departamento de Evaluación de Personalidad y Tratamiento Psicológico

Asalto con violencia. La prevalencia vital del TEPT es al menos del 21% (Breslau y cols., 1998). Foa, Hearst-Ikeda y Perry (1995) citan dos estudios prospectivos en los que la prevalencia del TEPT tras un asalto fue del 62-70% a las 2 semanas, del 40-48% a las 4 semanas y del 21-22% a las 12 semanas. Para casos de **ataque masivo con armas de fuego en un lugar público en tiempos de paz**, los datos son 20% de los varones y 36% de las mujeres un mes después.

Ataques terroristas. Abenhaim y cols. (1992, citado en Gidron, 2002) encontraron que la prevalencia del TEPT, evaluada 3-8 años después del suceso traumático, fue del 18%, con un valor de 10,5% entre las víctimas que no sufrieron daños y un valor máximo de 30,7% entre las víctimas gravemente dañadas.¹⁶

Ser amenazado con un arma o secuestrado. La prevalencia vital del TEPT ha sido del 1,9% en varones y 32,6% en mujeres según el *Nacional Comorbidity Survey* (Kessler y cols., 1995).

Accidentes de tráfico. La prevalencia vital del TEPT es del 10-20% (amplitud 8-39%) (Gidron y cols., 2001). Tres años después de un accidente, la prevalencia del TEPT fue del 11% en un amplio estudio longitudinal. Suele ser más frecuente el sub-síndrome de TEPT, en el que hay un menor número de síntomas de evitación y embotamiento afectivo.

¹⁶ Trastorno de estrés postraumático, Universidad de Barcelona Facultad de Psicología, Departamento de Evaluación de Personalidad y Tratamiento Psicológico

Desastres naturales. La prevalencia vital del TEPT ha oscilado entre 3,5% y 16% tras desastres como incendios, terremotos y erupciones volcánicas (Yehuda, Marshall y Giller, 1998).

Muerte inesperada y repentina de un ser querido. La prevalencia vital del TEPT es del 14% (Breslau y cols., 1998).

Presenciar una agresión grave o un asesinato. La prevalencia vital del TEPT ha sido del 6,4% en varones y 7,5% en mujeres según el *Nacional Comorbidity Survey* (Kessler y cols, 1995).

Ex-combatientes del Vietnam. La prevalencia vital del TEPT fue 3,5% si no habían sido heridos, 20-40% si fueron heridos y cerca del 50% si fueron hechos prisioneros. Según un estudio de alcance nacional, la prevalencia actual en varones más de 10 años después del conflicto fue del 15% en conjunto y del 36% en aquellos expuestos a gran estrés bélico. En comparación, los porcentajes fueron del 2,5% en un grupo de veteranos no combatientes y del 1,2% en civiles; la prevalencia vital fue del 31% de los ex-combatientes en conjunto (Keane y cols., 1992).¹⁷

Refugiados del sudeste asiático. La prevalencia vital del TEPT, evaluada 10-15 años después del suceso traumático, ha sido del 54-93%. La prevalencia actual ha oscilado entre el 11% y el 86% (Paunovic y Öst, 2001). Los porcentajes varían según la muestra, tipo de eventos traumáticos y país considerado.

¹⁷ Trastorno de estrés postraumático, Universidad de Barcelona Facultad de Psicología, Departamento de Evaluación de Personalidad y Tratamiento Psicológico

Judíos víctimas del holocausto. La prevalencia vital del TEPT, evaluada más de 40 años después del suceso traumático, ha sido el 51% de los que estuvieron en campos de concentración y el 65% de los internados en campos de exterminio.

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

El estrés es un tipo de reacción que se activa en aquellas situaciones en las que percibimos que no tenemos suficientes recursos para atender a las demandas. Se trata de un sistema que compartimos con animales e incluso plantas, y que nos permite reaccionar con rapidez y seguridad ante contextos en los que hay que dar una respuesta para la que no tenemos suficientes recursos de afrontamiento. Este mecanismo pone en marcha un proceso de activación a nivel cognitivo, fisiológico y conductual, que se detiene cuando se consigue el objetivo deseado. Después de haber agotado la energía y los recursos, éstos se vuelven a recuperar con el descanso, de manera que se trata de un proceso normal de adaptación al entorno que nos rodea. Pueden surgir problemas con el estrés si nuestro cuerpo y nuestra mente están activándose permanentemente, sin que se permita la recuperación. En estos casos el estrés puede comenzar a producir algunos síntomas, tales como olvidos, problemas de concentración, pérdida de rendimiento, alta activación fisiológica, agotamiento, insomnio, dolor de cabeza, dolores musculares, contracturas, ansiedad, irritabilidad, aumento del consumo de tranquilizantes, etc.¹⁸

Por supuesto, aparecerán problemas más importantes cuando la situación que provoca el estrés alcance tal magnitud que nos supere por completo y no nos permita dar respuesta alguna, como sucede por ejemplo en los atentados

18 <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/comision/tep/tep/index.htm>

terroristas, o en situaciones igualmente traumáticas, como la violación. En estos casos, además de los citados síntomas, suelen aparecer algunos trastornos mentales como el trastorno por estrés postraumático (TEP) y la depresión, especialmente en el caso de las mujeres.

El trastorno por estrés postraumático o TEPT es un trastorno mental clasificado dentro del grupo de los trastornos de ansiedad. Se caracteriza por la aparición de síntomas específicos tras la exposición a un acontecimiento estresante, extremadamente traumático, que involucra un daño físico o es de naturaleza extraordinariamente amenazadora o catastrófica para el individuo.

El TEPT puede desarrollarse poco después en la persona que haya sido expuesta a uno o más sucesos traumáticos de índole diversa; tales como la exposición al dolor ocasionado por una guerra vivida por un soldado, torturas, acoso sexual o amenazas de muerte inminentes. El diagnóstico puede salir a la luz cuando un conjunto de grupo de síntomas, normalmente como recurrentes recuerdos perturbadores, evasión o adormecimiento de recuerdos del suceso, y la hiperactividad, dan lugar posteriormente a flashbacks o recuerdos retrospectivos en la mente de la persona que lo vivió en el pasado (explosiones de imágenes inminentes sobre el evento en la mente del sujeto). Los veteranos de guerra son normalmente los más propensos a padecer de trastorno de estrés postraumático.

EPIDEMIOLOGÍA

Según estudios la prevalencia vida del TEP en la población general en España es del 1,95%. Siendo del 2,79% en la mujer, frente al 1,06% en el hombre. En USA las cifras son mucho más altas, con valores que superan tres veces las cifras españolas.¹⁹

¹⁹ <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/comision/tep/tep/index.htm>

En atención primaria, resulta frecuente encontrar pacientes que han sufrido exposición a sucesos traumáticos, con altas prevalencias del TEP.

El TEP ha sido asociado a multitud de hechos traumáticos de diversa índole:

Catástrofes naturales: terremotos, tsunamis, huracanes, incendios, erupciones volcánicas, deslizamientos de tierra, inundaciones, etc.

Tragedias provocadas por la mano del hombre: guerras; atentados terroristas; asesinatos; agresiones físicas violentas; tortura; secuestro; diversas formas de abuso sexual; distintas formas de maltrato psicológico o emocional como el acoso laboral (mobbing) y el acoso escolar (bullying).

Accidentes y enfermedades: caídas, golpes, ahogamientos, atragantamientos; accidentes automovilísticos, aéreos, ferroviarios o navales (naufragio); derrumbamientos, explosiones, incendios; infartos repentinos, muertes violentas de algún familiar, etc.

La prevalencia del trastorno por estrés postraumático tiene una relación directa con el grado de exposición a eventos estresantes traumáticos como los anteriormente descritos. Las personas pertenecientes a los grupos afectados pueden presentar TEPT en porcentajes de, al menos, un 15 %.

Suele aparecer en sujetos que han ido al frente en la guerra o que han sido prisioneros de guerra, que han estado expuestos a ataques personales como asalto o violación, que han sido secuestrados o tomados como rehenes, que han sido torturados o han estado en campos de concentración, que han participado en accidentes automovilísticos (siendo el accidentado o habiendo sido testigos de la amputación de otra persona), que han presenciado un asesinato, que han visto cuerpos fragmentados en accidentes o en explosiones

de bombas o trenes y que han presenciado o han sido víctimas directas de actos terroristas.²⁰

Catástrofes natural vs. Provocado por el hombre.

El estudio de las consecuencias psicológicas de los desastres ha ocupado un lugar destacado en los estudios epidemiológicos, pero ha cobrado un fuerte interés desde los atentados terroristas del 11 de Septiembre de 2001 en Nueva York, sin duda el desastre más importante provocado por la mano del hombre con fines terroristas. El tipo de desastre (natural vs. provocado por el hombre) parece influir sobre la prevalencia del TEP, siendo más intensas las consecuencias psicológicas derivadas de los traumas que se realizan con el fin de hacer daño.

Criterios Diagnósticos de Trastorno de estrés postraumático (F43.10) según DSM-V

A. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:

- Experiencia directa de los sucesos traumáticos.
- Presencia directa de los sucesos ocurridos a otros.
- Conocimiento de que los sucesos traumáticos le han ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, los sucesos han de haber sido violento o accidental.
- Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos de los sucesos traumáticos (por ejemplo, socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).

²⁰ <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/comision/tep/tep/index.htm>

Nota: El criterio A4 no se aplica a la exposición a través de medios electrónicos, televisión, películas o fotografías, a menos que esta exposición esté relacionada con el trabajo.

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados a los sucesos traumáticos, que comienzan después de los sucesos traumáticos: Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos de los sucesos traumáticos.

- Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con los sucesos traumáticos.
- Reacciones disociativas (por ejemplo, escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitieran los sucesos traumáticos. (Estas reacciones se pueden producir de manera continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.).
- Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a algún aspecto de los sucesos traumáticos.
- Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a algún aspecto de los sucesos traumáticos.

C. Evitación persistente de estímulos asociados a los sucesos traumáticos, que comienza tras los sucesos traumáticos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

- Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados a los sucesos traumáticos.

- Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados a los sucesos traumáticos.

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas a los sucesos traumáticos, que comienzan o empeoran después de los sucesos traumáticos, como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

- Incapacidad de recordar un aspecto importante de los sucesos traumáticos (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, o el consumo de alcohol o drogas).
- Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (por ejemplo, «Estoy mal», «No puedo confiar en nadie», «El mundo es muy peligroso», «Tengo los nervios destrozados»).
- Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias de los sucesos traumáticos que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.
- Estado emocional negativo persistente (por ejemplo, miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).
- Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
- Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
- Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas (por ejemplo, felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).

E. Alteración importante de la alerta y reactividad asociada a los sucesos traumáticos, que comienza o empeora después de los sucesos traumáticos, como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

- Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.
- Comportamiento imprudente o autodestructivo.
- Hipervigilancia.
- Respuesta de sobresalto exagerada.
- Problemas de concentración.
- Alteración del sueño (por ejemplo, dificultad para conciliar o continuar el sueño, o sueño inquieto).

F. La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Especificar si: Con síntomas disociativos: Los síntomas cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático y, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimenta síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes:

- Despersonalización: Experiencia persistente o recurrente de un sentimiento de desapego y como si uno mismo fuera un observador externo del propio proceso mental o corporal (por ejemplo, como si se

soñara; sentido de irrealidad de uno mismo o del propio cuerpo, o de que el tiempo pasa despacio).

- Desrealización: Experiencia persistente o recurrente de irrealidad del entorno (por ejemplo, el mundo alrededor del individuo se experimenta como irreal, como en un sueño, distante o distorsionado).

Nota: Para utilizar este subtipo, los síntomas disociativos no se han de poder atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, desvanecimiento, comportamiento durante la intoxicación alcohólica) u otra afección médica (por ejemplo, epilepsia parcial compleja).

Especificar si: Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).²¹

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Los instrumentos más utilizados para la evaluación de la sintomatología relacionada con el TEP han sido habitualmente los autoinformes, entre los que podemos encontrar dos tipos de instrumentos de evaluación, por una lado las entrevistas y por el otro los cuestionarios, inventarios y escalas. Adicionalmente, en la actualidad los investigadores han dirigido también su interés a la búsqueda de marcadores psicofisiológicos y neurobiológicos característicos de los pacientes con TEP.²²

Evaluación mediante entrevista diagnóstica y mediante autoinforme. Comenzaremos describiendo las tres *entrevistas* más utilizadas para la evaluación del TEP:

²¹ <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/comision/tep/tep/index.htm>

²² <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/comision/tep/tep/index.htm>

Structured Clinical Interview for PTSD (SCID)

Está basada en criterios para el TEP del DSM III-R, permite comprobar la existencia del trastorno y sus diferentes síntomas, si bien no llega a indicar la frecuencia de los mismos. Ha sido utilizada con frecuencia para realizar evaluaciones pre-pos tratamiento.

Clinician Administered PTSD Schedule (CAPS)

Es otra de las entrevistas más utilizadas y también fue diseñada como la anterior, bajo los criterios del DSM III-R. Sus mayores limitaciones se encuentran en la necesidad de invertir mucho tiempo para su administración (60 minutos), y en que su diseño y aplicación solo está enfocado a excombatientes de guerra.²³

PTSD Symptom Scale Interview (PSS-I)

La primera de las entrevistas que ha sido diseñada y utilizada para las víctimas de agresiones sexuales. Arroja información sobre la severidad de cada uno de los síntomas, se invierten 20 minutos en su administración y su formato permite modificarla para otros tipos de situaciones traumáticas.

En cuanto al segundo tipo de instrumentos de evaluación, los *cuestionarios*, *inventarios* y *escalas*, existe un buen número de ellos que, además, han demostrado buenas propiedades psicométricas.

Impact of Event Scale (IES)

Un instrumento breve que solo incluye dos escalas relacionadas con los síntomas de intrusión y evitación. Las correlaciones obtenidas con otros autoinformes, son bajas, pero sin embargo, al ser uno de los primeros

²³ <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/comision/tep/tep/index.htm>

instrumentos diseñados sigue siendo uno de los más usados. Ha sido utilizado para diferentes situaciones traumáticas, como por ejemplo víctimas de desastres naturales y accidentes, combatientes de guerra y víctimas de ataques sexuales.

Mississippi Scale for Combat-Related Post-traumatic Stress Disorder (M-PTSD)

Se diseñó originalmente para combatientes y para evaluar el trastorno por estrés postraumático relacionado con el combate, aunque posteriormente se ha desarrollado una versión para civiles. La gran limitación de este instrumento es que no muestra una correspondencia directa con los criterios del DSM-IV por lo que se hace difícil establecer un punto de corte para determinar la presencia o ausencia del trastorno.

PTSD Symptom Scale-Self Report (PSS-SR)

Tiene la característica de estar diseñado especialmente para la evaluación en víctimas de agresiones sexuales, permitiendo conocer tanto los síntomas como su severidad, y está adaptado a los criterios del DSM III-R y a los del DSM-IV.²⁴

Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) y *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2)

Dentro de ambos cuestionarios de personalidad encontramos dos escalas que aportan información sobre el trastorno por estrés postraumático.

Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)

Aporta información similar a la del cuestionario de personalidad anterior, es decir, solo puede confirmar la existencia o ausencia del trastorno.

²⁴ <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/comision/tep/tep/index.htm>

Penn Inventory (Hammarberg, 1992).

Ha sido validado tanto para situaciones traumáticas civiles como de combate. Además ha demostrado buenas propiedades psicométricas y aporta información de la frecuencia e intensidad de los síntomas que aparecen en los criterios del DSM-III- R.

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

La investigación en el área del tratamiento del TEP siempre ha sido difícil y compleja, arrojando en ocasiones datos contradictorios. Foa et al. (1999) movilizaron a buena parte de la comunidad científica que trabaja en este campo para crear una guía consensuada por expertos para el tratamiento del TEP. El único objetivo fue el buscar las mejores intervenciones en base a la edad, cuando hay trastornos asociados, estilo de sesiones terapéuticas, psicoterapias más aceptadas, síntomas principales, medicación según los síntomas, medicación según los estresores y medicación cuando hay trastornos asociados. Como conclusión, se estableció la idea de un tratamiento por objetivos, tratando de intervenir sobre el síntoma predominante con la técnica más adecuada para este.²⁵

Los objetivos del tratamiento del TEPT (trastorno por estrés posttraumático), van dirigidos a:

- Disminuir los síntomas.
- Prevenir complicaciones crónicas.
- Rehabilitación social y ocupacional.

²⁵ <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/comision/tep/tep/index.htm>

El tratamiento incluye diversas modalidades psicoterapéuticas individuales, entre las cuales podemos destacar la cognitivo-conductual; también son de gran utilidad las terapias de grupo y de familia, y los grupos de autoayuda.

El manejo farmacológico dependerá de los síntomas predominantes. Entre los medicamentos utilizados se cuentan los antidepresivos, ansiolíticos y estabilizadores del ánimo, entre otros. En algunas oportunidades pueden utilizarse los antipsicóticos atípicos.

Los tratamientos empíricamente avalados por el DSM IV (APA) en la categoría de bien establecidos son los siguientes:

- Tratamiento de exposición.
- Entrenamiento en inoculación del estrés.
- Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR).

El NICE (National Institute for Clinical Excellence, 2005) confirma los anteriores y añade:

- Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma.

El método catártico:

Se trata de la descarga emocional del afecto vinculado al acontecimiento traumático. Esto es posible porque, en el momento del hecho, el sujeto reprime los recuerdos asociados al mismo pero permanecen en el inconsciente. Los afectos no pueden reprimirse y se transforman en angustia, ansiedad y todos los síntomas del TEPT. El hecho traumático deja al sujeto sin palabras, en estado de choque.

La catarsis permite al enfermo recordar y objetivar verbalmente el acontecimiento traumático liberándolo así del excesivo afecto que lo convertía

en patógeno. Cuando el afecto y la verbalización del recuerdo irrumpen al mismo tiempo en la conciencia se produce la abreacción. Si se libera el afecto ligado al recuerdo de un trauma se anulan sus efectos patógenos. El recuerdo antes reprimido, puede ser integrado ahora en una serie asociativa que permita la corrección del acontecimiento en la memoria del sujeto y desaparecen los síntomas por medio del uso de la palabra.²⁶

Técnicas recomendadas para cada síntoma o manifestación.

SÍNTOMA MÁS RELEVANTE	TÉCNICAS RECOMENDADAS	TAMBIÉN CONSIDERAR
Pensamientos intrusivos	Exposición	Terapia cognitiva Manejo de ansiedad Psicoeducación Terapia de juego (niños)
Flashbacks	Exposición	Manejo de ansiedad Terapia cognitiva Psicoeducación
Miedos asociados al trauma, pánico y evitaciones	Exposición Terapia cognitiva Manejo de ansiedad	Psicoeducación Terapia de juego (niños)
Embotamiento afectivo/alejamiento de los demás/perdida de intereses	Terapia cognitiva	Psicoeducación Exposición
Culpabilidad/autohumillación	Terapia cognitiva	Psicoeducación Terapia de juego (niños)
Irritabilidad/ira	Terapia cognitiva Manejo de ansiedad	Psicoeducación Exposición
Ansiedad general (hiperreactividad, hipervigilancia, agitación, alarma)	Manejo de ansiedad Exposición	Terapia cognitiva Psicoeducación Terapia de juego (niños)
Perturbaciones del sueño	Manejo de ansiedad	Exposición Terapia cognitiva Psicoeducación

²⁶ <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/comision/tep/tep/index.htm>

V. HIPOTESIS

Hipótesis de Investigación

El diagnóstico de estrés postraumático es muy frecuente en los usuarios que forman parte del programa de veteranos de guerra en el ECOS USFC Guarjila sobre todo en aquellos cuyo factor de riesgo principal fue haber participado directa o indirectamente en los eventos del conflicto armado de El Salvador.

VI. DISEÑO METODOLOGICO

- **Tipo de investigación:** investigación cuantitativa con alcance descriptivo de corte transversal y no experimental
- **Período de investigación:** el período de investigación en que se llevó a cabo el presente estudio está comprendido desde marzo a agosto de 2016.
- **Universo (Unidades de observación y análisis):**
El universo está conformado por el total de usuarios inscritos en el programa de veteranos de guerra de UCSFE Guarjila hasta el mes de Agosto de 2016.
- **Muestra:** La muestra estuvo formada por 60 veteranos de Guerra 30 de cada sexo, elegidos/as a conveniencia de los investigadores, dentro de los pacientes que consulten en el mes de junio hasta Agosto en la UCSFE Guarjila, por inscripción, control de adulto mayor, reuniones del club de veteranos de Guerra ó morbilidad.

Criterios de inclusión:

- ✓ Ser Un Veterano de Guerra del conflicto Armado de El Salvador sin importar la edad
- ✓ Estar debidamente inscrito en el Programa de Veteranos de Guerra.
- ✓ Consultar en UCSFE Guarjila por inscripción, control o morbilidad, o asistir a alguna actividad del club de veteranos de Guerra de UCSFE Guarjila

Criterios de exclusión:

- ✓ Veteranos de Guerra que no están debidamente inscritos al Programa de Veteranos de Guerra
- ✓ No ser usuario de UCSFE Guarjila
- ✓ No Pertener al Club de Veteranos de Guerra de UCFE Guarjila

Variables:

- ✓ Estrés Postraumático
- ✓ Edad
- ✓ Sexo
- ✓ Nivel Educativo
- ✓ Nivel Socioeconómico
- ✓ Procedencia
- ✓ Participación en Conflicto Armado
- ✓ Ser un Veterano de Guerra
- ✓ Tener una lesión física asociado al conflicto armado.

Operacionalización de variables, Cruce de variables Se realizará con base a los objetivos de investigación.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición	Valor	Indicador	Fuente
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento, se aplica la clasificación de OMS de adulto y adulto mayor.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 20-59 años ▪ 60-70 años ▪ Mayor de 70 años 	Entrevista
Sexo	Condición de tipo orgánico que diferencia al macho de la hembra	Nominal	Masculino Femenino	Entrevista
Nivel Educativo	El grado de aprendizaje que adquiere una persona a lo largo de su formación en una institución educativa formalizada	Nominal	Analfabeta Inicial Parvulario Básico Media Superior	Entrevista
Nivel Socioeconómico	medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en	Nominal.	Baja Media	Entrevista

	sus ingresos, educación, y empleo		Alta	
Procedencia	Origen, principio de donde nace o se deriva algo	Nominal	Rural Urbana	Entrevista
Participación en Conflicto Armado	Tomar Parte en todos aquellos enfrentamientos en los que están involucradas las armas y su uso	Nominal	Si No	Entrevista
Veterano de Guerra	Combatiente superviviente de algún conflicto bélico	nominal	Sí No Fuerza Armada FMLN	Entrevista
Secuela Fisica	Una secuela es la alteración persistente de una lesión, consecuencia de una enfermedad, un traumatismo o una intervención quirúrgica.	nominal	Sí No Cuál	Entrevista

Tabla de vaciamiento de preguntas

Se realizará en base a objetivos

Objetivo	Numero correlativo de preguntas
1	1, 2, 3, 4 y 5
2	13
3	6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14,15,16,17,18,19,20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44

Cruce de Variables

X	Y
Factores socio – económicos, demográficos y culturales	Estrés Postraumático
Edad	Estrés Postraumático
Sexo	Estrés Postraumático
Secuelas Físicas	Estrés Postraumático

- **Fuentes de información:**

Se utilizaron dos tipos de fuentes de información: la primaria y secundaria.

Primaria: se realizó mediante contacto directo con los veteranos de Guerra a través de la entrevista estructurada

Secundaria: listado oficial de Veteranos de Guerra afiliados al Programa y su tipo de Afiliación de los libros del Club de Veteranos de Guerra de UCSFE Guarjila.

- **Técnicas de obtención de información:**

En la presente investigación la información se obtuvo de los veteranos de Guerra que se atendieron asistencialmente por los investigadores, en el mes de junio hasta Agosto de 2016, en la UCSFE Guarjila quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. La técnica que se utilizó para la recolección de datos es la entrevista y el instrumento utilizado es el cuestionario con preguntas cerradas y la Escala Modificada De Gravedad De Síntomas De Estrés Postraumático EGS-TEPT, fue estructurada de la siguiente forma:

1. Datos generales
2. Factores sociales
3. Factores económicos
4. Indicaciones
5. Generalidades del Suceso Traumático
6. Lesión física asociado al conflicto armado
7. Sintomatología
8. Manifestaciones somáticas de ansiedad en relación al suceso traumático

Parte 1: Las Preguntas de la 9 a la 12 evalúan el criterio A del DSMIV para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Post Traumático

A Partir de la Parte 2 los síntomas se evalúan según la intensidad de la aparición de cada uno de ellos en un determinado tiempo, para lo cual se ocupan las categorías del 0 al 3. Donde 0: es Nada, 1: es Una vez por semana o menos/Poco, 2: es De 2 a 4 veces por semana/Bastante y 3: 5 o más veces por semana/Mucho. Esto a su vez proporcionara respuesta al objetivo específico número 2 y 3. Parte 2: En los ítems del 1 al 5 se evaluaron los síntomas de Re-experimentación criterio B del DSMIV.

En las interrogantes de la 6 a la 12 se valoran los síntomas de Evitación según el criterio C del DSMIV

En las Preguntas de la 13 a la 17 se valoran los síntomas de Activación de acuerdo a criterio D del DSMIV, por otro lado estas serán de igual manera las preguntas que terminaran de responder el objetivo específico 3

Resultando con diagnóstico de TEPT las personas que obtuvieran al menos 1 síntoma de reexperimentación, 3 síntomas de evitación y 2 síntomas de activación.

Herramientas para obtención de información:

La herramienta que se utilizó para la obtención de la información es la entrevista estructurada.

Procesamiento y análisis de información:

Primero se tabularon todos los datos obtenidos en la entrevista estructurada mediante la técnica de Palotes, posteriormente se realizó el análisis de resultados.

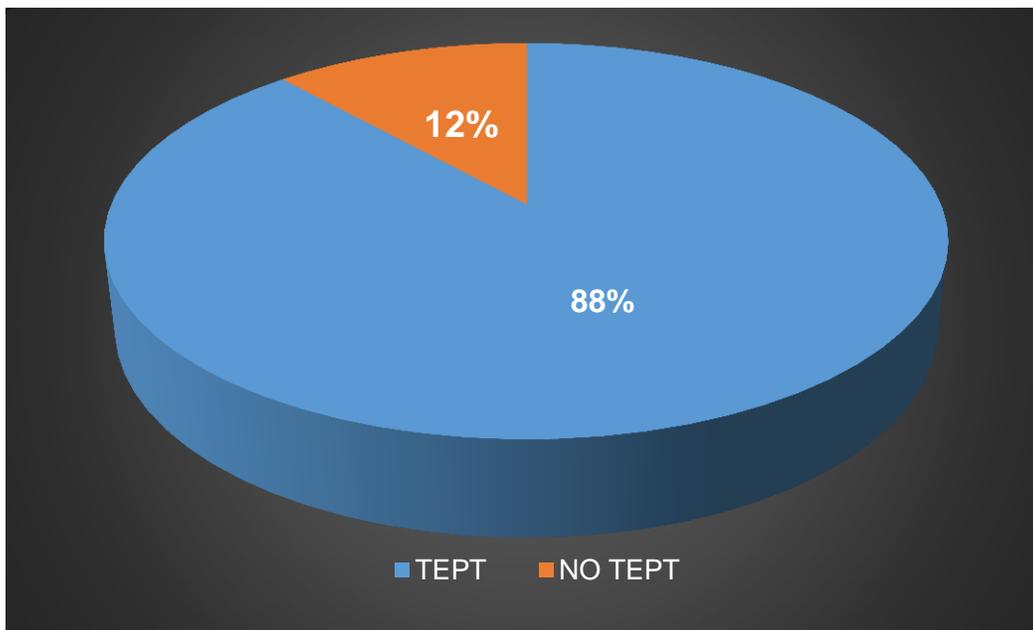
Los resultados obtenidos se presentan a través de un análisis estadístico descriptivo. Los datos numéricos obtenidos se procesaron a través de tablas de distribución de frecuencias con sus respectivos porcentajes trabajadas en los programas de Microsoft Word y Excel 2013. Posteriormente se realizó el análisis de los resultados con la presentación de tablas y gráficos de pastel. Por las características de algunos de los datos obtenidos al realizar el cruce de variables se presentan además gráficas combinadas de barras y líneas.

VII. RESULTADOS

PARTE I

GRAFICA N° 1

PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.



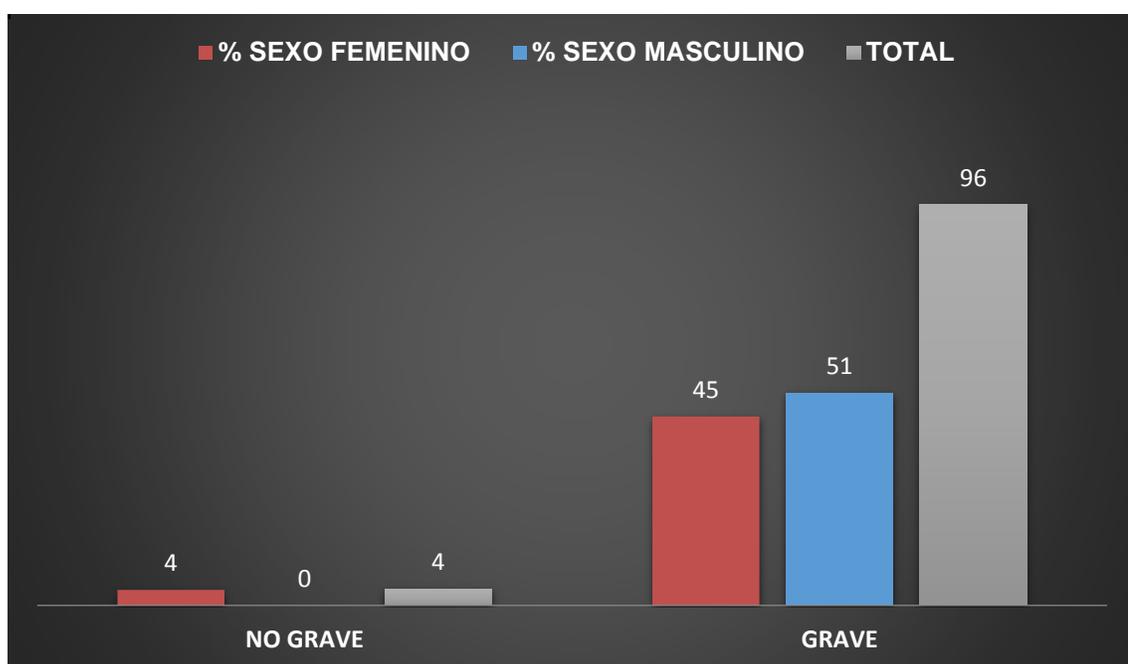
FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

Análisis:

El propósito de este gráfico es representar que del total de la muestra que son 60 personas, 30 hombres y 30 mujeres, se identifica un porcentaje del 88% que corresponde a 53 encuestados con diagnóstico de Estrés posttraumático, lo cual enfatiza el hecho que este padecimiento tiene una prevalencia elevada dentro de la población de estudio.

GRAFICA N° 1.2

GRAVEDAD DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.



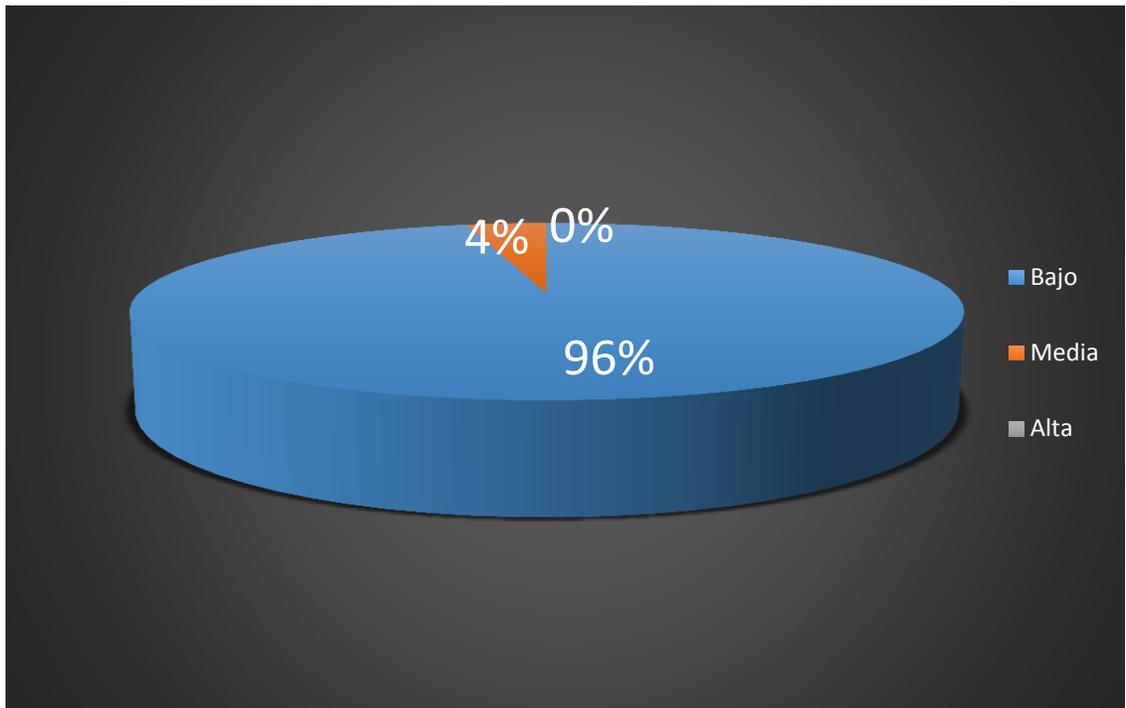
FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

Análisis:

En la gráfica n° 1.2 se representa la gravedad del TEPT en base a sexo. Observándose que mayor parte de personas padecen de TEPT grave, siendo el 96% de la población, siendo los más afectados la población del sexo masculino con un 51%.

GRAFICA N° 2

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, ECONÓMICOS Y CULTURARES. NIVEL SOCIOECONÓMICO VS PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.



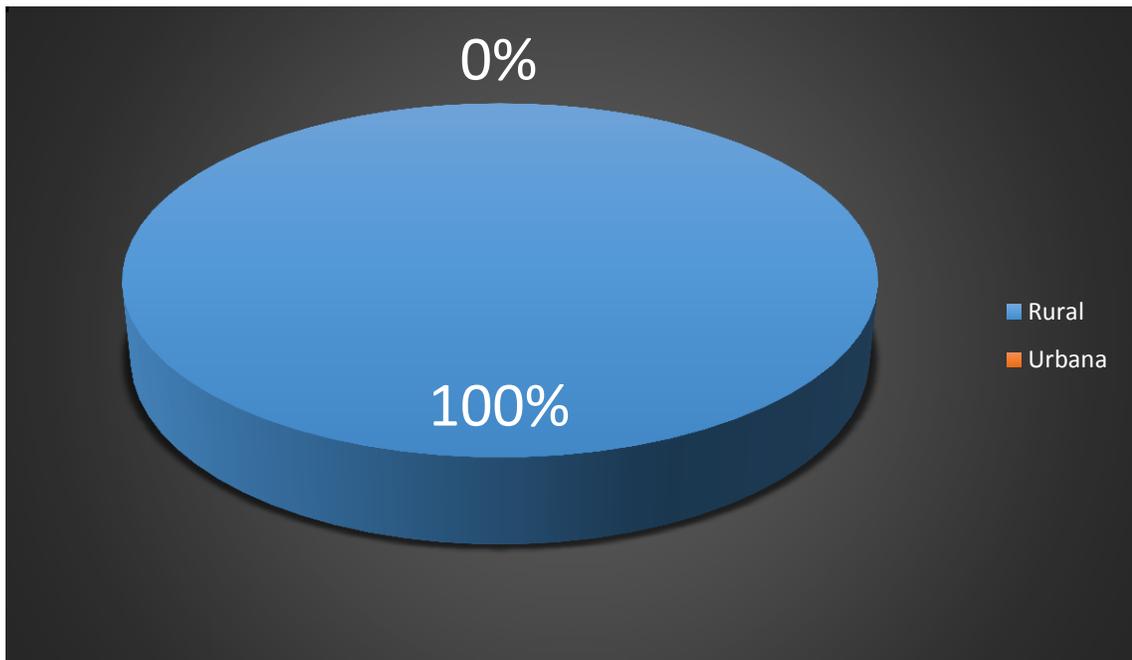
FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

Análisis:

En la gráfica se observa que el mayor porcentaje de los afectados con TEPT están ubicados en la clase socioeconómica baja con un 96 %, y solo un 4% en clase media, lo cual se debe a los extremos embates del conflicto armado, desmovilizaciones, saqueos, expropiación de tierras y al poco desarrollo económico que experimenta el área rural, en la coyuntura nacional.

GRAFICA N° 3

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, ECONÓMICOS Y CULTURARES.
PROCEDENCIA EN BASE A AREA GEOGRAFICA VS PREVALENCIA DE
TEPT.**



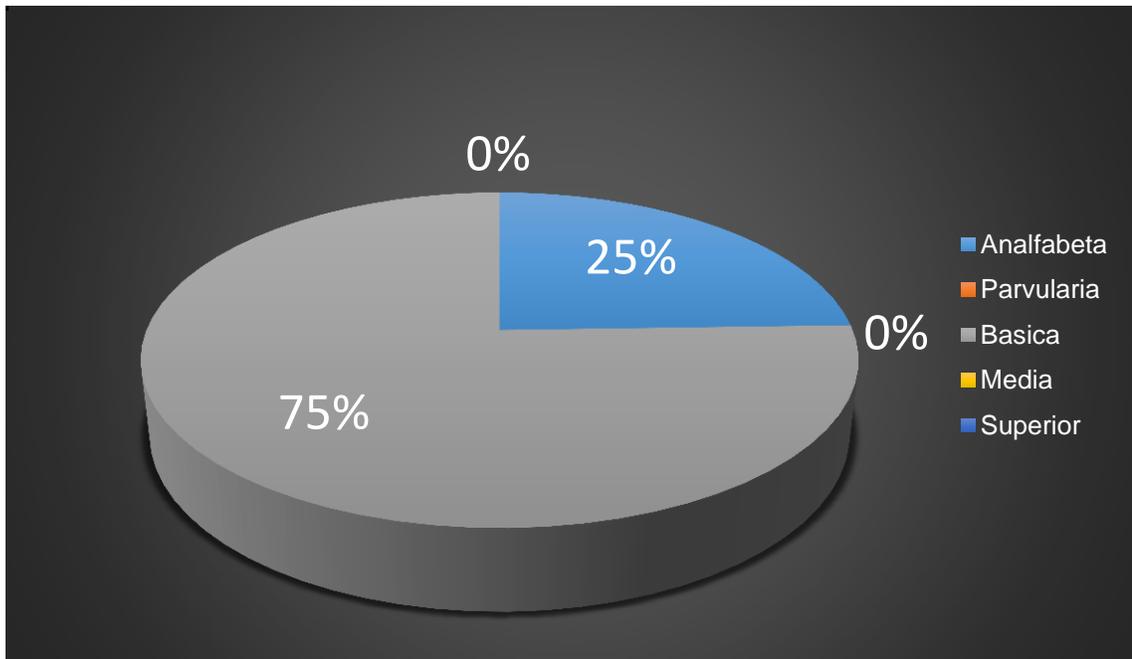
FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

Análisis:

Debido a la ubicación geográfica de la población en estudio, el 100% es rural, lo cual indica que es una zona de escasos recursos por lo cual su vulnerabilidad.

GRAFICA N° 4

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, ECONÓMICOS Y CULTURARES. NIVEL EDUCATIVO VS PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.



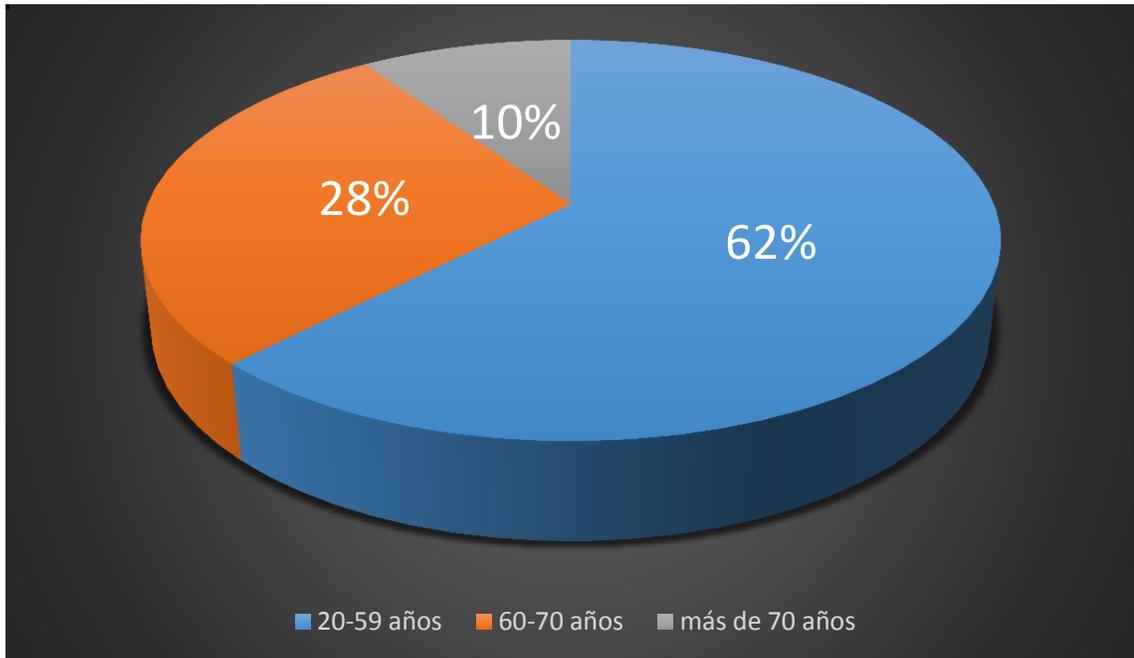
FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

Análisis:

La grafica muestra, que la mayoría de las personas con TEPT tiene un nivel educativo básico, con 75% y un 25% son analfabetas, lo que refleja la influencia del conflicto armado en el componente educativo, dificultando el acceso, los recursos humanos, infraestructuras y el ambiente adecuado para el desarrollo científico-cultural de la población.

GRAFICA N° 5

PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRUMÁTICO POR EDAD



FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

Análisis:

En ésta gráfica se presenta el porcentaje de pacientes que fueron diagnosticados con TEPT, separados por rangos de edad. Donde se observa que el rango más afectado es el de 20-59 años. Este podría ser atribuible al hecho que durante el conflicto la densidad poblacional estaba concentrada en los niños, adolescentes y adultos jóvenes.

GRAFICA N° 6

PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRUMÁTICO POR SEXO EN LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.



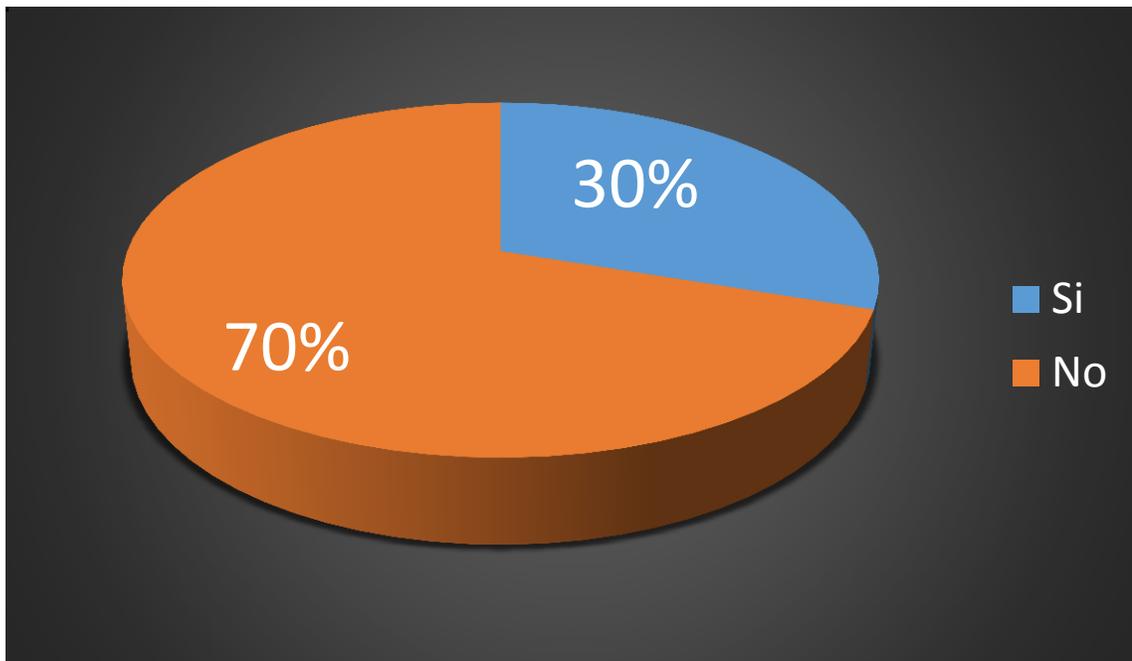
FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

Análisis.

En este gráfico se representan los 53 encuestados con Diagnóstico de Estrés posttraumático. Además se indica que del total de la población que padece un Trastorno de estrés posttraumático, cuantos fueron hombres y cuantas mujeres, en donde se puede observar, que, aunque no es una diferencia o tendencia tan marcada, este diagnóstico es más prevalente en el sexo masculino con un 51 % contra un 49 % del sexo femenino. Pero se hace hincapié que esto no quiere decir que sean más los hombres los que consulten sino que por el contrario se notó una marcada diferencia en la frecuencia de consultada entre hombres y mujeres siendo las mujeres las que más consultaban.

GRAFICA N° 7

PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO VS PRESENCIA DE SECUELAS FÍSICAS EN LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.



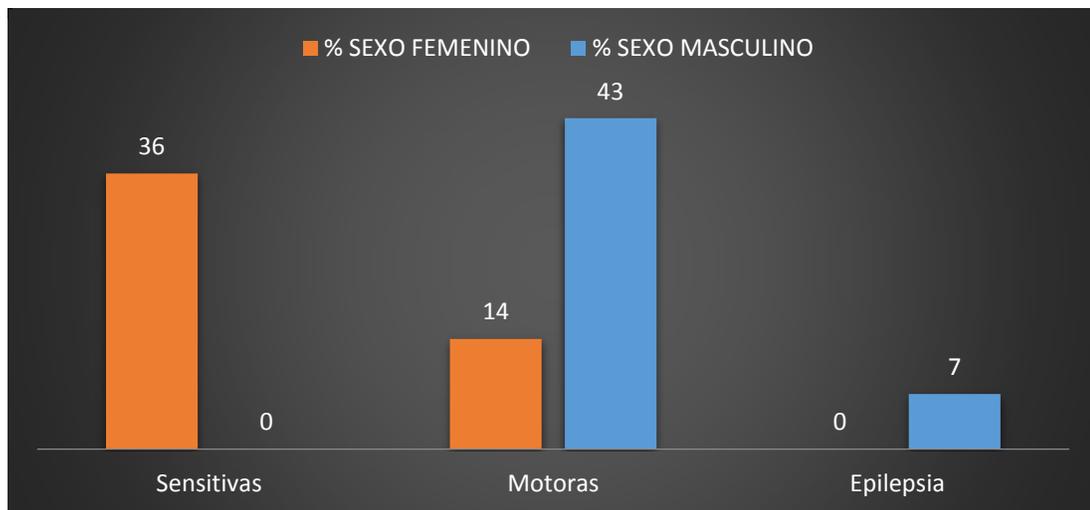
FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

Análisis:

En la gráfica anterior, podemos observar el porcentaje de personas con TEPT poseen o no alguna secuela física. De las cuales 70% no posee secuelas físicas y el 30% si posee secuelas físicas. Concluyendo que independientemente de no sufrir un daño físico se puede padecer de TEPT.

GRAFICA N° 7.1

DISTRIBUCION POR SEXO DE LA PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO VS PRESENCIA DE SECUELAS FISICAS EN LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.



FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

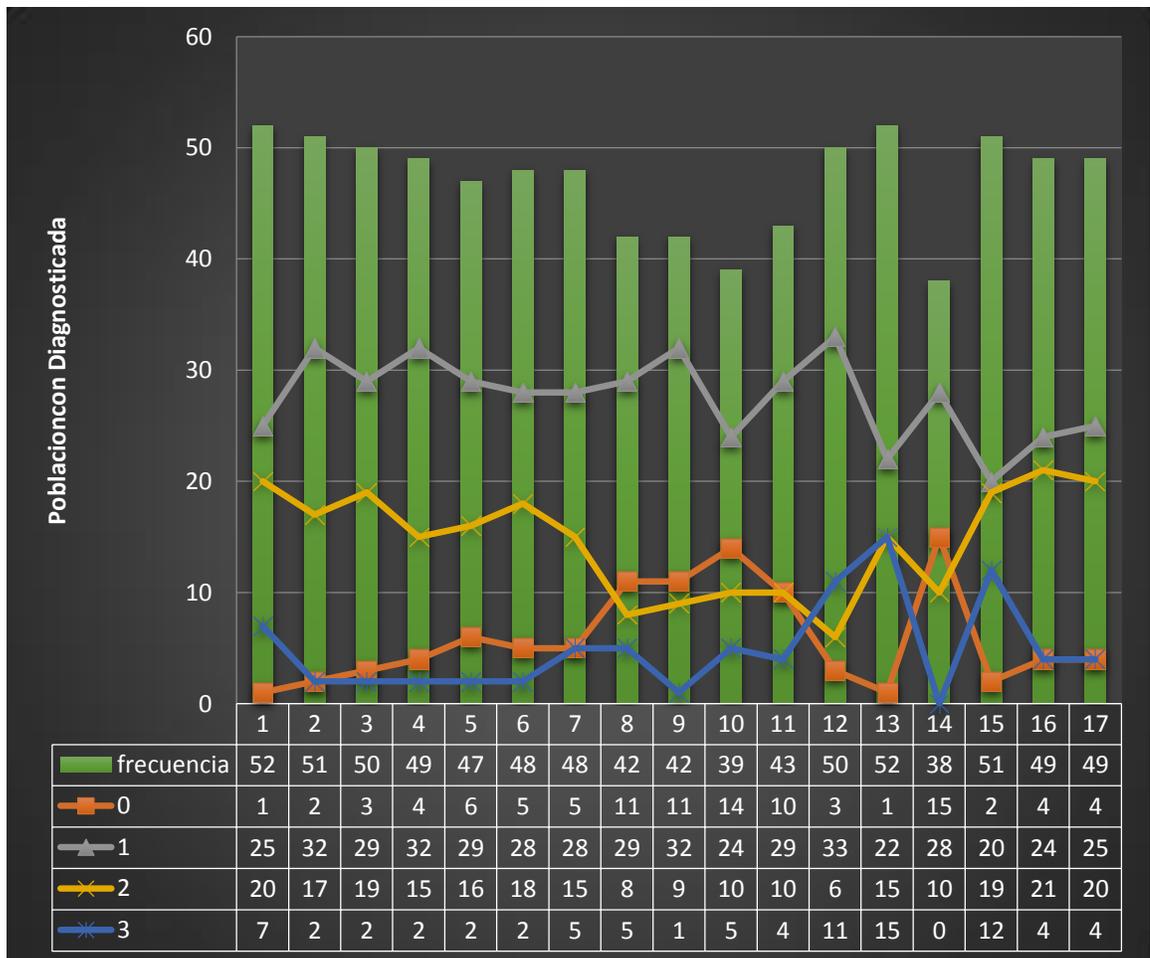
Análisis:

En la gráfica n° 7.1, se presenta a todas las personas que padecen de TEPT y sufren de alguna secuela física, lo cual corresponde a un 30% de los diagnosticados, que a su vez se dividen por sexo y tipo de secuela. Se puede observar que tanto hombres como mujeres presentan a partes iguales algún tipo de secuela, pero se destaca que fueron diferentes tipos. Siendo las secuelas sensitivas más frecuentes en mujeres con un 36% contra el 14% de tipo motora. Por otra parte las secuelas motoras representan el mayor porcentaje en hombres con 43% y el 7% presenta epilepsia, no presentando de tipo sensitivas.

GRAFICA N°8

MANIFESTACIONES MÁS FRECUENTES DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

En esta grafica se enmarca la frecuencia en la que aparece un determinado síntoma que se evalúa en la escala EGS-TEPT. Aplicada a la población, siendo enumerado del 1 al 17; Y se compara con la intensidad de la aparición de cada síntoma en un determinado tiempo, para lo cual se ocupan las categorías del 0 al 3. Donde 0: es Nada, 1: es Una vez por semana o menos/Poco, 2: es De 2 a 4 veces por semana/Bastante y 3: 5 o más veces por semana/Mucho.



FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS. * A continuación se muestra a que numero que corresponde a cada síntoma:

Síntoma 1: Recuerdos desagradables y recurrentes del suceso.

Síntoma 2: Tiene sueños desagradables y recurrentes del suceso.

Síntoma 3: Conducta y experimentación de sentimientos que reviven el suceso.

Síntoma 4: Sufre malestar psicológico al exponerse a estímulos externos e internos.

Síntoma 5: Reactividad Fisiológica al exponerse a estímulos externos e internos.

Síntoma 6: Esfuerzo para ahuyentar pensamientos, sentimientos o sensaciones asociadas al suceso.

Síntoma 7: Evitar actividades lugares y personas que evocan el recuerdo del suceso.

Síntoma 8: Incapacidad para recordar aspectos importantes del suceso.

Síntoma 9: Disminución del interés por la participación en diversas actividades.

Síntoma 10: Distanciamiento y extrañeza con respecto a los demás

Síntoma 11: Limitación afectiva.

Síntoma 12: Desesperanza y sentimientos negativos a futuro

Síntoma 13: Dificultad para conciliar y mantener el sueño (Insomnio)

Síntoma 14: Irritable o expresiones de ira.

Síntoma 15: Tiene dificultad de concentración.

Síntoma 16: Permanece excesivamente alerta.

Síntoma 17: Sobresalto y alarma más fácilmente.

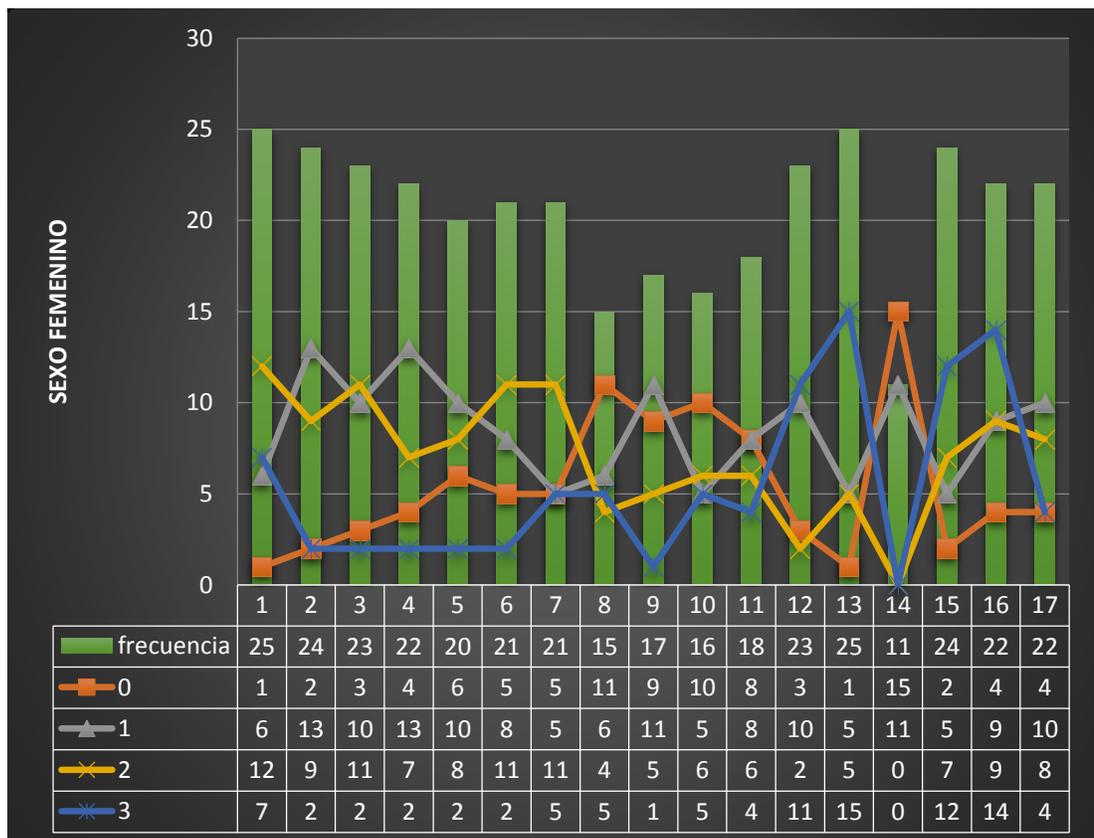
Análisis:

En esta ocasión se observa un consolidado tanto de hombres y mujeres, en relación a los síntomas más frecuentes versus su intensidad, por lo tanto los síntomas más frecuentes fueron: En primer lugar el Síntoma 1: Recuerdos Desagradables y Recurrentes del Suceso y Síntoma 13: Dificultad para conciliar y mantener el sueño (Insomnios), cuyos porcentajes son de 98% Síntoma 2: Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso y Síntoma 15: Tiene dificultades de concentración, ambos con 96%. Síntoma 3: Conducta y experimentación de sentimientos que reviven el suceso y Síntoma 12: Desesperanza y sentimientos negativos a futuro, ambos con 94%. Además se puede observar la intensidad (aparición de cada síntoma en un tiempo determinado) de los síntomas gracias a las categorías del 0 al 3. Siendo los de mayor intensidad los que se ubican en la categoría 3. Que son mencionados a continuación: Síntoma 13: Dificultada para conciliar y mantener el sueño (Insomnios) con 28%, Síntoma 15: Tiene dificultades de concentración con 23%, Síntoma 12: Desesperanza y sentimientos negativos a futuro con 21%.

GRAFICA N°9

MANIFESTACIONES MÁS FRECUENTES DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LOS USUARIOS DEL SEXO FEMENINO DEL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

En esta grafica se enmarca la frecuencia en la que aparece un determinado síntoma que se evalúa en la escala EGS-TEPT. Aplicada a la población del sexo femenino, siendo enumerado del 1 al 17; Y se compara con la intensidad de la aparición de cada síntoma en un determinado tiempo, para lo cual se ocupan las categorías del 0 al 3. Donde 0: es Nada, 1: es Una vez por semana o menos/Poco, 2: es De 2 a 4 veces por semana/Bastante y 3: 5 o más veces por semana/Mucho.



FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS. * A continuación se muestra a que numero que corresponde a cada síntoma:

Síntoma 1: Recuerdos desagradables y recurrentes del suceso.

Síntoma 2: Tiene sueños desagradables y recurrentes del suceso.

Síntoma 3: Conducta y experimentación de sentimientos que reviven el suceso.

Síntoma 4: Sufre malestar psicológico al exponerse a estímulos externos e internos.

Síntoma 5: Reactividad Fisiológica al exponerse a estímulos externos e internos.

Síntoma 6: Esfuerzo para ahuyentar pensamientos, sentimientos o sensaciones asociadas al suceso.

Síntoma 7: Evitar actividades lugares y personas que evocan el recuerdo del suceso.

Síntoma 8: Incapacidad para recordar aspectos importantes del suceso.

Síntoma 9: Disminución del interés por la participación en diversas actividades.

Síntoma 10: Distanciamiento y extrañeza con respecto a los demás

Síntoma 11: Limitación afectiva.

Síntoma 12: Desesperanza y sentimientos negativos a futuro

Síntoma 13: Dificultad para conciliar y mantener el sueño (Insomnio)

Síntoma 14: Irritable o expresiones de ira.

Síntoma 15: Tiene dificultad de concentración.

Síntoma 16: Permanece excesivamente alerta.

Síntoma 17: Sobresalto y alarma más fácilmente.

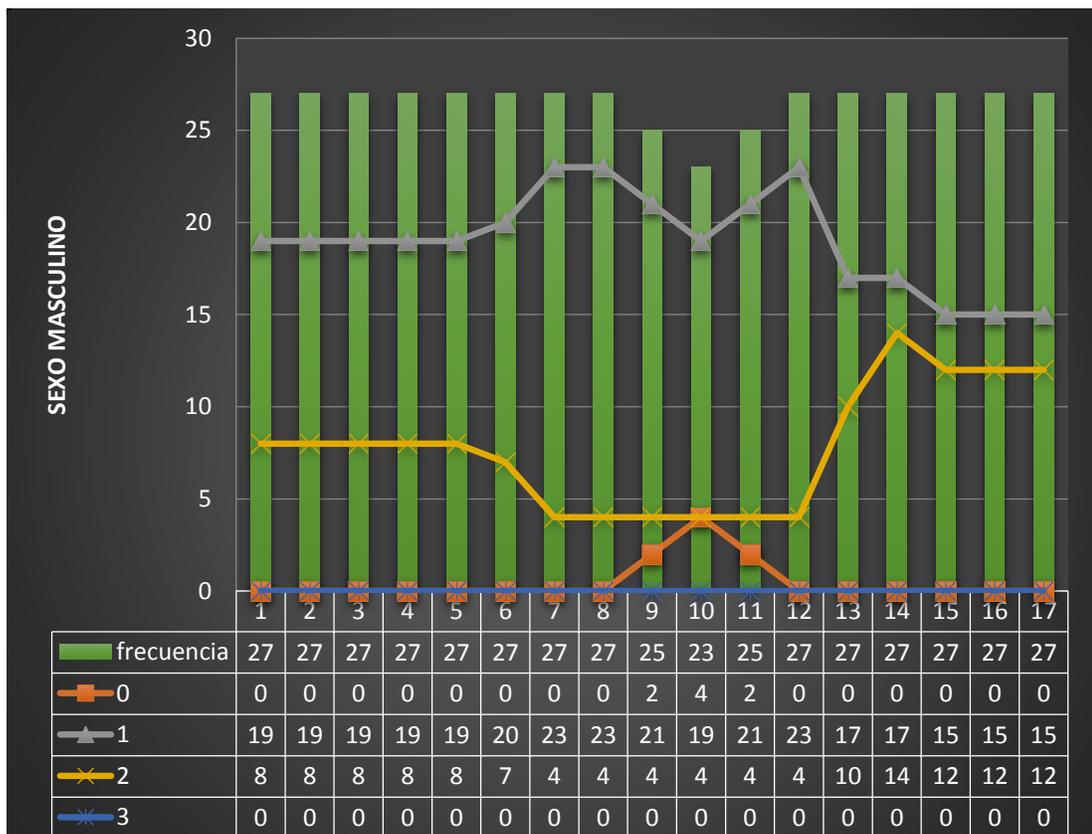
Análisis:

La grafica anterior evidencia los síntomas más frecuentes en toda la población femenina. A continuación enumeraremos los 6 síntomas que mayor prevalencia presentan, los cuales se citaran de mayor a menor porcentaje. Síntoma 1: Recuerdos Desagradables y Recurrentes del Suceso y Síntoma 13: Dificultad para conciliar y mantener el sueño (Insomnios), cuyo porcentajes son de 96% Síntoma 2: Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso y Síntoma 15: Tiene dificultades de concentración, ambos con 92%. Síntoma 3: Conducta y experimentación de sentimientos que reviven el suceso y Síntoma 12: Desesperanza y sentimientos negativos a futuro, ambos con 88%. Además podemos observar la intensidad (aparición de cada síntoma en un tiempo determinado) de los síntomas gracias a las categorías del 0 al 3. Siendo los de mayor intensidad los que se ubican en la categoría 3. Que son mencionados a continuación: Síntoma 13: Dificultada para conciliar y mantener el sueño (Insomnios) con 58%, Síntoma 16: Permanece excesivamente alerta con 54%. Síntoma 15: Tiene dificultades de concentración con 46%, Síntoma 12: Desesperanza y sentimientos negativos a futuro con 42% y Síntoma 1: Recuerdos Desagradables y Recurrentes del Suceso con 27%.

GRAFICA N°10

MANIFESTACIONES MÁS FRECUENTES DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LOS USUARIOS DEL SEXO MASCULINO DEL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

En esta grafica se enmarca la frecuencia en la que aparece un determinado síntoma que se evalúa en la escala EGS-TEPT. Aplicada a la población del sexo masculino, siendo enumerado al igual que en la gráfica anterior del 1 al 17; Y se compara con la intensidad de la aparición de cada síntoma en un determinado tiempo, para lo cual se ocupan las categorías del 0 al 3. Donde 0: es Nada, 1: es Una vez por semana o menos/Poco, 2: es De 2 a 4 veces por semana/Bastante y 3: 5 o más veces por semana/Mucho



FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.* A continuación se muestra a que numero que corresponde a cada síntoma:

Síntoma 1: Recuerdos desagradables y recurrentes del suceso.

Síntoma 2: Tiene sueños desagradables y recurrentes del suceso.

Síntoma 3: Conducta y experimentación de sentimientos que reviven el suceso.

Síntoma 4: Sufre malestar psicológico al exponerse a estímulos externos e internos.

Síntoma 5: Reactividad Fisiológica al exponerse a estímulos externos e internos.

Síntoma 6: Esfuerzo para ahuyentar pensamientos, sentimientos o sensaciones asociadas al suceso.

Síntoma 7: Evitar actividades lugares y personas que evocan el recuerdo del suceso.

Síntoma 8: Incapacidad para recordar aspectos importantes del suceso.

Síntoma 9: Disminución del interés por la participación en diversas actividades.

Síntoma 10: Distanciamiento y extrañeza con respecto a los demás

Síntoma 11: Limitación afectiva.

Síntoma 12: Desesperanza y sentimientos negativos a futuro

Síntoma 13: Dificultad para conciliar y mantener el sueño (insomnio)

Síntoma 14: Irritable o expresiones de ira.

Síntoma 15: Tiene dificultad de concentración.

Síntoma 16: Permanece excesivamente alerta.

Síntoma 17: Sobresalto y alarma más fácilmente.

Análisis:

La grafica anterior evidencia los síntomas más frecuentes en toda la población masculina. A continuación enumeraremos los 9 síntomas que mayor prevalencia presentan, los cuales se citaran de mayor a menor porcentaje.

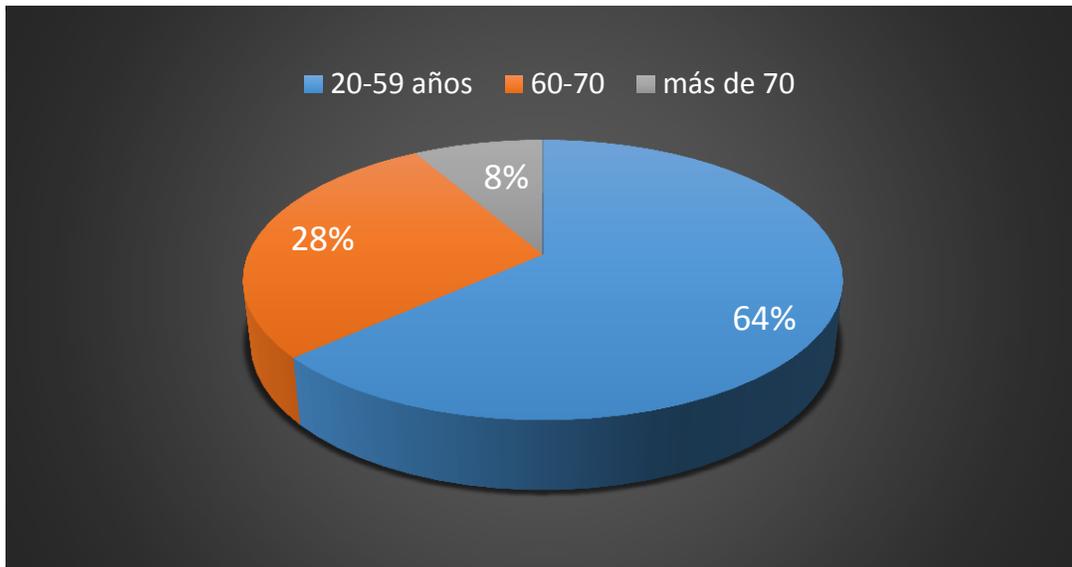
Síntoma 1: Recuerdos Desagradables y Recurrentes del Suceso, Síntoma 2:

Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso, Síntoma 3: Conducta y experimentación de sentimientos que reviven el suceso, Síntoma 4: Sufre malestar psicológico al exponerse a estímulos externos e internos, Síntoma 5: Reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos y externos, Síntoma 6: Esfuerzos para aumentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso, Síntoma 7: Evitar actividades lugares y personas que evocan el recuerdo del suceso, Síntoma 8: Incapacidad para recordar aspectos importantes del suceso, Síntoma 9: Disminución del interés por la participación en diversas actividades; todos ellos con un porcentaje del 100%. Además podemos observar la intensidad (aparición de cada síntoma en un tiempo determinado) de los síntomas gracias a las categorías del 0 al 3. Siendo los de mayor intensidad los que se ubican en la categoría 3. Que son mencionados a continuación: Síntoma 15: Tiene dificultades de concentración con 52%, Síntoma 16: Permanece excesivamente alerta con 44%. Síntoma 17: Sobresalto y alarma más fácilmente con 44%, Síntoma 14: Irritable o expresiones de ira con un 37%.

PARTE II

GRAFICA N° 11

DISTRIBUCION POR EDAD DE LOS ENTREVISTADOS INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.



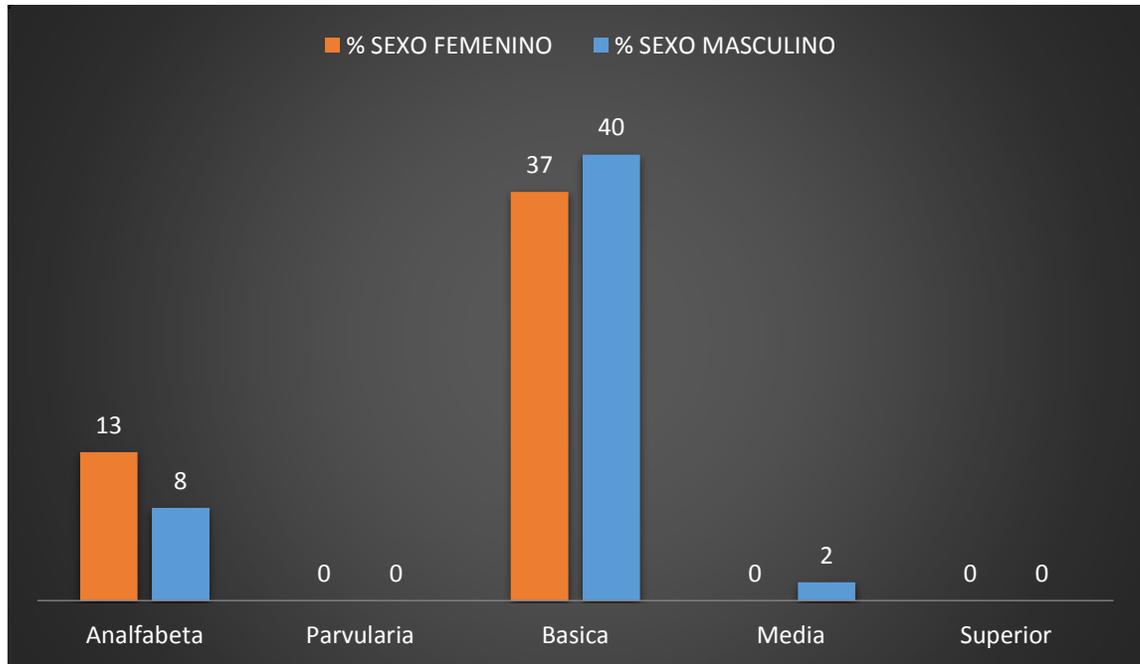
FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

Análisis:

Se observa que en la presente investigación el rango de edad con mayor porcentaje de frecuencia, son las personas de 20 a 59 años con 64%, esto nos indica que este rango es el que más consulta dentro de la unidad de salud, y probablemente se deba a que tanto su personalidad, carácter y ser biopsicosocial aún estaba en desarrollo cuando se da el conflicto armado, lo cual pudo influir de manera directa, en el desarrollo de comorbilidades futuras. Entre las razones que podrían explicar una menor presencia de los otros grupos etarios es atribuible a la difícil movilización de este grupo a las unidades y por otra parte es probable es deceso de tales grupos.

GRAFICA N° 12

DISTRIBUCIÓN POR NIVEL EDUCATIVO Y SEXO DE LOS ENTREVISTADOS INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016



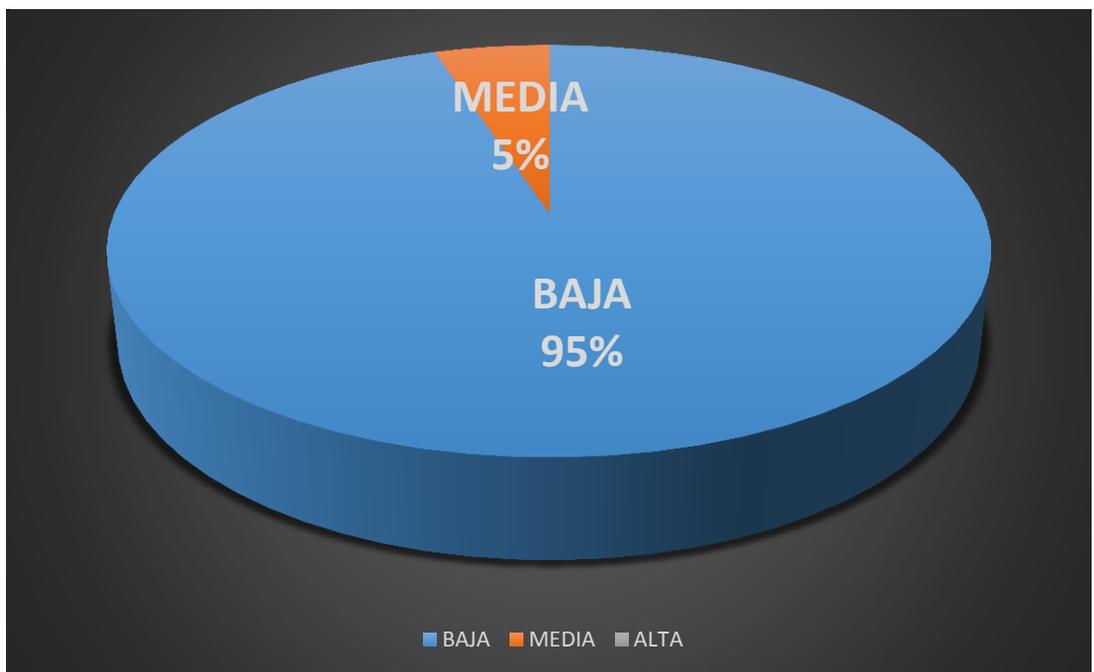
FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

Análisis:

Se observa una prevalencia del nivel básico con un 77%. Y además analfabetismo de 21%, en este punto se hace hincapié en diversos factores pero principalmente debido a que la mayoría de estas personas no pasaron del primer o segundo grado, debido probablemente al conflicto armado.

GRAFICO N° 13

CLASE SOCIOECONÓMICA DE LOS ENTREVISTADOS INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.



FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

Análisis:

Debido a la ubicación de la zona, por ser un catón, en área rural y por los ingresos económicos que con menores a \$250 dólares se clasifica a la mayoría como clase baja con un 95% de la población.

GRAFICA N° 14

PARTICIPACIÓN EN EL CONFLICTO ARMADO DE LOS ENTREVISTADOS INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.



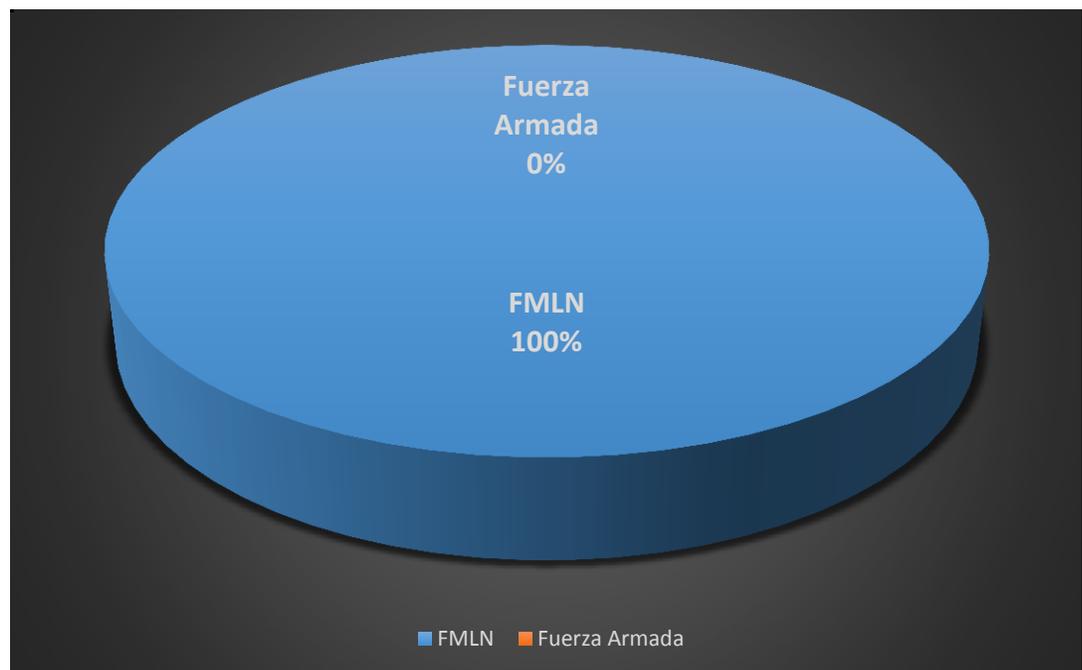
FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

Análisis:

Se puede observar que el 100% tuvo participación en el conflicto. Debido a factores ya antes mencionados como la zona y el nivel económico, de estas personas eran la razón principal del conflicto armado, es decir, personas de escasos recursos, “explotados y olvidados por el gobierno”, y debido a tal situación, y sean que fueran movilizados (masas) para ser protegidos, que desearan ayudar de manera directa, atendiendo a enfermos o heridos (milicia), y los que formaban parte directa en el frente de batalla.

GRAFICA N° 15

GRUPO AL QUE PERTENECIERON DURANTE EL CONFLICTO ARMADO DE LOS ENTREVISTADOS INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.



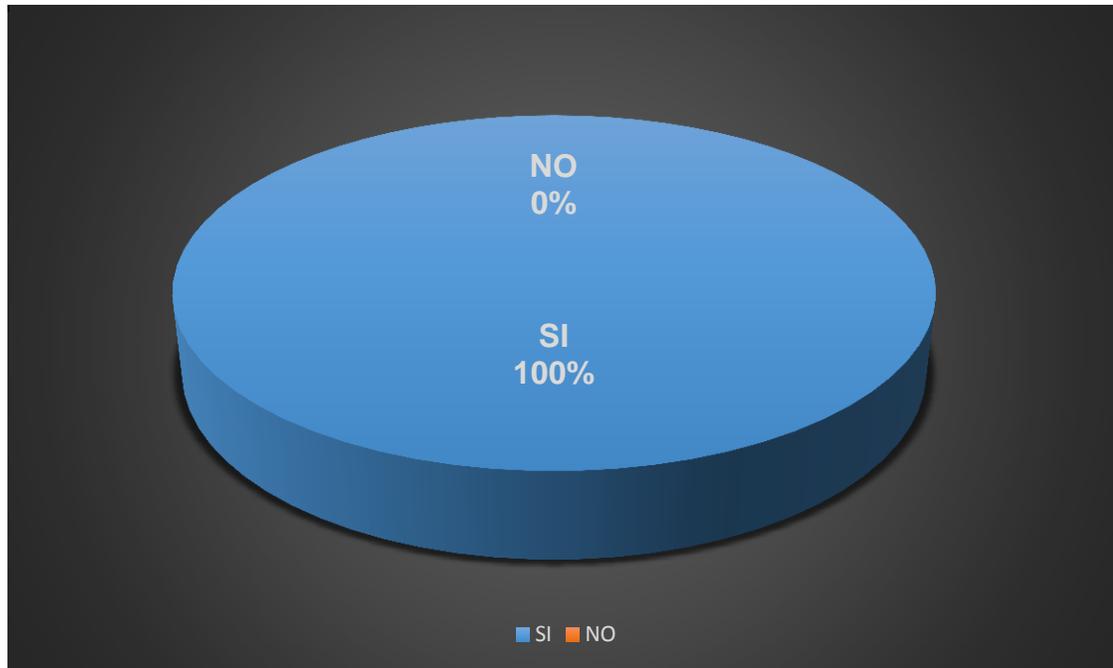
FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

Análisis:

En este gráfico se observa la prevalencia y total apoyo a la fuerza representada por la guerrilla, es decir el FMNL con un 100%, además se confirma lo que ya se conoce por historia, que en dicha zona geográfica se encontraban las bases de tal bando, y por lo tanto la prevalencia era de total apoyo a dicha ideología y lucha.

GRAFICA N° 16

PRESENCIA DE EVENTO TRAUMATICO EN USUARIOS INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.



FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

Análisis:

Se puede evidenciar que el 100% de los encuestados consideraron que durante el conflicto presenciaron o fueron parte de un evento que produjo un trauma ya se psicológico o físico. Lo cual fundamenta el estudio en cuestión.

GRAFICA N° 17

DESCRIPCION DE EVENTO TRAUMATICO SUCEDIDO DURANTE EL CONFLICTO ARMADO, EN USUARIOS INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

Para fines didácticos y para la presentación de datos se ha clasificado dicha pregunta en sucesos traumáticos presenciados (indirectos) es decir que no afectaron a la persona de forma física directa, y durante los cuales solo estuvo de forma presencial y sufridos (directos) dentro de los cuales se incluyeron aquellos que afectaron físicamente o dejaron secuelas en la persona en cuestión.



FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

Análisis:

Se observa una marcada prevalencia entre hechos Sufridos y Presenciados siendo estos últimos aquellos que fueron los que más causaron impacto en la población.

GRAFICA 17.1

TIPO DE SUCESO TRAUMATICO EN USUARIOS DEL SEXO FEMENINO INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.



FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

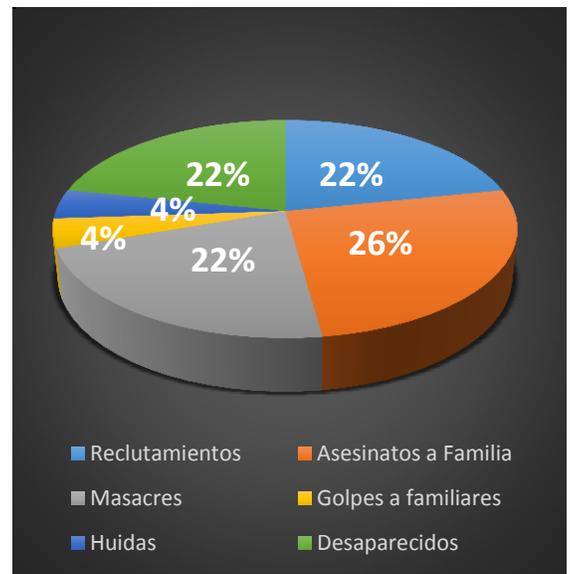
GRAFICA N°17.1.1

SUCESOS TRAUMATICOS SUFRIDO POR MUJERES



GRAFICA N°17.1.2

SUCESOS TRAUMATICO PRESENCIADO POR MUJERES



FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

Análisis:

En las gráficas anteriores se observa la diferencia marcada entre eventos sufridos y presenciados, siendo los eventos presenciados los que causaron mayor impacto dentro de la vida de las mujeres con un 77%, lo cual probablemente sea atribuible al apego materno e instinto protector que caracteriza a este sexo, es confirmado aún más en la gráfica 17.1.2 donde se denota que de los eventos Indirectos, el evento con mayor prevalencia son los asesinatos a familiares.

GRAFICA N° 17.2

TIPO DE SUCESO TRAUMATICO EN USUARIOS DEL SEXO MASCULINO INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.



FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

GRAFICA N°17.2.1

SUCESOS TRAUMATICOS SUFRIDOS POR HOMBRES



GRAFICA N°17.2.2

SUCESOS TRAUMATICO PRESENCIADO POR HOMBRES



FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

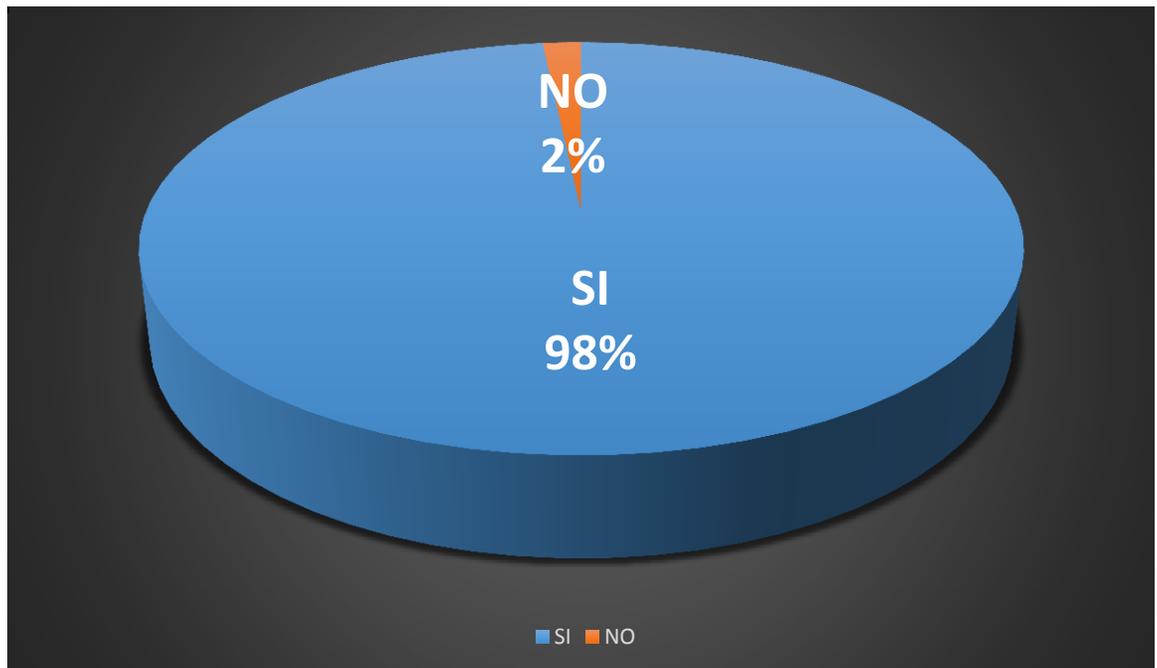
Análisis:

De nuevo se puede observar en la gráfica 17.2 que son los sucesos presenciados los que marcaron sobre manera a la población en estudio

En la gráfica 17.2.2 el más prevalente de nuevo son los asesinados a familiares, más específico el asesinato de hijos, probablemente dicho suceso deba su explicación al importante nexos afectivo.

GRAFICA N° 18

SENTIMIENTOS NEGATIVOS RESPECTO AL SUCESO TRAUMATICO EN USUARIOS DEL SEXO FEMENINO INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.



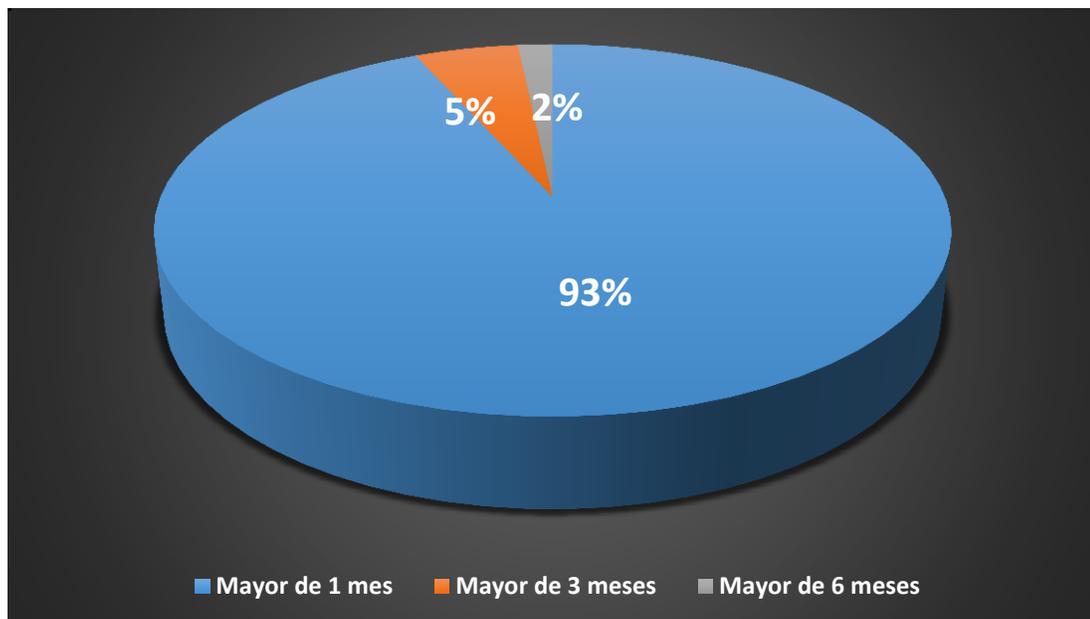
FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

Análisis:

Se evidencia que el 98%, de los sucesos traumáticos, causaron efectos emocionales egodistónicos en los individuos, lo cual a su vez se relacionan con los parámetros que la sociedad considera que no cumplen con la normalidad o estándares ya establecidos de normas conductuales. Cabe mencionar que el único no, en los encuestados fue del sexo femenino.

GRAFICA N°19

PERIODO DE TIEMPO DE APARICION DE SENTIMIENTOS NEGATIVOS RESPECTO A EXPOSICION AL CONFLICTO ARMADO EN USUARIOS INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.



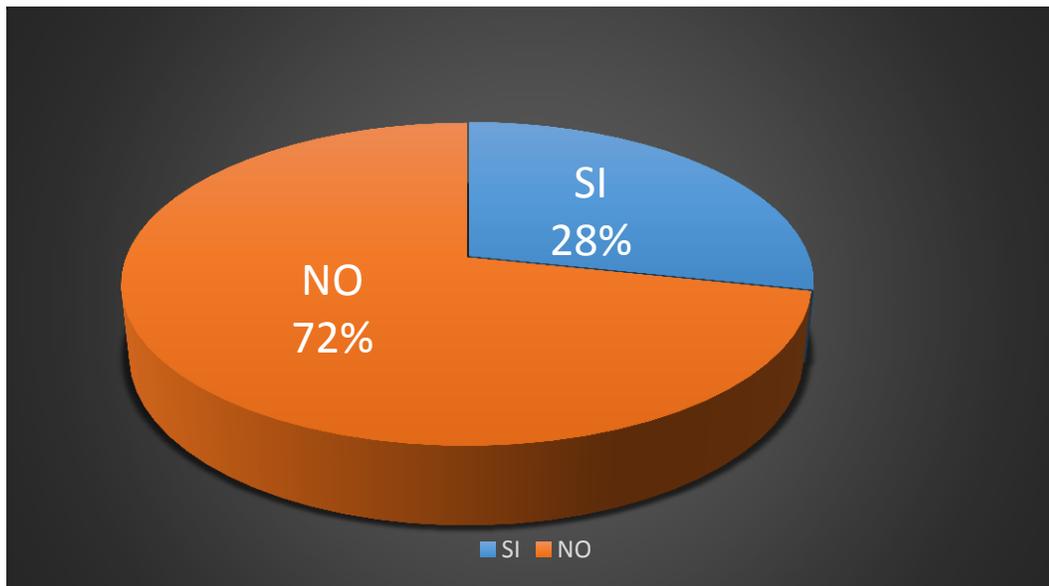
FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

Análisis:

Se puede asegurar por tanto que en base en el resultado obtenido en este literal la mayor parte de los encuestados, en caso de que se evidencie un dx de síndrome de estrés postraumático, se calificarían como agudos lo cual es la tendencia esperada debido a la gravedad del trastorno.

GRAFICA N°20

SECUELA FÍSICA EN USUARIOS INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.



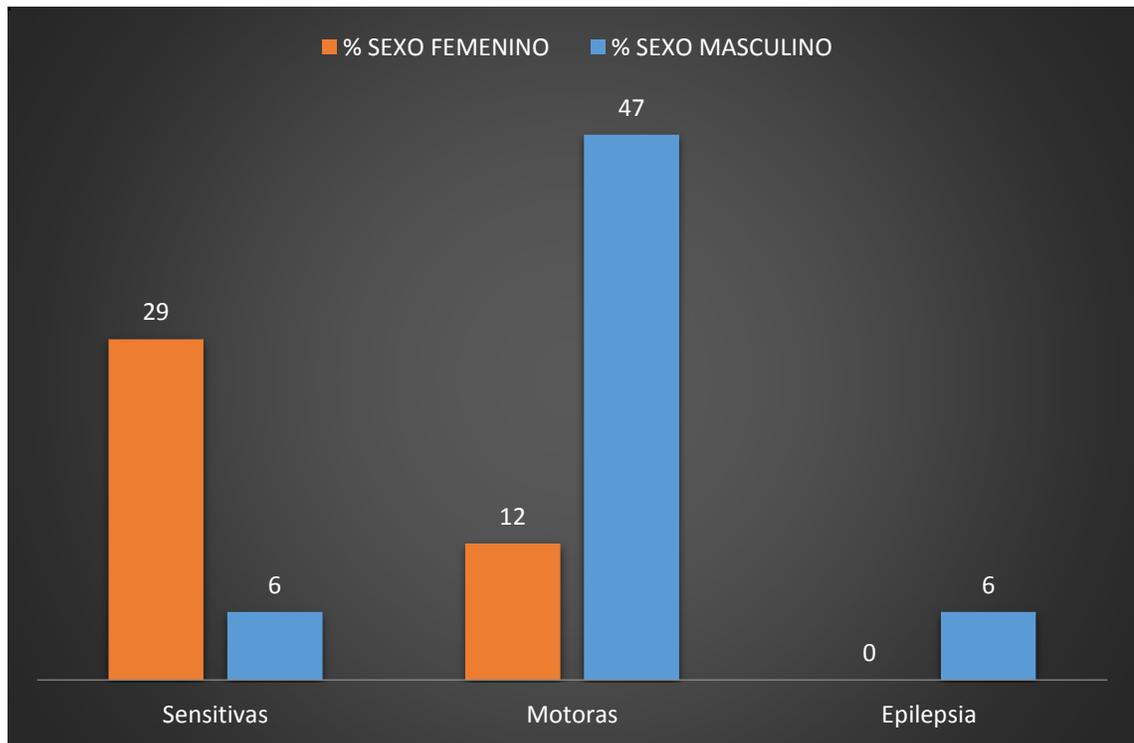
FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

Análisis:

Respecto a esta variable se puede observar que un 28% tienen alguna secuela física contra un 72% que no. En contraposición a una de las preguntas anteriores donde todos si habían sufrido un evento traumático., dejando claro que no es necesario sufrir una secuela física para presentar un trauma, pero que el componente emocional es determinante en este caso.

GRAFICA N°20.1

DISTRIBUCION DE TIPO DE SECUELAS FISICAS POR SEXO DE LOS USUARIOS ENTREVISTADOS QUE ESTAN INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.



FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

Análisis:

En la gráfica n° 20.1, se presenta a todas las personas que sufren algún tipo de secuela física distribuidas por sexo. Se puede observar que el sexo masculino es el más afectado con un 59% sobre un 41% del sexo femenino. Siendo las secuelas sensitivas más frecuentes en mujeres con un 29% contra el 12% de tipo motora. Por otra parte, las secuelas motoras representan el mayor porcentaje en hombres con 47% y el 6% presenta epilepsia, no presentando de secuelas sensitivas.

VIII. DISCUSION.

- El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) puede desarrollarse poco después en la persona que haya sido expuesta a uno o más sucesos traumáticos de índole diversa; tales como la exposición al **dolor ocasionado por una guerra vivida por un soldado, torturas, acoso sexual o amenazas de muerte inminentes**. El diagnóstico puede salir a la luz cuando un conjunto de grupo de síntomas, normalmente como recurrentes recuerdos perturbadores, evasión o adormecimiento de recuerdos del suceso, y la hiperactividad, dan lugar posteriormente a flashbacks o recuerdos retrospectivos en la mente de la persona que lo vivió en el pasado (explosiones de imágenes inminentes sobre el evento en la mente del sujeto). Los veteranos de guerra son normalmente los más propensos a padecer de trastorno de estrés postraumático.
- En la presente investigación se busca encontrar la prevalencia del TEPT en excombatientes de guerra (ahora conocidos como veteranos de guerra) del conflicto armado de El Salvador y se puede comparar la afectación de este trastorno con prevalencia de excombatientes de la guerra Vietnam debido a la similitud de la cantidad de eventos traumáticos y la intensidad que podrían compartir estos. Siendo la prevalencia vital del TEPT de 3,5% si no había sido heridos, 20-40% si fueron heridos y cerca del 50% si fueron hechos prisioneros. (Keane y cols., 1992).
- Para determinar diagnóstico de TEPT se utilizó la escala EGS-TEPT., enumerando los síntomas del 1 al 17 dentro de los cuales comprendían síntomas de Reexperimentación (del 1 al 5), Evitación (del 6 al 12) y de

Activación (del 13 al 17). Resultando con diagnóstico de TEPT las personas que obtuvieran al menos 1 síntoma de reexperimentación, 3 síntomas de evitación y 2 síntomas de activación.

- Y para establecer gravedad de TEPT, se realizó la sumatoria de la intensidad asignada a cada síntoma, y el punto de corte de la escala global es de 15 puntos. Entendiéndose que una puntuación de 15 o más es TEPT Grave, y una puntuación de menos de 15 puntos es TEPT No Grave.
- Además esta escala compara con la intensidad de la aparición de cada síntoma en un determinado tiempo, para lo cual se ocupan las categorías del 0 al 3. Donde 0: es Nada, 1: es Una vez por semana o menos/Poco, 2: es De 2 a 4 veces por semana/Bastante y 3: 5 o más veces por semana/Mucho.
- Según el Objetivo General de nuestra investigación, que consistía en Determinar la Prevalencia de estrés postraumático en los usuarios del programa de Veteranos de Guerra de la UCSFE Guarjila de marzo a julio de 2016. Permitió identificar que del total de la muestra que son 60 personas, 30 hombres y 30 mujeres, Se identifica un porcentaje del 88% que corresponde a 53 encuestados con Diagnóstico de Estrés postraumático, lo cual enfatiza el hecho que este padecimiento tiene una prevalencia elevada dentro de la población de estudio.
- De esa prevalencia del 88% (53 personas diagnosticadas), se puede determinar la gravedad del Trastorno de Estrés Postraumático y que se sexo es mayormente afectado.

- Se observó que del total de la población que padece un Trastorno de estrés postraumático, es más prevalente en hombres con un 51% y un 49% en mujeres. A pesar que los hombres son quienes menos consulten por síntomas de TEPT, presentan más prevalencia del padecimiento, por otro lado las mujeres presentan más intensidad de los síntomas y justifica más el hecho que son las que mayormente consultan. Diferencia entre sexos se explica porque las mujeres sufren una mayor exposición a traumas intensos y tienen una mayor probabilidad de desarrollar TEPT cuando sufren el mismo tipo de trauma.
- También se identificó que la mayor parte de personas padecen de TEPT Grave, con el 96%, siendo los más afectados la población del sexo masculino con un 51%.

Dentro de los factores sociodemográficos económicos y culturales:

- Se determinó que el mayor porcentaje de los afectados con TEPT están ubicados en la clase socioeconómica baja con un 96 %, y solo un 4% en clase media, lo cual se debe a los extremos embates del conflicto armado, desmovilizaciones, saqueos, expropiación de tierras y al poco desarrollo económico que experimenta el área rural, en la coyuntura nacional.
- La ubicación geográfica de la población en estudio, el 100% es rural, lo cual indica que es una zona de escasos recursos por lo cual su vulnerabilidad.
- En cuanto al nivel educativo la mayoría de las personas con TEPT tiene un nivel educativo básico, con 75% y un 25% son analfabetas, lo que

refleja la influencia del conflicto armado en el componente educativo, dificultando el acceso, los recursos humanos, infraestructuras y el ambiente adecuado para el desarrollo científico-cultural de la población.

- El rango de edad más afectado con TEPT es el de 20-59 años. Esto podría ser atribuible al hecho que durante el conflicto la densidad poblacional estaba concentrada en los niños, adolescentes y adultos jóvenes.
- De todas las personas diagnosticadas con TEPT, solo el 30% si posee secuelas físicas contra un 70% que no. Concluyendo que independientemente de no sufrir un daño físico se puede padecer de TEPT.
- Se identificó que tanto hombres como mujeres con TEPT presenta un 50% de sufrir algún tipo de secuela, pero se destaca que fueron diferentes tipos. Siendo las secuelas sensitivas más frecuentes en mujeres con un 36% contra el 14% de tipo motora. Por otra parte las secuelas motoras representan el mayor porcentaje en hombres con 43% y el 7% presenta epilepsia, no presentando de tipo sensitivas.
- De las principales manifestaciones que se encontraron en la población diagnosticada con TEPT conoceremos su frecuencia e intensidad, gracias a la Escala EGS-TEPT.
- En cuanto a la frecuencia de los síntomas; a continuación se ordenan de mayor a menor frecuencia: Síntoma 1: Recuerdos Desagradables y Recurrentes del Suceso y Síntoma 13: Dificultad para conciliar y mantener el sueño (Insomnios), cuyos porcentajes son de 98% Síntoma

2: Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso y Síntoma 15: Tiene dificultades de concentración, ambos con 96%. Síntoma 3: Conducta y experimentación de sentimientos que reviven el suceso y Síntoma 12: Desesperanza y sentimientos negativos a futuro, ambos con 94%.

- Además se puede observar la intensidad (aparición de cada síntoma en un tiempo determinado) de los síntomas gracias a las categorías del 0 al 3. Siendo los de mayor intensidad los que se ubican en la categoría 3. Que son mencionados a continuación: Síntoma 13: Dificultada para conciliar y mantener el sueño (Insomnios) con 28%, Síntoma 15: Tiene dificultades de concentración con 23%, Síntoma 12: Desesperanza y sentimientos negativos a futuro con 21%. Dentro de la población total de los diagnosticados con TEPT la mayoría de síntomas intensos eran de categoría 3 (5 o más veces por semana/Mucho).
- Enumeraremos los 6 síntomas más frecuentes y con mayor intensidad en el sexo femenino, los cuales se citaran de mayor a menor porcentaje. Síntoma 1: Recuerdos Desagradables y Recurrentes del Suceso y Síntoma 13: Dificultad para conciliar y mantener el sueño (Insomnios), cuyo porcentajes son de 96% Síntoma 2: Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso y Síntoma 15: Tiene dificultades de concentración, ambos con 92%. Síntoma 3: Conducta y experimentación de sentimientos que reviven el suceso y Síntoma 12: Desesperanza y sentimientos negativos a futuro, ambos con 88%.
- Los síntomas de mayor intensidad en sexo femenino son: Síntoma 13: Dificultada para conciliar y mantener el sueño (Insomnios) con 58%, Síntoma 16: Permanece excesivamente alerta con 54%. Síntoma 15:

Tiene dificultades de concentración con 46%, Síntoma 12: Desesperanza y sentimientos negativos a futuro con 42% y Síntoma 1: Recuerdos Desagradables y Recurrentes del Suceso con 27%. La mayoría de síntomas intensos en el sexo femenino eran de categoría 3 (5 o más veces por semana/Mucho).

- Se establece los síntomas con mayor frecuencia en la población con TEPT del sexo masculino, los cuales se citaran de mayor a menor porcentaje. Síntoma 1: Recuerdos Desagradables y Recurrentes del Suceso, Síntoma 2: Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso, Síntoma 3: Conducta y experimentación de sentimientos que reviven el suceso, Síntoma 4: Sufre malestar psicológico al exponerse a estímulos externos e internos, Síntoma 5: Reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos y externos, Síntoma 6: Esfuerzos para aumentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso, Síntoma 7: Evitar actividades lugares y personas que evocan el recuerdo del suceso, Síntoma 8: Incapacidad para recordar aspectos importantes del suceso, Síntoma 9: Disminución del interés por la participación en diversas actividades; todos ellos con un porcentaje del %100.
- El sexo masculino presento los siguientes síntomas intensos, ordenados de mayor a menor porcentaje: Síntoma 15: Tiene dificultades de concentración con 52%, Síntoma 16: Permanece excesivamente alerta con 44%. Síntoma 17: Sobresalto y alarma más fácilmente con 44%, Síntoma 14: Irritable o expresiones de ira con un 37%. La máxima categoría de intensidad alcanzada por el sexo masculino fue la categoría 2 (aparición del síntoma en al menos 2 a 4 veces por semana/Bastante).

- Es evidente que la investigación mostro que el sexo femenino presenta más intensidad de los síntomas de TEPT, mientras que el sexo masculino presento más variedad de síntomas. Lo que se relaciona a que el nivel de afectación emocional en las mujeres es mucho más marcado, causando así múltiples consultas, ya sea por secuelas emocionales a largo plazo que perturban su completo bienestar.

IX. CONCLUSIONES

- La mayoría de usuarios del programa de Veteranos de Guerra de la UCSFE Guarjila entrevistados, fueron diagnosticados con Trastorno de Estrés Post Traumático.
- Las principales manifestaciones del TEPT en la muestra fueron: Síntoma 1: Recuerdos Desagradables y Recurrentes del Suceso y Síntoma 13: Dificultad para conciliar y mantener el sueño (Insomnio), el cuál es a su vez el síntoma que se presentó con mayor intensidad.
- La mayoría de Diagnosticados con TEP no presentaron Secuelas físicas, y la población que más las presentó fueron los Hombres, al separar los resultados de acuerdo al sexo, se identifica que los hombres presentan mayormente secuelas de tipo motor y las mujeres secuelas de tipo sensitivo. La presencia de Secuelas físicas no es determinante para experimentar TEPT.
- El total de la muestra es de origen rural, la mayoría clase baja y oscilan en el rango de 20 a 59 años, con un nivel educativo básico en su mayor parte.

X. RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud:

- Implementar la atención y evaluación Psiquiátrica en los individuos que participaron en el conflicto armado de acuerdo al grupo de dispensarización así como el seguimiento comunitario.
- Realizar Campañas que promuevan la Salud mental del individuo en las que se incluya no solo la prevención si no también empoderar al individuo con los conocimientos necesarios para identificar que está presentando un trastorno indicándole cuales son los pasos a seguir para buscar ayuda.

Al Ministerio de Defensa y Policía Nacional Civil:

- Implementar Estrategias que disminuyan los altos índices de violencia de nuestro país, ya que ésta expone a los pacientes con diagnóstico de TEP a situaciones que provocan síntomas de reexperimentación y exacerbación del cuadro.

A la UCSFE Guarjila:

- En la agenda de reuniones de Veteranos de Guerra establecer intervenciones por parte de Especialistas en salud Mental para educar a los individuos en TEPT y guiarlos hacia su recuperación, dándoles a conocer todas las herramientas clínicas que están a su alcance.
- Promover grupos de apoyo dentro de El Club de Veteranos de Guerra, en los que en un ambiente de seguridad y confianza, guiados por

personal de salud capacitado puedan sentirse apoyados a expresar sus vivencias como una forma de catarsis.

A Los Veteranos de Guerra:

- Participar activamente en las actividades del Club de Veteranos de Guerra de UCSFE Guarjila
- Empoderarse en el conocimiento sobre cualquier Patología o Trastorno que le sea Diagnosticado.
- Asistir a sus controles al menos una vez al año ó según le sea indicado por los diferentes especialistas.

XI. BIBLIOGRAFIA

- Metodología de la Investigación Quinta Edición, Dr. Roberto Hernández Sampieri
- Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Estrés postraumático.
- Manual de la Organización y Funciones de la Unidad por el Derecho de la Salud y la Atención de la Persona Veterana de Guerra. (MINSAL 2012)
- De la Locura a la Esperanza: la guerra de los Doce Años en El Salvador: Reporte de la Comisión de la Verdad para El Salvador, 1993.
- Historia de El Salvador, Tomos I y II, Convenio Cultural México-El Salvador, Ministerio de Educación, 1994.
- <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/comision/tep/tep/index.htm>
- <http://salvadorenosenelmundo.blogspot.com/2009/06/guarjila-una-comunidad-maravillosa.html>

ANEXOS

ANEXO N 1

ESCALA MODIFICADA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EGS-TEPT

PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE UCSFE GUARJILA MARZO-AGOSTO 2016

Objetivo: Determinar la Prevalencia de estrés postraumático en los usuarios del programa de Veteranos de Guerra de la UCSFE Guarjila de marzo a agosto 2016.

Indicaciones: Marque con una X la respuesta correcta o responda según corresponda.

NOMBRE: _____

PARTE 1

1 EDAD:___ a) 20-59 años___ b) 60-70años___ C) >70 años___

2 SEXO: a) M___ b) F___

3 Nivel Educativo:

a) Analfabeta___ b) Parvulario___
c) Básico___ d) Media___ e) Superior___

4 Clase Socioeconómica:

a) Baja___ b) Media ___ c) Alta___

5 Procedencia

a) Rural___ b) Urbana___

6 ¿Participó usted en el Conflicto Armado?

a) Si__

b) No__

7 ¿Es Usted un Veterano de Guerra?

a) Si__

b) No__

8 ¿En qué Grupo Participó durante el Conflicto Armado?

a) Fuerza Armada__

b) FMLN__

9 ¿Sufrió ó Presenció usted algún suceso Traumático durante el conflicto Armado?

a) Si__

b) No__

10 Describa Brevemente lo Sucedido:

11 ¿Se ha sentido mal con respecto a ese suceso?

a) Si__

b) No__

12 ¿Desde hace cuánto?

a) Mayor a 1mes__

b) Mayor a 3 meses__

c) Mayor a 6 meses__

13 Sufre usted alguna Secuela Física como resultado de su Participación en el conflicto armado?

a) Si__

b) No__

Especifique_____

PARTE 2

Coloque en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma:

0: NADA

1: UNAVEZ POR SEMANA O MENOS/POCO

2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE

3: 5 O MÁS VECES POR SEMANA/MUCHO

1 ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones? _____

2 ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso? _____

3 ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? _____

4 ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? _____

5 ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? __

TOTAL DE PUNTOS__

6 ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso? _____

7 ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso? _____

8 ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? _____

9 ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas? _____

10 ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? _____

11 ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)? _____

12 ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? _____

TOTAL DE PUNTOS _____

13 ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?

14 ¿Está irritable o tiene explosiones de ira? _____

15 ¿Tiene dificultades de concentración? _____

16 ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso? _____

17 ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?

TOTAL DE PUNTOS_____

PUNTUACIÓN DE TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRANSTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO_____

PARTE 3

MANIFESTACIONES SOMÁTICAS DE LA ANSIEDAD EN RELACIÓN CON EL SUCESO

1. Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo _____
2. Dolores de cabeza _____
3. Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia) _____
4. Dolor o malestar en el pecho _____

5. Sudoración _____
6. Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo _____
7. Náuseas o malestar abdominal _____
8. Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad

9. Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestesias) _____
10. Sofocos y escalofríos _____
11. Temblores o estremecimientos _____
12. Miedo a morir _____
13. Miedo a volverse loco o a perder el control _____

PUNTUACIÓN ESPECÍFICA DE LAS MANIFESTACIONES SOMÁTICAS DE LA ANSIEDAD:_____

ANEXO N° 2

TABLAS CORRESPONDIENTES A LOS GRAFICOS DE LOS RESULTADOS

GRAFICA N° 1

PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

Tabla 1 Prevalencia de Trastorno de Estrés Postraumático

Diagnóstico	Individuos	Porcentajes
TEPT	53	88%
NO TEPT	7	12%

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

GRAFICA N° 1.2

GRAVEDAD DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

Tabla 1.2 Gravedad de TEPT por sexo

GRAVEDAD	% SEXO FEMENINO	% SEXO MASCULINO	TOTAL	DX TEPT SEXO FEMENINO	DX TEPT SEXO MASCULINO	TOTAL DE DX CON TEPT
NO GRAVE	4%	0%	4%	2	0	2
GRAVE	45%	51%	96%	24	27	51
TOTAL	49%	51%	100%	26	27	53

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

GRAFICA N° 2

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, ECONÓMICOS Y CULTURALES.
NIVEL SOCIOECONÓMICO VS PREVALENCIA DE TRASTORNO DE
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE
VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO
DE 2016.**

Tabla 2 Nivel Socioeconómico Versus Trastorno de Estrés Postraumático

Clase Social	Número de Individuos	Porcentaje
Baja	51	96%
Media	2	4%
Alta	0	0%

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

GRAFICA N° 3

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, ECONÓMICOS Y CULTURALES.
PROCEDENCIA EN BASE A AREA GEOGRAFICA VS PREVALENCIA DE
TEPT EN LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA
DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.**

Tabla 3. Procedencia en base a área geográfica versus Prevalencia de TEPT

PROCEDENCIA	INDIVIDUOS DIAGNOSTICADOS CON TEPT	PORCENTAJE
Rural	53	100%
Urbana	0	0%

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

GRAFICA N° 4

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, ECONÓMICOS Y CULTURALES.
NIVEL EDUCATIVO VS PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO EN LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE VETERANOS
DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.**

Tabla 4 Nivel Educativo Vs Prevalencia De Trastorno De Estrés Postraumático

ORIGEN	PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON TEPT	PORCENTAJES
Analfabeta	13	25%
Parvularia	0	0%
Basica	40	7%
Media	0	0%
Superior	0	0%

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

GRAFICA N° 5

**PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRUMÁTICO POR EDAD
EN LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE
LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.**

Tabla 5. Edad versus Prevalencia de TEPT por Edad

RANGO DE EDADES	PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON TEPT	PORCENTAJE
20-59 años	33	62%
60-70 años	15	28%
más de 70 años	5	9%

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS

GRAFICA N° 6

PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRUMÁTICO POR SEXO EN LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

Tabla 6 Prevalencia De Trastorno De Estrés Postrumático Por Sexo

SEXO	PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON TEPT	PORCENTAJE
FEMENINO	26	49%
MASCULINO	27	51%

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

GRAFICA N° 7

PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO VS PRESENCIA DE SECUELAS FISICAS EN LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016

Tabla 7 Prevalencia del Trastorno de Estrés Postraumático versus Presencia de Secuelas Físicas

SECUELAS FISICAS	PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON TEPT	PORCENTAJE
Si	16	30%
No	37	70%

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS

GRAFICA N° 7.1

DISTRIBUCION POR SEXO DE LA PREVALENCIA DE TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO VS PRESENCIA DE SECUELAS FISICAS EN LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

Tabla 7.1 Diagnóstico de TEPT versus Presencia de Secuelas Físicas

TIPO DE SECUELA FISICA	% SEXO FEMENINO	% SEXO MASCULINO	SEXO FEMENINO	SEXO MASCULINO	TOTAL EN BASE A 53	TOTAL EN BASE A 60
Sensitivas	36	0	5	0	5	6
Motoras	14	43	2	6	8	10
Epilepsia	0	7	0	1	1	1
TOTAL	50	50	7	7	14	17

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

GRAFICA N°8

MANIFESTACIONES MÁS FRECUENTES DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

Tabla 8. Frecuencia Versus Intensidad De Los Síntomas De TEPT En La Población Diagnosticada.

SÍNTOMAS	FRECUENCIA				INTESIDAD							
	# DE PERSONAS	%	NADA	%	P O C O	%	BA ST AN TE	%	M U C H O	%	T O T A L	
Síntoma 1: Recuerdos desagradables y recurrentes del suceso.	52	98%	1	2%	25	47%	20	38%	7	13%	100%	
Síntoma 2: Tiene sueños desagradables y recurrentes del suceso.	51	96%	2	4%	32	60%	17	32%	2	4%	100%	
Síntoma 3: Conducta y experimentación de sentimientos que reviven el suceso.	50	94%	3	6%	29	55%	19	36%	2	4%	100%	
Síntoma 12: Desesperanza y sentimientos negativos a futuro	50	94%	3	6%	33	62%	6	11%	11	21%	100%	
Síntoma 13: Dificultad para conciliar y mantener el sueño (insomnio)	52	98%	1	2%	22	42%	15	28%	15	28%	100%	
Síntoma 15: Tiene dificultad de concentración.	51	96%	2	4%	20	38%	19	36%	12	23%	100%	

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS

GRAFICA N°9

MANIFESTACIONES MÁS FRECUENTES DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LOS USUARIOS DEL SEXO FEMENINO DEL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

Tabla 9 Frecuencia Vs Intensidad De Los Síntomas De TEPT En Mujeres

SÍNTOMAS	FRECUENCIA				INTESIDAD							
	# DE PERSONAS	%	NA DA	%	P O C O	%	BA ST AN TE	%	M U C H O	%	T O T A L	
Síntoma 1: Recuerdos desagradables y recurrentes del suceso.	25	96%	1	4%	6	23%	12	46%	7	27%	1	0
Síntoma 2: Tiene sueños desagradables y recurrentes del suceso.	24	92%	2	8%	1	50%	9	35%	2	8%	1	0
Síntoma 3: Conducta y experimentación de sentimientos que reviven el suceso.	23	88%	3	12%	1	38%	11	42%	2	8%	1	0
Síntoma 12: Desesperanza y sentimientos negativos a futuro	23	88%	3	12%	1	38%	2	8%	1	42%	1	0
Síntoma 13: Dificultad para conciliar y mantener el sueño (insomnio)	25	96%	1	4%	5	19%	5	19%	1	58%	1	0
Síntoma 15: Tiene dificultad de concentración.	24	92%	2	8%	5	19%	7	27%	1	46%	1	0

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS

GRAFICA N°10

MANIFESTACIONES MÁS FRECUENTES DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN LOS USUARIOS DEL SEXO MASCULINO DEL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016

Tabla 10. Manifestaciones más Frecuentes de TEPT en el Sexo Masculino

SÍNTOMAS	FRECUENCIA		INTESIDAD								
	# DE PERSONAS	%	NA DA	%	PO CO	%	BA ST AN TE	%	M U C H O	%	T O T A L
Síntoma 14: Irritable o expresiones de ira.	27	100%	0	0%	17	63%	14	52%	0	0%	115%
Síntoma 15: Tiene dificultad de concentración.	27	100%	0	0%	15	56%	12	44%	0	0%	100%
Síntoma 16: Permanece excesivamente alerta.	27	100%	0	0%	15	56%	12	44%	0	0%	100%
Síntoma 17: Sobresalto y alarma más fácilmente.	27	100%	0	0%	15	56%	12	44%	0	0%	100%

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

GRAFICA N° 11

DISTRIBUCION POR EDAD DE LOS ENTREVISTADOS INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

Tabla 11 Distribución etárea de los Entrevistados

Edad	Fr	%
20-59 años	38	64
60-70	17	28
más de 70	5	8

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

GRAFICA N° 12

DISTRIBUCIÓN POR NIVEL EDUCATIVO DE LOS ENTREVISTADOS INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

Tabla 12 Distribución Por Nivel Educativo de los Entrevistados

NIVEL EDUCATIVO	% SEXO FEMENINO	% SEXO MASCULINO	CANTIDAD SEXO FEMENINO	CANTIDAD SEXO MASCULINO	TOTAL
Analfabeta	13	8	8	5	13
Parvulario	0	0	0	0	0
Básica	37	40	22	24	46
Media	0	2	0	1	1
Superior	0	0	0	0	0
TOTAL	50	50	30	30	60

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

GRAFICO N° 13

CLASE SOCIOECONÓMICA DE LOS ENTREVISTADOS INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

Tabla 13. Clase Socioeconómica de los Entrevistados

CLASE SOCIOECONÓMICA	FRECUENCIA	%
Baja	57	95
Media	3	5
Alta	0	0

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

GRAFICA N° 14

PARTICIPACIÓN EN EL CONFLICTO ARMADO DE LOS ENTREVISTADOS INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

Tabla 14. Participación en el Conflicto Armado de Los Entrevistados Inscritos al Programa

PARTICIPACIÓN DURANTE EL CONFLICTO	FRECUENCIA	%
SI	60	100
NO	0	0

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

GRAFICA N° 15

GRUPO AL QUE PERTENECIERON DURANTE EL CONFLICTO ARMADO LOS ENTREVISTADOS INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

Tabla 15. Grupo Al Que Pertenecieron Durante El Conflicto Armado Los Entrevistados

BANDO POLÍTICO	FR	%
FMLN	60	100
Fuerza Armada	0	0

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

GRAFICA N° 16

PRESENCIA DE EVENTO TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

Tabla 16 Presencia De Evento Traumático En Usuarios Entrevistados

EVENTO TRAUMÁTICO	FR	%
SI	60	100
NO	0	0

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

GRAFICA N° 17

DESCRIPCION DE EVENTO TRAUMATICO SUCEDIDO DURANTE EL CONFLICTO ARMADO, EN USUARIOS ENTREVISTADOS, INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

Tabla 17. Descripción De Evento Traumático Sucedido Durante El Conflicto Armado, En Usuarios Entrevistados

TIPO DE SUCESO	FR	%
Sufridos	9	15
Presenciados	51	85

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

GRAFICA 17.1

TIPO DE SUCESO TRAUMATICO EN USUARIOS DEL SEXO FEMENINO INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

Tabla 17.1 Tipo De Suceso Traumático En Usuarios Del Sexo Femenino

TIPO DE SUCESO	FR	%
Sufridos	7	23
Presenciados	23	77

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS

GRAFICA 17.1.1

SUCESOS TRAUMATICOS SUFRIDO POR USUARIOS ENTEVISTADOS DEL SEXO FEMENINO INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016

Tabla 17.1.1 Sucesos Traumáticos Sufridos Por Usuaris del sexo Femenino Entrevistadas

SUFRIDOS	FR	%
Movilizaciones	2	29
Golpes	1	14
Persecusion	2	29
Heridas por arma de fuego y proyectiles	2	28

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

GRAFICA 17.1.2

SUCESOS TRAUMATICOS PRESENCIADOS POR USUARIOS ENTEVISTADOS DEL SEXO FEMENINO INSCRITAS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016

Tabla 17.1.1 Sucesos Traumáticos Presenciados Por Usuaris del sexo Femenino Entrevistadas

SUCESOS PRESENCIADOS	FRECUENCIA	%
Reclutamientos	5	26
Asesinatos a Familia	6	22
Masacres	5	22
Golpes a familiares	1	22
Huidas	1	4
Desaparecidos	5	4

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

GRAFICA N° 17.2

TIPO DE SUCESO TRAUMATICO EN USUARIOS DEL SEXO MASCULINO INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

Tabla 17.2 Tipo De Suceso Traumático En Sexo Masculino

TIPO DE SUCESO	FRECUENCIA	%
Sufridos	2	7
Presenciados	28	93

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

GRAFICA N°17.2.1

TIPO DE SUCESO TRAUMATICO SUFRIDO EN USUARIOS DEL SEXO MASCULINO INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

Tabla 17.2.1 Sucesos Traumáticos Sufridos por Usuarios del Sexo Masculino Entrevistados

SUCESOS TRAUMÁTICOS SUFRIDOS	FRECUENCIA	%
Movilizaciones	0	0
Golpes	0	0
Persecusion	0	0
Heridas por arma de fuego y proyectiles	2	100

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

GRAFICA 17.2.2

SUCESOS TRAUMATICOS PRESENCIADOS POR USUARIOS ENTEVISTADOS DEL SEXO MASCULINO INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016

Tabla 17.2.2 Sucesos Traumáticos Presenciados Por Usuarios Entrevistados del Sexo Masculino

SUCESO TRAUMÁTICOS PRESENCIADOS	FRECUENCIA	%
Reclutamientos	0	0
Asesinatos a Familia	14	50
Masacres	10	36
Golpes a familiares	4	14
Huidas	0	0
Desaparecidos	0	0

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

GRAFICA N° 18

SENTIMIENTOS NEGATIVOS RESPECTO AL SUCESO TRAUMATICO EN USUARIOS DEL SEXO FEMENINO INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

Tabla 18. Sentimientos Negativos Respecto Al Suceso Traumático En Usuaris Del Sexo Femenino Entrevistadas

PRESENCIA DE SENTIMIENTOS NEGATIVOS	FRECUENCIA	%
SI	59	98
NO	1	2

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS

GRAFICA N°19

PERIODO DE TIEMPO DE APARICION DE SENTIMIENTOS NEGATIVOS RESPECTO A EXPOSICION AL CONFLICTO ARMADO EN USUARIOS INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

Tabla 19 Periodo De Tiempo De Aparición De Sentimientos Negativos Respecto A Exposición Al Conflicto Armado En Usuarios Entrevistados

PERIODO DE TIEMPO	FRECUENCIA	%
Mayor de 1 mes	56	93
Mayor de 3 meses	3	5
Mayor de 6 meses	1	2

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANO

GRAFICA N°20

SECUELA FÍSICA EN USUARIOS INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

Tabla 20 Secuela Física En Usuarios Inscritos

PRESENCIA DE SECUELAS	FRECUENCIA	%
SI	17	28
NO	43	72

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS.

GRAFICA N°20.1

DISTRIBUCION DE TIPO DE SECUELAS FISICAS POR SEXO DE LOS USUARIOS ENTREVISTADOS QUE ESTAN INSCRITOS AL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA DE LA UCSFE GUARJILA DE MARZO A JULIO DE 2016.

Tabla 20.1 Distribución De Tipo De Secuelas Físicas Por Sexo De Los Usuarios Entrevistados

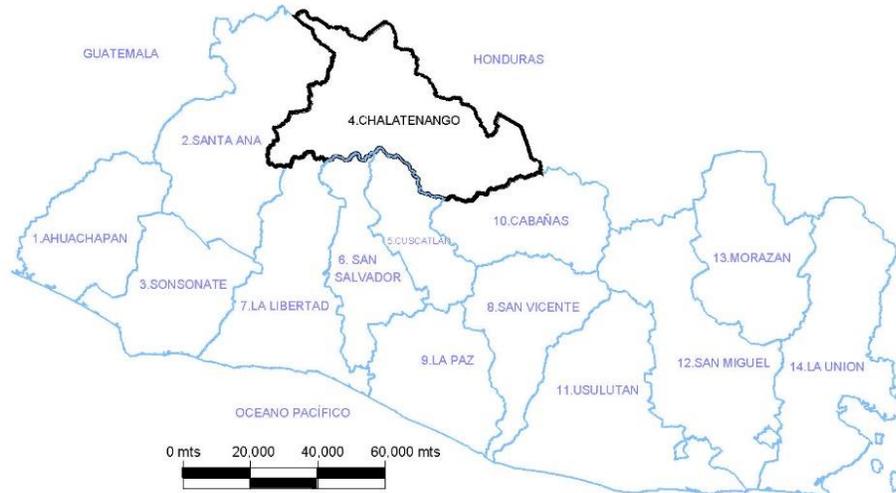
TIPO DE SECUELA FISICA	% SEXO FEMENINO	% SEXO MASCULINO	DX FEMENINO	DX MASCULINO	SEXO FEMENINO	SEXO MASCULINO	TOTAL EN BASE A 53	TOTAL EN BASE A 60
Sensitivas	29	6	5	0	5	1	5	6
Motoras	12	47	2	6	2	8	8	10
Epilepsia	0	6	0	1	0	1	1	1
TOTAL	50	50	7	7	7	10	14	17

FUENTE: Encuesta sobre PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POST TRAUMÁTICO EN USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS

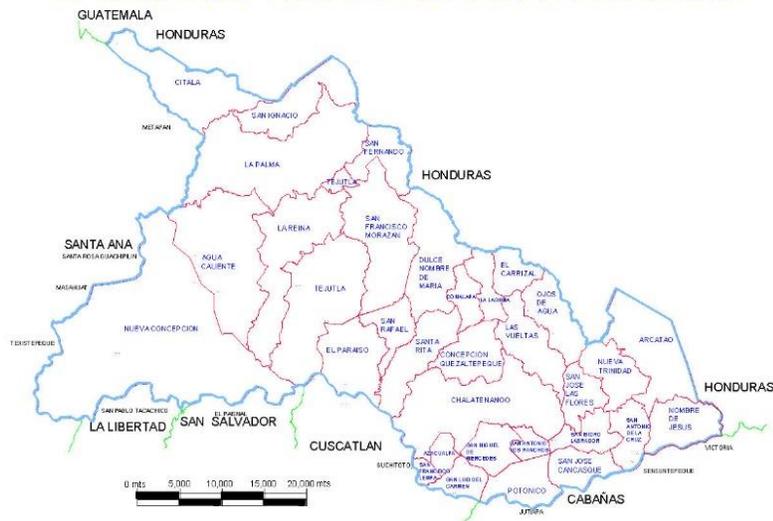
ANEXO N° 3

UBICACIÓN GEOGRÁFICA DE CHALATENANGO Y GUARJILA

DEPARTAMENTOS DE EL SALVADOR

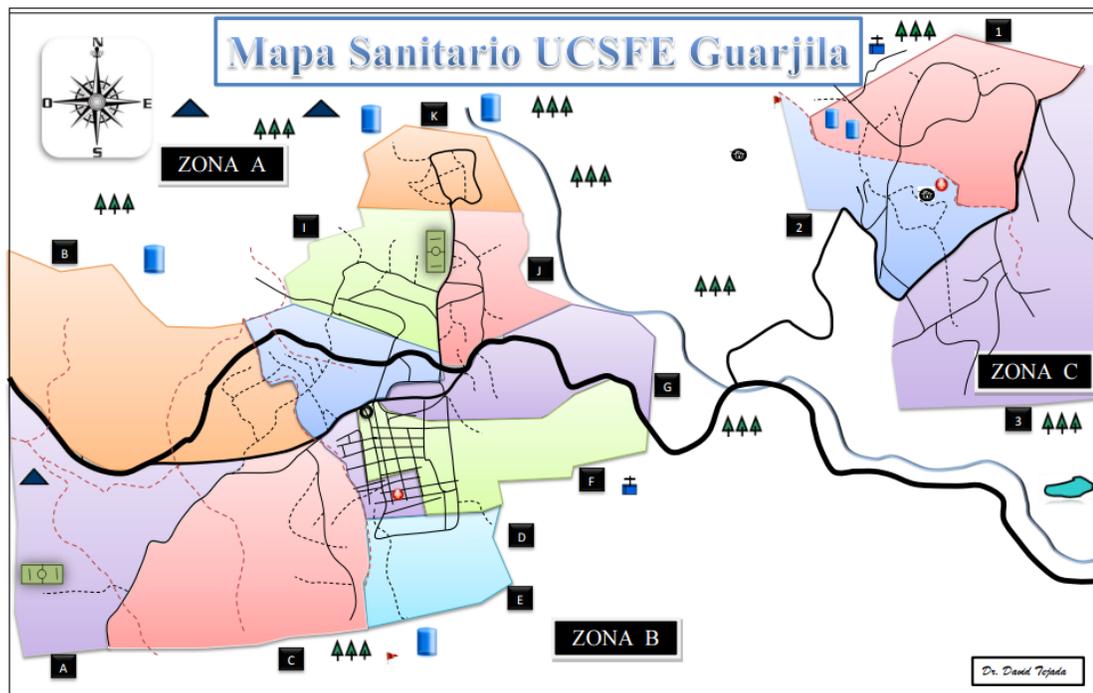


4. MUNICIPIOS DE CHALATENANGO



1	Agua Caliente
2	Arcatao
3	Azacuaipa
4	Chalatenango (ciudad)
5	Citalá
6	Comalapa
7	Concepción Quezaltepeque
8	Dulce Nombre de María
9	El Carrizal
10	El Paraíso
11	La Laguna
12	La Palma
13	La Reina
14	Las Vueltas
15	Nueva Concepción
16	Nueva Trinidad
17	Nombre de Jesús
18	Ojos de Agua
19	Potonico
20	San Antonio de la Cruz
21	San Antonio Los Ranchos
22	San Fernando
23	San Francisco Lempa
24	San Francisco Morazán
25	San Ignacio
26	San Isidro Labrador
27	San José Cancasque
28	San José Las Flores
29	San Luis del Carmen
30	San Miguel de Mercedes
31	San Rafael
32	Santa Rita
33	Tejutla

Cantón Guarjila



ANEXO N° 4

FOTOGRAFÍAS DURANTE ENTREVISTAS A USUARIOS INSCRITOS EN EL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA UCSFE GUARJILA MARZO-JULIO 2016



Ilustración 1 Dra Girón durante entrevista a veterana de guerra, sector A, Cantón Guarjila



Ilustración 2 Dr. Figueroa en consulta médica, control de adulto mayor, dispensarización y entrevista a veterana de guerra, UCSFE Guarjila

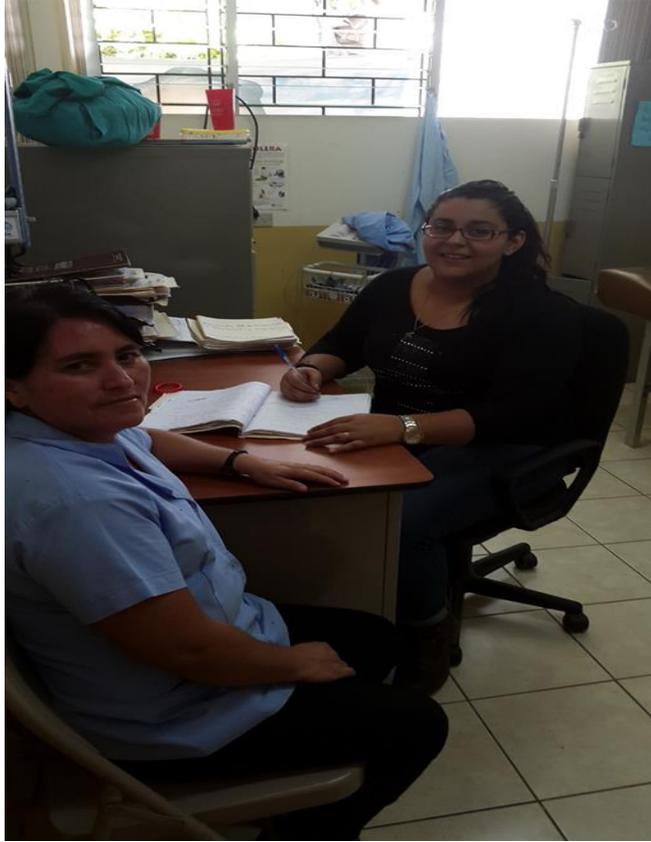


Ilustración 3 Dra Gaitán en consulta médica, dispensarización y entrevista a veterano de guerra UCSFE Guarjila