

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UNIDAD CENTRAL

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE MEDICINA



**TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE
VETERANOS DE GUERRA EN UCSF CACAOPERA; PERÍODO
JUNIO-AGOSTO 2016.**

Informe Final Presentado Por:

Karla Noemy Rodríguez Rodríguez.

Julia Margarita Zambrano Campos.

Emma Carolina Zelaya Ruíz.

Para Optar al Título de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

Dr. José Eduardo Fuentes Ramírez.

San Salvador 3 de noviembre de 2016.

Agradecimientos.

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad, por brindarme una vida llena de oportunidades y felicidad.

Sin duda que los triunfos nunca son individuales pues siempre hay personas que detrás de bambalinas son el soporte para tener la determinación de vencer, por lo que este triunfo es más que mío es colectivo. Pero a los cuales aun sin mencionarlos saben quiénes son y saben lo que hemos caminado para lograr completar esta carrera.

Gracias, Mamá por enseñarme a nunca dejar de luchar a siempre seguir adelante cada vez con más fuerzas y con metas nuevas, por apoyarme en todo momento, por los valores que me inculco y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

A mi familia por darme su apoyo y ayuda siempre que lo necesité, a mis tías por ser como unas madres para mí, a mis primas/os por comportarse como mis hermanos.

A mis compañeras de tesis, a nuestro asesor y amigo, Dr Jose Eduardo Fuentes Ramirez, gracias por la oportunidad, el esfuerzo, la dedicación y el compañerismo demostrado para poder culminar esta ardua tarea a pesar de todos los obstáculos y las dificultades.

Al personal de la unidad de Salud de San Francisco Gotera y Cacaopera su invaluable apoyo durante todo el preceso, por sus atenciones y disponibilidad.

Karla Noemy Rodriguez Rodriguez.

Agradecimientos

Primero que todo a mi razón de ser **Dios**, mi mejor guía quien me ha ayudado en momentos de flaqueza y a pesar de las difíciles situaciones a lo largo de esta carrera siempre me dio esperanzas para seguir así también nuevas oportunidades para cambiar.

A mis padres **Marina** y **Fredis** quienes me dieron la oportunidad de estudiar una carrera para ser una profesional de bien, me han dado la mejor educación en valores que pude recibir jamás, quienes estuvieron conmigo siempre apoyándome; celebrando mis triunfos y animándome en mis desfortunios.

A mis hermanos **Dalia**, **Mauricio** y **Mario** quienes han sido mis compañeros dentro de las adversidades ya sea del clima, la distancia, mi puntualidad con los eventos. Las personas que estuvieron a mi lado como mi ejemplo a seguir de quienes aprendí a ser perseverante.

A mis amigo/as más cercanos por siempre comprender mis tiempos y ayudarme en mis prácticas profesionales a medida avanzaron mis estudios. Por brindarme información adecuada, por compartir los sueños de la infancia, con quienes reí y lloré al paso de los años.

Al **Dr. Eduardo Fuentes**, asesor de tesis por la paciencia que tuvo con esta investigación, por siempre darnos una oportunidad de aprender en cada revisión y su gran paciencia en cada corrección.

A los docentes que tuve la oportunidad de conocer durante mis años de estudio, por todos los que siguen en sus labores y por aquellos que ya no están en este mundo, gracias a su interés por enseñarme lo esencial de mi profesión, de quienes aprendí que no se estudia para un examen si no para la vida.

Como parte fundamental de la investigación gracias a todo/as los veteranos de guerra quienes tuvieron la confianza de proporcionar el tiempo necesario para coleccionar los datos, además de abrir sus corazones y contarnos parte de su historia.

Julia Margarita Zambrano Campos

Agradecimientos

Todo lo que implica el culminar mi carrera como Estudiante de Medicina incluye a un sin número de personas que estuvieron tras mi brindando su apoyo incondicional; y al ser supremo de quienes somos necesarios reconocer.

A Dios por darme vida y deseos de superación, por su compañía fiel y su amor ágape.

A mi madre por su amor incondicional que me siguió a lo largo de toda mi carrera y el cual perdura siempre, brindando siempre su apoyo y comprensión; quien con palabras de Fe me ayudo a seguir adelante.

A nuestros Hospitales escuelas en donde se nos permite completar nuestra formación académica, por todas aquellas rachas de aprendizaje que pude obtener mediante el continuo relación Médico-paciente.

A todos aquellos amigos y amigas que me encontré en el camino, con quienes compartimos experiencias de desánimo y de esperanza.

A nuestro asesor Dr. Eduardo Fuentes por su excelente labor como Medico y Maestro.

A mi grupo de investigación Karla y Margarita de quienes tengo muy gratos recuerdos y que fueron compañeras en esta culminación de nuestro primer éxito como profesionales.

Dedicado con amor a mi hija Emily.

Emma Carolina Zelaya Ruíz

RESUMEN

Es claro que las experiencias emocionalmente fuertes transforman al ser humano y que mientras hay individuos que luego de sufrir experiencias de ese tipo logran superarlas sin que se evidencien grandes secuelas, otros, por el contrario, parecen quedarse para siempre en el acontecimiento.

La presente investigación trata sobre los Trastornos Psiquiátricos en usuarios del Programa de Veteranos de Guerra que consultan en Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Cacaopera en el periodo de Junio a Agosto del corriente año.

El objetivo principal de dicha investigación es determinar los trastornos Psiquiátricos más frecuentes en usuarios del Programa de Veteranos de Guerra que consultan en dicho centro de atención en salud; dentro de los objetivos específicos planteados están el determinar los Trastornos más frecuentes; se tomó a bien además identificar características en común entre los usuarios investigados tales como la edad de incorporación al Conflicto armado como combatientes, el tiempo que participaron activamente y si adolecen algún tipo de discapacidad física secundario a su participación en el conflicto armado; además se indago el antecedente familiar de enfermedad Psiquiátrica.

Se trata de una investigación de tipo descriptiva de corte transversal ya que se realiza en un periodo establecido y sin influir de forma alguna en el comportamiento de las y los investigados.

Se incluyeron a la investigación una muestra representativa del total de usuarios inscritos en el Programa de Veteranos de Guerra en UCSF Cacaopera, del total de usuarios en estudio un 72% presenta algún tipo de trastorno Psiquiátrico; siendo el diagnóstico más frecuente el Trastorno de Ansiedad Generalizada actual.

Un 70% del total en estudio confirmo haber ingresado activamente al Conflicto Armado a edades comprendidas entre once a 25 años.

De los resultados encontrados podemos concluir que contrariamente a los estudios mundiales del tema en estudio en los cuales se asevera que el Trastorno Psiquiátrico más frecuente en Veteranos de Guerra es el Trastorno de Stress Post Traumático, en el estudio se determina como el Trastorno más frecuente el de Ansiedad Generalizada actual. Que si bien, el género que más adolece algún tipo de trastorno es el masculino; hay que considerar que la población en estudio masculino representa un porcentaje de 62% del total de la muestra.

INDICE

Resumen.....	I
Introducción.....	II
Capítulo I Objetivos.....	1
Capitulo II Marco teórico.....	2
2.1 Los niños y la Guerra.....	5
2.2 Consecuencia de la Guerra en adultos.....	5
2.3 Guerra en El Salvador.....	9
2.4 Conformación del FMLN.....	12
2.4.1 Conformación del Ejército Salvadoreño.....	14
2.4.2 Acuerdos de Paz.....	16
2.4.3 Población tras post Guerra.....	17
2.5 Marco Referencial.....	19
2.5.1 Origen y etimología.....	19
2.5.2 Historia colonial.....	20
2.5.3 Administración.....	20
Capítulo III Hipótesis.....	21
Capitulo IV	
Diseño metodológico.....	22
4.1 Tipo de investigación.....	22
4.2 Periodo de investigación.....	22
4.3 Metodología de campo.....	22
4.3.1 Universo de la Población.....	22
4.3.2 Muestra.....	22
4.3.3 Criterios de inclusión.....	23

4.4 Operacionalización de variables.....	24
4.5 Fuente de información.....	25
4.5.1 Técnicas de recolección de información.....	25
4.5.2 Herramientas para la obtención de la información.....	25
4.6 Metodología de análisis.....	26
Capítulo V Resultados	
5.1 Grafica 1 Personas en estudio con Trastorno Psiquiátrico.....	27
5.2 Grafica 2 Trastornos Psiquiátricos más frecuentes.....	28
5.3 Grafica 3 Genero de población en estudio.....	29
5.4 Grafica 4 Edad de población en estudio.....	30
5.5 Grafica 5 Estado civil de Veteranos en estudio.....	31
5.6 Grafica 6 Escolaridad de Veteranos en estudio.....	32
5.7 Grafica 7 Edad de incorporación a la Guerrilla.....	33
5.8 Grafica 8 Antecedente familiar Psiquiátrico.....	34
5.9 Grafica 9 Tiempo que combatieron.....	35
5.10 Grafica 10 Veteranos de Guerra con secuela física.....	36
5.11 Grafica 11 Estructura Política a la que pertenecían los investigados.....	37
5.12 Grafica 12 Zona en las que combatieron.....	38
Capítulo VI Discusión.....	39
Capítulo VII Conclusiones y Recomendaciones	
7.1 Conclusión.....	41
7.2 Recomendación.....	43
Bibliografía.....	45
Anexos	
Anexo 1 Consentimiento Informado.....	47

Anexo 2 Cuestionario.....	48
Anexo 3 Entrevista Neuropsiquiatría Internacional.....	50
Anexo 4 Demografía de Cacaopera.....	57
Anexo 5 Tablas.....	59

INTRODUCCIÓN

Desde el siglo pasado se estudia la relación de la guerra con la presentación de problemas neuro-psiquiátricos o psicológicos. Hasta hace muy poco, el interés se centraba en lo militar, y apenas se investigaba la reacción de la población civil o se divulgaban los conocimientos de Psiquiatría y Psicología militar que se iban acumulando.

Se describieron cuadros en supervivientes de campos de concentración y de torturas, que se denominaron transformación de la personalidad condicionada por vivencias, reestructuración de la personalidad, síndrome del sobreviviente de campo de concentración, astenia crónica de los perseguidos y que consistían en una disminución de la confianza en sí mismo, de la estabilidad emocional, ansiedad crónica o pasajera, estados depresivos prolongados, insomnio y pesadillas, insuficiencia del rendimiento funcional, y múltiples síntomas vegetativos-funcionales, entre otros.

La guerra civil en El Salvador que da inicio en 1980, fue un conflicto belico interno en el que se enfrentaron el ejército gubernamental – la Fuerza Armada de El Salvador, (FAES) – en contra de las fuerzas insurgentes del Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN)

El número de víctimas de esta confrontación armada ha sido calculado en 75 000 muertos y desaparecidos. Además de miles de personas con afectaciones psiquiátricas las cuales hasta la fecha no han sido vistas con la importancia merecida. Son muchos los ex combatientes que en la actualidad atraviesan una realidad poco esperanzadora, entre otras cosas, marcada por el trauma psicosocial el cual puede ser identificado en áreas tales como: el trauma de haber perdido uno o varios de sus miembros corporales, la carga emocional de haber perdido a algún ser querido durante este periodo, maneras inadecuadas de relacionarse socialmente, algún estado de frustración y desesperanza por no haber logrado alcanzar los tan ansiados cambios estructurales, provocando la pérdida de identidad ideológica. Dificultades extraordinarias, que requieren de un esfuerzo personal, familiar y social para ser superados o adaptarse a ellos.

El interés científico de la presente investigación; teniendo en cuenta que no existe estudio previo basado en la importancia del diagnóstico de las consecuencias psiquiátricas en Veteranos de Guerra posterior al conflicto armado; caso específico consultantes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MINSAL); en el municipio de Cacaopera, Morazán, en un periodo de Junio-Agosto del año 2016. Pretendiendo dar pronta respuesta a través del diagnóstico oportuno y una propuesta de salud mental, con visión preventiva y de rehabilitación.

CAPITULO I. Objetivo

OBJETIVO GENERAL:

Determinar si los usuarios del programa veteranos de guerra que consultan en UCSFI de Cacaopera adolecen de trastornos psiquiátricos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- I. Identificar los trastornos psiquiátricos más frecuentes; en usuarios del Programa Veteranos de Guerra que consultan en UCSFI de Cacaopera;
- II. Conocer la edad de incorporación de los veteranos de guerra en estudio al conflicto armado de El Salvador;
- III. Determinar el periodo de tiempo que fungieron como combatientes de la Guerrilla;
- IV. Indagar si existen secuelas físicas ocurridas durante el conflicto armado en la población de estudio;
- V. Identificar antecedentes familiares de trastornos mentales en los sujetos de estudio.

CAPITULO II. Marco Teórico

La guerra actúa como un hecho traumático para la sociedad en su conjunto y sus participantes directos.

La Guerra es un término que está íntimamente relacionado con la historia de la humanidad y con los desastres, catástrofes o emergencias. —La guerra es la continuación de la política por otros medios... La guerra no es simplemente un acto político, sino un verdadero instrumento político, una continuación de las relaciones políticas, una gestión de las mismas con otros mediosl.

Existen diferentes formas de guerra, pero todas en dependencia de su magnitud traen consecuencias psicológicas para el ser humano y a todas es aplicable el caos o desastre que generan. Deja secuelas y marcas de consecuencias muy difícilmente predecibles. Cada guerra es diferente y sus consecuencias también lo son.

Desde tiempos antiguos ya se cuenta con relatos acerca de que eventos de gran impacto pueden producir algún grado o tipo de trastorno psiquiátrico en diferentes personas esto a su vez dependiente de la edad, sexo, tiempo de exposición, gravedad del impacto entre otras características que diferencian una persona de otra o que en determinados grupos pueden ser características que los vinculan; además se sabe que dichos eventos pueden producir un cumulo de consecuencias tanto psicológicas como fisiológicas. Según Shay (1991), ya en la Ilíada de Homero se describen las desgracias en forma vívida de la odisea de los soldados al ver la muerte de los compañeros en medio de la guerra y el impacto de esto sobre la vida del soldado.

Los relatos de sobrevivientes de eventos traumáticos representan un buen testimonio de la secuela de síntomas que experimenta la persona. Saigh y Douglas (1999) indican que el relato en el Diario de Samuel Pepys, sobreviviente del gran fuego de Londres en

1666, es un buen ejemplo de los episodios de recuerdo, hipervigilancia, —flashbacks‖ y culpa que sufre una persona, aún después de que han pasado varios meses.

De acuerdo con Noji (2000), la guerra es en su acepción más completa un verdadero desastre, provocada por el hombre, es una emergencia, un caos desde todos los puntos de vista enumerándolos a través de los siguientes aspectos:

- 1) En el aspecto político: socavar el régimen existente para implantar uno nuevo que responda a los intereses de los ocupantes y realizar campañas de difamación y desacreditación al país invadido, son algunas consecuencias desde el punto político;
- 2) En lo militar: utiliza todos los medios y formas posibles, sobrepasa las fronteras del ejército para abarcar a la población civil, a los niños, rompe la tradición de la participación solamente de los ejércitos;
- 3) En el aspecto económico se destruye la infraestructura económica existente para implantar una nueva que responda a la obtención de ganancias y las clases más poderosas;
- 4) En el aspecto cultural es la pérdida de los valores históricos culturales atesorados por la nación o comunidad, el desarraigo de la cultura e imposición de una nueva que nada tiene que ver con la anterior. Se destruyen también valores religiosos como santuarios, templos, iglesias. En general se destruyen los códigos, normas, conceptos por el de los ocupantes;
- 5) En lo social la guerra afecta a todos los sectores, se produce una desorganización de la sociedad. En el aspecto humano se presentan olas de violencia, violación, atropellos, deshumanización por el ocupante, pérdida de la espiritualidad, de la autoestima, de los atributos humanos. Se produce la desintegración de las familias, por muerte de sus miembros o desplazamiento, éxodo y refugio. También sufren las comunidades bien por la pérdida de los eslabones fundamentales, o la desaparición de la misma;
- 6) Con relación al Medio ambiente la guerra causa destrucción física y perturbación de hábitats naturales de importancia nacional e internacional, y de la vida silvestre como

resultado del uso de armas. La contaminación radiológica, química o biotóxica de los hábitats naturales se produce como resultado del uso de armas de destrucción masiva y bombardeo de facilidades industriales o militares. Perece la vegetación como resultado de las batallas; desertificación y extinción de especies o subespecies endémicas;

- 7) Para la Salud Pública las guerras pueden causar un número inesperado de muertes, lesiones o enfermedades, que exceden las capacidades de los servicios locales de salud. Destruye las infraestructuras locales de salud, como los hospitales, unidades de los ministerios de salud, clínicas privadas. También pueden alterar la prestación de los servicios rutinarios y actividades preventivas, con graves consecuencias a corto, mediano y largo plazo, en términos de morbilidad y mortalidad. Genera efectos adversos sobre el ambiente y la población al aumentar el riesgo de enfermedades transmisibles y los peligros ambientales. Afecta el comportamiento psicológico y social en las comunidades; generalmente luego de un desastre se presenta ansiedad, neurosis y depresión. Las poblaciones se exponen a un grado de tensión máxima o extrema con las consiguientes afectaciones a la salud mental. Causa grandes movimientos de población, espontáneos u organizados, a menudo hacia áreas donde los servicios de salud no pueden atender la situación¹.

La experiencia de vulnerabilidad y de peligro, de indefensión y de terror, puede marcar en profundidad el psiquismo de las personas, en particular de los niños. El espectáculo de violaciones o torturas, de asesinatos o ejecuciones masivas, de bombardeos y arrasamiento o exterminio de poblados enteros es casi por necesidad traumatizante, sobrepasa los mecanismos de reacción del individuo a situaciones extremas. Actualmente, en los más de 100 conflictos bélicos de los últimos diez años, más del 80 por ciento de las víctimas son civiles².

¹ Noji E. K. 2000. Impacto de los Desastres en la Salud Pública. Bogotá, Colombia: Organización Panamericana de la Salud, OPS-OMS, p. 14.

² Ibáñez Rojo V 2000.

2.1 Los Niños y la Guerra.

En los últimos diez años, han muerto millón y medio de niños en conflictos armados. Unos 300.000 niños son usados como soldados en 30 países del mundo entero. La UNICEF³ subraya que las consecuencias psicológicas de este fenómeno, en ambos sexos, son bien conocidas: agresividad, terror durante la noche, ansiedad y depresión, SIDA y problemas de salud específicamente femeninos como lesiones vaginales y en el cuello del útero, abortos, además de retraso escolar y aislamiento general. Cuando mujeres menores de edad se convierten en soldados, esto trae consigo "violaciones, esclavitud sexual, torturas, embarazos no deseados y otros crímenes que afectan al 28% de las niñas soldados.

Además de sufrir tormento psicológico por la situación en que viven, el miedo a morir, inseguridad, sentimientos de soledad y abandono, rudeza de sentimientos, explosiones de ira y violencia, trastornos de conducta, se vuelven temerosos, alienados, dificultades en la comunicación con los demás, en las relaciones interpersonales y sociales pérdida de la autoestima, sentimientos de inferioridad, sentimientos de odio, trastornos del sueño, son obligados a presenciar las más horribles atrocidades y a cometer actos criminales o ser cómplices de los mismos, son privados de lo más preciado que pueden tener en esas edades la inocencia de la niñez.

2.2 Consecuencia de la guerra en adultos.

El Fuerza Armada Estadunidense ha constituido 7 conceptos propios del argot psiquiátrico militar, para facilitar el adecuado manejo DE LOS PACIENTES POST-GUERRA;

³De Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M, El Masri M, Araya M, Khaled N, 2001.

1) Fatiga de Combate.

La fatiga de combate, también denominada reacción de estrés de combate (RSC), es consecuencia directa del intenso estrés psicofisiológico sufrido en el combate y en ciertas misiones, tratándose de una reacción normal, y no de una enfermedad, ante una situación tan irregular como es el combate.

La fatiga de combate produce un deterioro del funcionamiento del combatiente y su manejo inadecuado puede determinar su evolución hacia un auténtico trastorno mental o baja psiquiátrica. Este manejo consiste en el desarrollo de una serie de principios intervencionistas, conocidos clásicamente como —Principios de Salmonl.

2) Baja Psiquiátrica en Combate.

Es todo tipo de trastorno psiquiátrico que, no limitándose a ser la simple consecuencia inmediata del intenso estrés psicofisiológico propio del combate y de ciertas misiones militares, incapacita al sujeto para el combate, lo cual ocasiona baja sanitaria por alteración mental.

3) Conductas Disruptivas.

Con este término, tan inespecífico, se hace referencia a aquellas situaciones caracterizadas por la indisciplina, el quebranto de las normas o de la ley, que pudiendo guardar alguna relación con el estrés bélico, repercuten negativamente en el desarrollo de las operaciones, y cuyo manejo requiere de intervenciones disciplinarias y no médicas.

4) Síndromes de Evacuación.

La evacuación indiscriminada y el tratamiento en retaguardia, y no en vanguardia, inadecuadamente indicado, aumenta la presentación de cuadros de simulación, sustentados en la ganancia secundaria de huir del combate por vía médica, constituyen

un amplio porcentaje del conjunto de bajas psiquiátricas y afectando significativamente al desarrollo de las operaciones.

5) Trastornos de Frustración y Soledad.

Los trastornos de frustración y soledad, también conocidos clásicamente como nostalgia del soldado son propios de situaciones de combate de baja intensidad (combate breve e infrecuente) y de rara presentación en el combate de alta intensidad (guerra NBQ o convencional con combate continuo o enfrentamientos muy frecuentes sin apenas periodos de descanso). Situación habitual en las tropas de apoyo y servicios, ubicadas en las zonas de retaguardia, donde el estrés psicológico se encuentra relacionado con la separación de los seres queridos, el aburrimiento, la baja autoestima, la falta de cohesión grupal y de apoyo social, más que con la lucha y el combate activo.

6) Bajas Psiquiátricas.

Existen ciertos factores que pueden ser considerados predictores de la producción de bajas psiquiátricas en situaciones de combate, según se concluye de la desgraciada experiencia bélica, y que se resumen en:

-Intensidad del combate: Es el predictor más potente. A mayor intensidad del combate mayor es el número de bajas que se producen por estrés de combate.

-Curso del combate: El curso del combate va a condicionar la frecuencia del número de bajas presentadas. Las situaciones estacionarias de combate arrojan un mayor número de bajas que los avances victoriosos o las retiradas por derrota.

-Proximidad al combate: La proximidad a las zonas de fuego intenso permite diferenciar las características de los procesos psiquiátricos que se presentan. Así en las zonas de vanguardia, próximas al combate intenso, predominan los cuadros de reacción

de estrés de combate, y en las zonas de retaguardia, son más frecuentes los trastornos de nostalgia, frustración y soledad.

-Estresores ajenos al combate: La concurrencia de factores de estrés ajenos a lo que es el propio combate aumenta la probabilidad de causar baja psiquiátrica. Se trata, principalmente, de situaciones personales adversas como pueden ser el fallecimiento de seres queridos, el embarazo de la pareja o la presencia de problemas económicos⁴.

7) Trastorno por estrés postraumático.

Durante la guerra civil de E.U. Da Costa, en el año 1871 describe el corazón irritable del soldado para denominar el disturbio relacionado con la angustia y el estrés del combate. En la guerra ruso japonesa de 1904-1906 los rusos describieron por primera vez la neurosis traumática de guerra, caracterizadas por cuadros de excitación, parálisis, e inestabilidad emocional ante el combate. Durante la I Guerra mundial se describieron los cuadros psicóticos conversivos (pérdida psicógena del habla, ceguera, parálisis,...) y de angustia y confusión; dando el término " shell shock " que aludía a las reacciones de los soldados en el frente de batalla a causa de las explosiones de las minas y de las granadas o bien al hecho de ser testigos de las horribles muertes de sus compañeros, lo que provocaba estados de mutismo, sordera, temblor generalizado, incapacidad para caminar o mantenerse de pie, pérdidas de conciencia o pseudoconvulsiones.

En 1915 en un artículo de The Lancet apareció el término "shell shock"⁵. Son víctimas de intimidaciones, amenazas, brutales palizas, torturas u otros abusos sexuales, homicidios y suicidios, secuestros, mutilaciones de algún miembro, abusos de todo tipo, acoso, prostitución, alcoholismo y drogadicción, abandono y desamparo familiar, discriminación, suicidio, son obligados a refugiarse o desplazarse.

⁴ Rodríguez-Palancas Palacios A, 2007.

⁵ Shell shock que correspondía a la descripción de la pérdida de memoria, visión, gusto y olfato que presentaron los soldados.

2.3 Guerra en El Salvador

En El Salvador la historia que se repite cada día a cerca de un conflicto armado no se diferencia tanto del resto del mundo.

Si nos remontamos a la década de los 70, el colapso gubernamental que encontró su clímax en el golpe de Estado de 1979, marcando el inicio de la transformación política de El Salvador, devino en dos procesos: la unificación de los frentes guerrilleros en el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (FMLN) para emprender una lucha revolucionaria de altos vuelos y el reacomodo del modelo de dominación sobre la base de una nueva institucionalidad jurídico-política. En ese sentido, aunque la Junta Revolucionaria de Gobierno (JRG) que se instauró a partir del golpe fracasó en sus propósitos fundamentales, que eran evitar el estallido de la guerra civil e implementar un programa de reformas tendientes a modernizar el aparato de acumulación originaria en El Salvador, funcionó como gobierno bisagra entre el régimen político dominado por los militares y la inauguración de un nuevo sistema político, edificado de acuerdo a los preceptos formales de la democracia⁶.

El proceso de lucha del pueblo salvadoreño para la construcción del poder popular, se extendió de diferentes formas durante la década de los 70, cuando el auge de distintas organizaciones políticas y sociales, aglutinaron entre sus filas a salvadoreños y salvadoreñas de distinto signo social, decididos a construir una nueva nación: democrática, revolucionaria y socialista; logrando finalmente, independencia y libre determinación para el país. El compromiso y la determinación por parte de las organizaciones revolucionarias, para derrotar la dictadura militar de aquel momento, aceleraron la crisis del modelo político y económico nacional.

El ímpetu revolucionario de las organizaciones populares en las calles salvadoreñas, especialmente en la capital, recibió el impulso y ejemplo del triunfo de la Revolución Sandinista en Nicaragua, el 19 de julio de 1979. Con el golpe de estado contra el General

⁶ IDHUCA 2010

Romero, del 15 de octubre de ese mismo año, se crearon las condiciones para avanzar hacia una izquierda revolucionaria unificada.

La instauración de la nueva estructura de poder en los años 80, diseñada y financiada por Estados Unidos como estrategia para marginar políticamente a la subversión, se puso en marcha por medio de un calendario electoral que constaba de tres etapas: en 1982 la elección de una Asamblea Nacional Constituyente para modernizar la Constitución de 1962 y sentar las bases del arribo de los civiles al poder; en 1984 la elección del primer presidente civil desde 1931; y en 1985 las elecciones regulares de alcaldes y diputados. A esta primera ronda sucedieron otras dos jornadas electorales: las de alcaldes y diputados en 1988 y las presidenciales de 1989. El ciclo de elecciones libres y periódicas fue instalado y, hasta la fecha, no se ha visto interrumpido.

Como rasgos característicos de El Salvador de la década de 1980 pueden enumerarse los siguientes:

- i) El FMLN como guerrilla alcanzó la profesionalización militar necesaria para hacer frente e impedir el triunfo del ejército nacional, respaldado técnica y financieramente por los Estados Unidos. La fortaleza militar de este grupo insurgente le permitió mantenerse cohesionado como actor político. Fue así como pudo conservar la legitimidad y lealtad de ciertos sectores poblacionales, a pesar de sus errores políticos, militares y humanos.
- ii) Después del repliegue que lo caracterizó durante la primera parte de la década, a finales de los ochenta el movimiento popular dio muestras de un notable resurgimiento. Su llamado a la finalización del conflicto fue uno de los elementos que contribuyó a la salida negociada del mismo.
- iii) Los sectores más retardatarios del país fueron presionados por Estados Unidos para encuadrarse dentro de la institucionalidad política emergente, a partir de lo cual surgió el partido ARENA.
- iv) El Partido Demócrata Cristiano (PDC), con Napoleón Duarte a la cabeza, se convirtió en el brazo político de la estrategia contrainsurgente estadounidense.

- v) La dependencia experimentada por el gobierno salvadoreño respecto de los ingentes recursos proporcionados por Estados Unidos para evitar el colapso económico del país, los sujetaron a las decisiones políticas y a los intereses geoestratégicos de la primera potencia en el Istmo centroamericano.
- vi) El nombramiento de una Asamblea Constituyente, la aprobación de una nueva constitución, la elección y consolidación de una Asamblea Legislativa y la instauración de elecciones periódicas se inscribieron dentro de la estrategia contrainsurgente estadounidense. Se trató de la fundación de una nueva institucionalidad que fue ganando cada vez más legitimidad, en la medida en que hizo realidad parte de la utopía democrática anhelada por el pueblo salvadoreño.
- vii) La —regionalización del conflicto‖ influyó de manera decisiva en la —regionalización de la pacificación‖.

Dos de las masacres más emblemáticas de ese período ocurrieron en el Río Sumpúl, en mayo de 1980 —cuando aún no estallaba —oficialmentel el conflicto— y en El Mozote, en diciembre de 1981. En el primer caso, se trató de un ataque contra campesinos del departamento de Chalatenango que, intentando huir hacia Honduras a través del fronterizo Río Sumpúl, fueron interceptados por aviones y helicópteros del ejército y atacados con bombas y metralletas. Más de 300 personas, mujeres, ancianos y niños inclusive, fueron asesinadas. En el caso de El Mozote, las víctimas ascendieron a más de 1000 habitantes de una comunidad evangélica, no organizada ni simpatizante de la guerrilla, pero ubicada al norte del departamento de Morazán, cerca de uno de los campamentos del FMLN. Unidades del Batallón Atlacatl —uno de los batallones especiales, entrenados y financiados por el ejército estadounidense— a cargo del general Domingo Monterrosa, tomaron el pueblo y los cantones aledaños durante tres días en los que se dedicaron a fusilar a uno por uno de los ancianos, mujeres, hombres y niños que allí habitaban⁷.

⁷ Comisión de La Verdad 1993

La Comisión de la Verdad para El Salvador, establecida por mandato de los Acuerdos de Paz en 1992 como grupo ad hoc para ofrecer herramientas que permitieran diagnosticar los daños ocasionados por el conflicto, documenta, con base en 22 mil testimonios, los hechos de violencia política perpetrados entre 1980 y 1991. El 70% de las denuncias por violaciones a los Derechos Humanos hacen referencia a acontecimientos ocurridos entre 1980 y 1984. El 85% de tales señalamientos implican a grupos militares y a escuadrones de la muerte, el 5% a miembros del FMLN y en el 10% de los casos no se logró establecer responsabilidad

2.4. Conformación del FMLN

La fundación del FMLN tuvo momentos previos, en diciembre de 1979, el PCS, las FPL y la RN constituyeron la Coordinadora Político Militar (CPM), cuyo primer manifiesto dejaba abierta la posibilidad de incorporación del resto de organizaciones de izquierda, a la vez que declaraba el carácter democrático de la revolución, sus fundamentos históricos, su orientación socialista y los contenidos programáticos inmediatos. Dan paso a la unificación de Cinco estructuras políticas dieron vida al FMLN: el Partido Comunista de El Salvador (PCS), las Fuerzas Populares de Liberación —Farabundo Martíll (FPL), el Ejército Revolucionario del Pueblo (ERP), la Resistencia Nacional (RN) y el Partido Revolucionario de los Trabajadores Centroamericanos (PRTC).

En enero de 1980, las organizaciones de masas de las cinco estructuras políticas antes mencionadas, crearon la Coordinadora Revolucionaria de Masas (CRM), que daría mayor impulso a las demandas populares que en ese momento inundaban las calles del país, confrontando y desafiando de manera directa la represión ordenada por el régimen militar. La dictadura creía de manera equivocada, que su política de terror y muerte acabaría debilitando el movimiento popular, que contrario a perder la moral, continuó

creciendo en militancia, coordinación y organización. El régimen ignoraba que el pueblo salvadoreño había tomado una decisión y no daría marcha atrás; se llegaría hasta las últimas consecuencias.

Algunos analistas del proceso salvadoreño (sobre todo los extranjeros) coinciden en subrayar la importancia del contexto regional y de los cambios en el orden internacional para poder comprenderlo a cabalidad. La contrarrevolución en Nicaragua y la contrainsurgencia en El Salvador formaron parte de la misma estrategia anticomunista diseñada y financiada por Estados Unidos. La millonaria injerencia de la primera potencia mundial en la crisis regional y la presión ejercida por la Casa Blanca sobre los países latinoamericanos para que sumaran esfuerzos en el objetivo de liquidar la supuesta amenaza soviética que se cernía sobre todo el continente, intensificó su magnitud hasta el punto de provocar la llamada —regionalización del conflicto.

La —ofensiva final o —general, llevada a cabo en enero de 1981, fracasó en su objetivo fundamental. Pero el afianzamiento de —zonas liberadas controladas por el FMLN a partir de agosto de ese mismo año en 5 departamentos (Morazán, Chalatenango, Cabañas, San Vicente y Cuscatlán), de un total de 14, y la incapacidad del ejército de asestar golpes contundentes a las fuerzas guerrilleras, mostraron que el FMLN estaba preparado para librar una guerra de larga data. La consolidación de esas retaguardias estratégicas, bajo la consigna de —resistir, desarrollarse y avanzar, trasladaron al campo el escenario de la confrontación. Si durante los setenta y el año de 1980 las tensiones políticas se habían desarrollado en las áreas urbanas, la guerra transcurrió en zonas rurales. Un estudio acerca del perfil de los grupos poblacionales más afectados por el conflicto ofrece datos reveladores al respecto. Señala, en primer lugar, a los parientes de soldados, en segundo lugar, a los campesinos arrendatarios de tierra y simpatizantes de la guerrilla y, en tercer lugar, a los profesionales, seguidos de los jornaleros y los trabajadores industriales

2.4.1 Conformación del Ejército de El Salvador

Por otro lado la creación del Ejército en El Salvador⁸ se remonta a la época adyacente a la independencia y se efectúa con el propósito específico de salvaguardar la libertad y la soberanía alcanzada a través del acta del 15 de septiembre de 1821. Especialmente, después de afrontar las huestes mexicanas del Emperador Agustín Iturbide que, al mando del Brigadier Vicente Filísola, intentaron anexas a las nuevas provincias libres, al ilegítimo imperio Mexicano.

Una vez retiradas las tropas de ocupación, en Guatemala, se emitió el siguiente Decreto Legislativo del 5 de agosto de 1823:

—La Asamblea Nacional Constituyente de las Provincias Unidas del Centro de América, considerando arreglar de algún modo la fuerza armada y prescribir el régimen militar que por ahora puede adoptarse; ha tenido a bien decretar y decreta:

1°. Habrá un comandante general de las armas en cada una de las Provincias Unidas del Centro de América.

2° Estos comandantes serán absolutamente independientes entre sí, y dependientes sólo del Supremo Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de la Guerra y de la Junta Consultiva de Guerra en los términos que este decreto expresal. (Hay siete artículos más en la presente ley).

El 05 de marzo de 1824 se instaló en San Salvador el Congreso Constituyente del Estado que inició su período de sesiones el 05 de marzo de 1824 y, el 18 de abril, después de su viaje por los Estados Unidos, asistió a sesión extraordinaria el coronel Manuel José Arce y estuvo también presente en las subsiguientes reuniones durante ese mes. En el informe presentado al Congreso por la mencionada Comisión, durante la sesión del 07 de mayo de 1824, se leyó sobre —el arreglo y organización de la fuerza que debe levantarse para el sostenimiento de la libertad y defensa de los derechos de los

⁸Teoría del Estado UTEC 2013

pueblos en cuya elaboración había puesto todo su empeño el coronel Arce. Este proyecto tuvo votos a favor y en contra, pero al final de la discusión parlamentaria los miembros del Congreso tuvieron a bien emitir la ley de creación de la Legión de la Libertad. Durante este período y ante la ausencia de militares de carrera, se permitió la incorporación de oficiales franceses como Raoul, Saget, Pierzon y Jonuma; de Colombia, llegaron Rafael y Guillermo Merino, extranjeros que contribuyeron a mantener el clima bélico y no de paz.

La Fuerza Armada de El Salvador, para el año de 1979, contaba con 16.108 efectivos, de los cuales 4.000 pertenecían a los Cuerpos de Seguridad Pública (CUSEP). El armamento y equipo en ese momento era en su mayor parte obsoleto, a excepción del adquirido para antes de la Guerra de las 100 Horas. Su preparación netamente militar estaba dirigida al entrenamiento para una guerra regular y con una preparación de contraguerrillas a nivel básico.

Su ordenamiento jurídico está basado en el Art. 212 de la Constitución de la República que expresa: —La Fuerza Armada tiene por misión la defensa de la soberanía del Estado y de la integridad del territorio. El Presidente de la República podrá disponer excepcionalmente de la Fuerza Armada para el mantenimiento de la paz interna, de acuerdo con lo dispuesto por esta Constitución. En 1979, El Salvador estaba envuelto en una crisis interna provocada por la violencia callejera de las masas. Paralelamente, se produjo el pronunciamiento militar del 15 de octubre y se integró una Junta Revolucionaria de Gobierno, en forma transitoria, mientras se establecían las condiciones necesarias para realizar elecciones auténticamente libres.

Sin embargo la violencia callejera y confrontación directa de las masas con el Gobierno recrudecieron. La crisis vino en aumento hasta transformarse en el conflicto más sangriento registrado en la historia de El Salvador y que se prolongó por doce años.

La Fuerza Armada, para darle cumplimiento al mandato constitucional de mantener la seguridad interna y apoyar el proceso democrático, efectuó cambios estratégicos dentro

de la estructura institucional. Las tres Brigadas de Infantería de 1979, totalizaron seis para 1985. Los Destacamentos de Frontera se convirtieron en siete Destacamentos Militares que fueron situados en cabeceras departamentales y presentaban mayor capacidad de combate debido al incremento de personal y armamento en las unidades de apoyo de combate, especialmente Artillería y Fuerza Aérea.

Ese incremento alcanzado en 1985, permitió contrarrestar el movimiento subversivo, que había experimentado abundante crecimiento en sus filas y, de manera interrumpida, recibía apoyo internacional creciente y de todo tipo. En el período de 1986 a 1991, las acciones terroristas experimentaron un alza notable tendiente al desgaste de la Fuerza Armada, por medio de minas, ataques a las instalaciones militares y sabotaje a la economía nacional, especialmente al sistema de energía eléctrica, transporte y propiedad privada. El apoyo de los países comunistas les permitió abastecerse de armamento sofisticado de gran alcance, especialmente misiles tierra aire SA-7 y SA-14.

Paradójicamente, a este incremento insurgente, tanto en su accionar como en la modernización armamentista, la Fuerza Armada no sufrió mayores cambios durante este período. Su número de efectivos alcanzó gran estabilidad. Para 1991 llegó a ser de 63.175 efectivos, considerándose que ha sido la mayor cantidad de efectivos que ha tenido la Fuerza Armada, contados entre miembros del Ejército, Fuerza Aérea, Fuerza Naval y Cuerpos de Seguridad.

2.4.2 Acuerdos de Paz

En el mismo período, específicamente el 4 de abril de 1990, en Ginebra, Suiza, el Gobierno de la República, se comprometió a finalizar el conflicto armado por la vía política, al más corto plazo.

De esta manera inicia el proceso de negociación con la insurgencia; las reuniones se llevan a cabo en San José Costa Rica; Caracas, Venezuela; México D. F. y en Nueva York. En ellas dio inicio un difícil y prolongado diálogo, promovido por el Gobierno,

que llegó a su feliz término con la firma de los Acuerdos de Paz, efectuada en Castillo de Chapultepec, México el 16 de enero de 1992.

Uno de los aspectos medulares del acuerdo lo constituyó el Plan de Reorganización de la Fuerza Armada, que consideraba una reducción progresiva hasta un 50.2% de su totalidad. Su reducción incluyó: organización, unidades, personal, material, equipo, instalaciones, estructuras administrativas y de servicio. Al finalizar el año 1992, se tenían únicamente, 37,800 efectivos.

De los Cuerpos de Seguridad, el último desmovilizado fue la Policía Nacional que cesó sus funciones hasta el 31 de diciembre de 1994 debido a la necesidad de la recién creada Policía Nacional Civil (PNC), en el trabajo requerido por el auge delincencial de esa época. El 31 de diciembre de 1992, fue suprimido el Centro de Estudios de la Fuerza Armada (CEFA) y, en su lugar, se creó el Comando de Doctrina y Educación Militar (CODEM), dependencia del Estado Mayor Conjunto de la Fuerza Armada. El CODEM es el organismo rector de Sistema Educativo de la Fuerza Armada (SEFA), que fue definido en los artículos 212 y 213 de la Reforma Constitucional, acordada en abril de 1991 y reestructurado el 6 de mayo de 1994.

2.4.3 Población tras post-guerra

Se estima que la guerra en El Salvador 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.

Los fusiles se callaron en junio del 82 pero para muchos veteranos la lucha aún no terminó. Son los que padecen en su psiquis las huellas dejadas por la exposición constante a la posibilidad de morir en combate, o peor aún morir sin enterarse o sin poder defenderse, como puede ser el caso de un bombardeo o un ataque sorpresa.

La OMS calcula que, en este tipo de conflictos, el 10% de las personas que viven experiencias traumáticas suelen sufrir graves problemas de salud mental y otro 10%, comportamientos que dificultarán su capacidad para vivir con normalidad.

En el país son pocos o casi nulos los estudios sobre el tema y las intervenciones por parte del estado en dicha población; es hasta en 2009 que nace la Unidad por el Derecho a la Salud y Atención a la Persona Veterana de Guerra, en adelante UDS-AVG (cabe mencionar que este programa inicialmente solo incluye a los veteranos que participaron en la guerrilla, excluyendo así a aquellos que combatieron como miembros de la Fuerza Armada de El Salvador), siendo esta una dependencia del Viceministerio de Servicios de Salud, que es creado 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. En este sentido, la creación de la UDS-AVG está fundamentada en la Política Nacional de Salud en la estrategia 8.6, que dice: —El Sistema garantizará los mecanismos necesarios para la denuncia y reparación de las víctimas de violaciones del derecho a la salud; en la estrategia N° 17, que dice: —Asumir la responsabilidad del Estado en la prevención de la discapacidad, así como en la atención, rehabilitación integral, inserción y reinserción social de las personas con discapacidad; así como al Decreto Ejecutivo N° 57, de mayo del 2010, sobre la creación

de la —Comisión nacional de reparación a las víctimas de violaciones a los derechos humanos, ocurridas en el contexto del conflicto armado interno; y al anuncio presidencial del enero de 2012, sobre la implementación de la —atención médica a la persona veterana de guerra.

2.5 Marco Referencial.

Cacaopera es un municipio del departamento de Morazán en El Salvador. Limita al norte con Joateca y Corinto; al este con Corinto; al sur con Sociedad y Lolotiquillo y al oeste con Yoloaiquín, Delicias de Concepción, Osicala y Meanguera.

Cacaopera⁹ tiene una extensión territorial de 135.73 kilómetros cuadrados, tiene una población de 10,943 habitantes, según el censo poblacional de 2007 y se encuentra a 520 metros de altura sobre el nivel del mar.

Posee el título de Ciudad, concedido en 1998 y se encuentra a una distancia de 178 kilómetros de San Salvador.

2.5.1 Origen y Etimología.

Cacaopera es pueblo de origen precolombino, pues ya existía en los duros momentos de la conquista hispánica. Fundado en tiempos inmemoriales y habitado por indios ulúas o taulepaulúas, su nombre significa, en el idioma de estos aborígenes, "huerta o muralla de cacao", ya que procede de las raíces *cacau*, cacao (voz prestada al idioma maya arcaico); *ypera*, huerta, muralla. En 1550 tenía este pueblo alrededor de 150 habitantes, y según versiones tradicionales, que recogió el doctor Santiago Ignacio Barberena, "se supone que los cacaoperas habitaban a principios del siglo XVII el local en que está hoy ubicado el pueblo de que tratamos (Delicias de Concepción) y que después lo

⁹ ISDEM (Instituto Salvadoreño del Desarrollo Local) 2014

abandonaron por escasez de agua. Se agrega que una parte de los emigrantes se fijó en el actual Cacaopera y la otra pasó adelante del cerro de Babilonia y fundó Lislique; como prueba se aduce la identidad de idioma y costumbre de ambos pueblos".

2.5.2 Historia Colonial.

En 1740 esta población tenía 43 indígenas tributarios (unos 215 habitantes), según el alcalde mayor de San Salvador don Manuel de Gálvez Corral. En los autos de visita del arzobispo Pedro Cortés y Larraz figura en 1770 como pueblo anejo del curato de Ozicala, con 526 habitantes repartidos en 100 familias. Ingresó, en 1786, en el partido de Gotera, y en 1807 su población aborigen ascendía a 874 almas según el intendente don Antonio Gutiérrez y Ulloa.

2.5.3 Administración.

Para su administración Cacaopera se encuentra dividido en 7 cantones y 63 caseríos. Siendo sus cantones:

- | | |
|----------------|--------------|
| 1. Agua Blanca | 5. Junquillo |
| 2. Calavera | 6. Ocotillo |
| 3. Estancia | 7. Sunsulaca |
| 4. Guachipilin | |

CAPITULO III. Hipótesis

Los usuarios del programa de veteranos de Guerra que consultan en Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Cacaopera adolecen trastornos psiquiátricos.

CAPITULO IV. Diseño Metodológico

4.1 Tipo de Investigación

Esta investigación sobre los trastornos psiquiátricos en usuarios del programa de veteranos de guerra en UCSF Cacaopera, se realizara, utilizando el tipo de investigación descriptiva de corte transversal.

4.2 Periodo de Investigación

Este estudio se realizó durante el año 2016 comprendiendo dos etapas la fase de campo donde se tomarón las muestra durante los meses Junio – Julio y la fase de análisis durante los meses Julio - Agosto.

4.3 Metrología de Campo

4.3.1 Universo de la Población

Usuarios del programa veteranos de guerra en la unidad de Salud de Cacaopera, Morazán.

4.3.2 Muestra

Utilizamos una muestra del 20% del universo total que es 250 usuarios inscritos en el programa de Veteranos de guerra. Por lo cual la muestra total es 50. Dicha muestra tomada por conveniencia, debido a que la mayor concentración de veteranos de guerra viven en Cacaopera, además dicho territorio sufrió con mayor intensidad el combate.

4.3.3 Criterios de Inclusión

1. Veteranos de Guerra Usuarios del programa en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Cacaoopera, Morazán.
2. Aceptantes de proyecto en estudio.

4.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLE INDEPENDIENTES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR	INSTRUMENTO
Trastornos psiquiátricos en usuarios del programa Veteranos de Guerra que consultan en UCSF Cacaopera.	<p>1 Identificar los trastornos psiquiátricos más frecuentes en usuarios del programa veteranos de guerra que consultan en UCSFI de Cacaopera.</p> <p>2 Conocer la edad de incorporación de los veteranos de guerra en estudio al conflicto armado de El Salvador.</p> <p>3 Determinar el tiempo como combatientes en la guerrilla de Los Veteranos de Guerra.</p> <p>4 Indagar si existen secuelas físicas en veteranos de guerra, debido al conflicto armado.</p> <p>5 Identificar antecedentes familiares de trastornos mentales en los sujetos de estudio.</p>	<p>Veterano de Guerra: Veterano del latín Vetus una persona que tiene experiencia en un área particula, referido especialmente a las personas retiradas en las fuerzas armadas y muy especialmente a personas que son soldados supervivientes de algún conflicto.</p> <p>Edad: con origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.</p> <p>Sexo: Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.</p> <p>Antecedentes: Que antecede en el tiempo o en el espacio a otra cosa o persona que se toma como referencia</p> <p>Sintomatología: síntoma es la referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad.</p> <p>Signo: son las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables, y observadas en la exploración médica. La Semiología clínica es la disciplina de la que se vale el médico para indagar, mediante el examen psicofísico del paciente.</p> <p>Tiempo de Evolución: Evolución proviene del latín y hace referencia al cambio de condición, que da origen a una nueva forma de determinado objeto de estudio.</p>	Veterano de guerra.		Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. MINI Encuesta.
			Edad.	40-80 rango de edad.	
			Sexo.	Masculino/femenino	
			Sintomatología.	<p>Llanto.</p> <p>Taquicardia.</p> <p>Dolor de cabeza.</p> <p>Agitación o excitabilidad.</p> <p>Mareo.</p> <p>Sudoración</p> <p>Alucinaciones auditivas/visuales.</p> <p>Dificultad para conciliar el sueño.</p> <p>Reviviscencia del hecho.</p> <p>Hiperexcitación</p> <p>Evasión.</p> <p>Ansiedad, estrés y tensión:</p>	
			Tiempo de evolución	<p><5 años</p> <p>5-10 años</p> <p>>10 años</p>	
			Consultas y reportes.		

4.5 Fuente de Información.

PRIMARIAS:

Veteranos de guerra usuarios del programa en unidad de salud de Cacaopera.

4.5.1 Técnicas de Recolección de la Información

La técnica que se utilizó para la recolección de información son las siguientes:

- a) **La Observación Directa:** Es la acción de observar y es el hecho de analizar, examinar, advertir o estudiar la problemática con la finalidad de buscar la opción más óptima al problema en estudio.

- b) **Cuestionario:** Está conformada por una serie de preguntas puntuales que nos permitirá tomar de base toda la información de las respuestas tabuladas de la encuesta, se elaborara una tabla de resultados seguido de gráficos para un análisis e interpretación más objetivo de los resultados recabados

- c) **Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. MINI:** La cual es una entrevista breve y altamente estructurada de los principales trastornos psiquiátricos de la CIE-10 y DSM-IV para ser empleado por psiquiatras y médicos no psiquiatras.

4.5.2 Herramientas para la Obtención de la Información.

La recolección de datos se hizo de forma personalizada por parte de los veteranos de guerra colaboradores a estudio, dando respuesta a las preguntas de cuestionario y entrevista.

MECANISMO DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE DATOS.

Nosotros como responsables de la investigación correspondiente a Trastornos psiquiátricos en usuarios de programa veteranos de guerra en la Unidad de Salud del Municipio de Cacaopera, Morazán; poseemos la obligación de respetar la confidencialidad de la información obtenida en el desarrollo del instrumento, su posterior estudio, la transferencia del conocimiento a la sociedad y la extensión universitaria, con la finalidad exclusiva de concientizar a los organismos correspondientes y así lograr beneficios para las personas sujetas a estudio.

4.6 Metodología de Análisis

Para analizar los datos recolectados en la encuesta aplicada, así como los obtenidos de manera documental mediante el análisis de los datos del Plan de Trabajo actual y la aplicación de la matriz de congruencia, se hará uso de herramientas de estadística descriptiva tales como la obtención de la media de respuestas del grupo sujeto a estudio y el análisis gráfico de cada una de las preguntas, ya que, nuestra investigación será de tipo exploratoria y descriptiva.

CAPITULO V. Resultados.

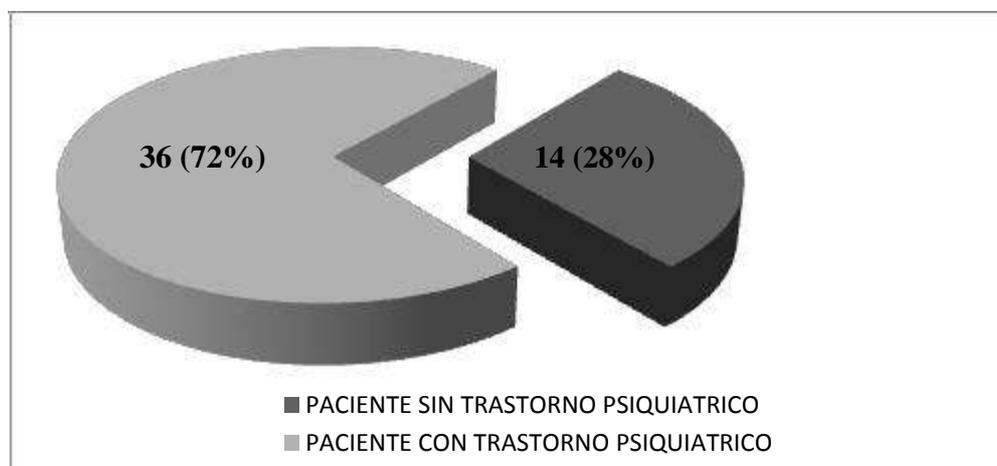
Durante el estudio realizado en el Municipio de Cacaopera durante el periodo de junio – julio en 36 hombres y 14 mujeres con una población total de 50 usuarios del Programa de Veteranos de Guerra, posterior a recolectar la información mediante cuestionario para determinar características sociodemográficas elaborado por el grupo de investigación y otros factores de interés para la investigación y además recolección de información mediante MINI Entrevista Neuropsiquiatrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview) la cual es una entrevista breve y altamente estructurada de los principales Trastornos Psiquiátricos de la CIE-10 y DSM-IV, un instrumento de detección y orientación diagnóstica Psiquiátrica elaborada por Y. Lecrubier y col. de la "Salpêtrière" de Paris y D. Scheehan y col de la Universidad de Florida en Tampa en los años 1992, 1994 y 1998, para ser empleada por Médicos Psiquiatras y no Psiquiatras; Con el objetivo de determinar los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la población en estudio.

A continuación se detallan los resultados obtenidos.

5.1 GRAFICA No. 1. Usuarios del Programa Veteranos de Guerra que consultan en UCSF de Cacaopera en quienes se detecto algun tipo de Trastorno Psiquiatrico.

(ver tabla 1).

PACIENTES CON TRASTORNO PSIQUIATRICO

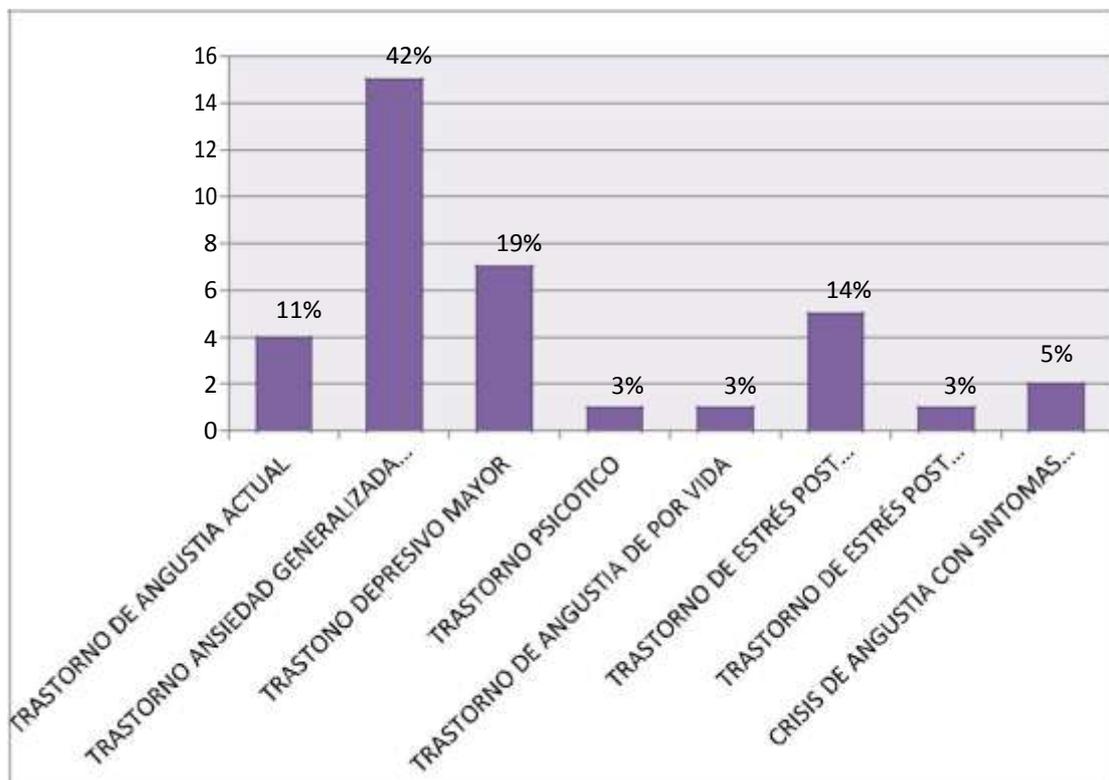


Fuente: instrumento de investigación.

Del total de usuarios del PVG en UCSF Cacaopera tal como se muestra en la grafica; 36 de un total de 50 personas presentan algun tipo de Trastorno Psiquiatrico, podemos concluir que de alguna forma la exposicion a un evento traumatico es de por si un factor de riesgo para desarrollar un desvalance Psiquiatrico, ya es conocido de tiempo atrás que mas que la exposicion a un evento estresante; hay otros factores que intervienen en el desarrollo de un Trastorno Psiquiatrico tales como el tiempo de exposicion a eventos estresantes asi como tambien la capacidad de adaptacion y respuesta a dicho estresor por la persona. Como factor en comun las personas en estudio esta el hecho de haber sido participe de forma activa en el Conflicto Armado de El Salvador.

5.2 GRAFICA No. 2. Trastornos Psiquiátricos más frecuentes en usuarios del Programa Veteranos de Guerra que consultan en UCSF de Cacaopera. (Ver tabla 2).

TRASTORNOS PSIQUIATRICOS MÁS FRECUENTES EN LOS USUARIOS DEL PVG EN UCSF CACAOPERA QUE PRESENTAN ALGUN TIPO DE TRASTORNO

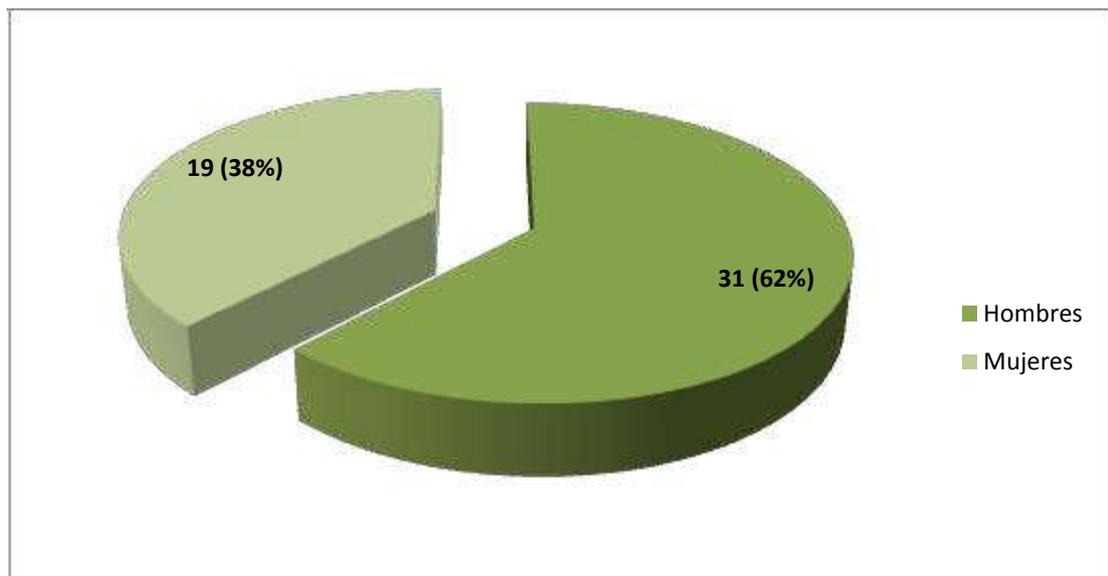


Fuente: instrumento de investigación.

Del total de pacientes que presentaron algún tipo de trastorno psiquiátrico (36 de una muestra total de 50 usuarios) se procede a determinar los tipos de trastornos más frecuentes. El Trastorno Psiquiátrico más frecuente en la población en estudio es el Trastorno de ansiedad generalizada como se puede apreciar en la gráfica 2, seguido por Trastorno depresivo mayor y el Trastorno de estrés post traumático que ocupan el segundo y tercer lugar respectivamente. Contrario a literatura internacional que concluye en que el Trastorno más frecuente en Veteranos de Guerra es el Estrés post traumático, dicho punto se discute en capítulo VI.

5.3 GRAFICA NO. 3 GENERO DE USUARIOS EN ESTUDIO.

GENERO DE USUARIOS DEL PVG QUE CONSULTAN EN UCSF
CACAOPELA EN ESTUDIO



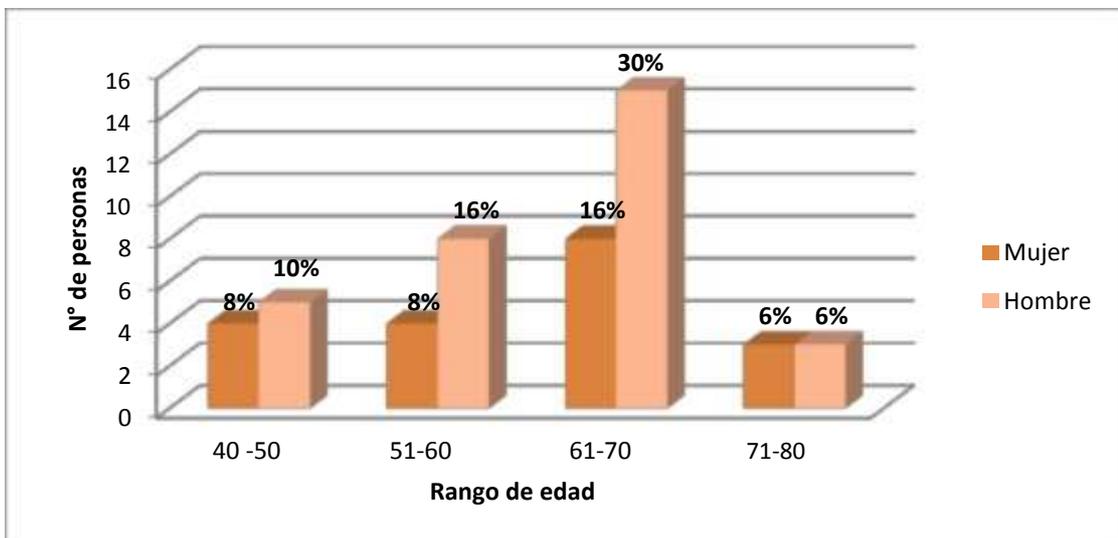
Fuente: instrumento de investigación.

El mayor porcentaje de usuarios en estudio son hombres (ver tabla 3) esto puede explicarse porque en la Guerra civil la guerrilla incorporaba a combatir a hombres y si bien habían mujeres estas se dedicaban más a proveer de alimentos, curar heridos y otras actividades, otro factor que puede estar relacionado es que el censo de Veteranos de Guerra se realizó por medio de un llamado a estos a que se presentaran a las instituciones pertinentes es posible que muchas mujeres no acudieran a tal

llamado por falta de interés, por ser amas de casa y no poder asistir o porque simplemente quieren dejar atrás el hecho.

5.4 GRAFICA No. 4 EDAD DE EXCOMBATIENTES DEL PVG EN UCSF CACAOPERA SUJETOS A ESTUDIO.

EDAD DE EXCOMBATIENTES POR GÉNERO

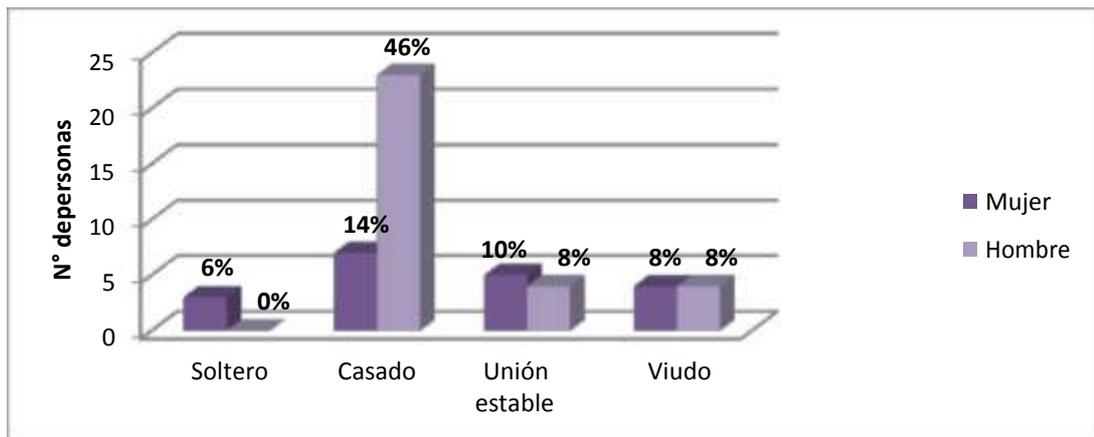


Fuente: instrumento de investigación.

Los sujetos en estudio se incorporaron a la guerra cuando tenían aproximadamente 20 años de edad eran unos jóvenes con miedo pero a la vez con deseos y esperanzas de cambiar el contexto social en el que vivían, lo cual tiene relación con los trastornos psiquiátricos encontrados y la cantidad de años que combatieron ya que estos van desde los 8 años hasta los 12 años de entrega y dedicación al combate armado; por lo tanto a la fecha el rango de edad más frecuente a la fecha es de 61 a 70 años de edad. (ver tabla4).

5.5 GRAFICA No 5 ESTADO CIVIL DE POBLACION EN ESTUDIO.

ESTADO CIVIL DE USUARIOS DEL PVG EN UCSF CACAOPERA

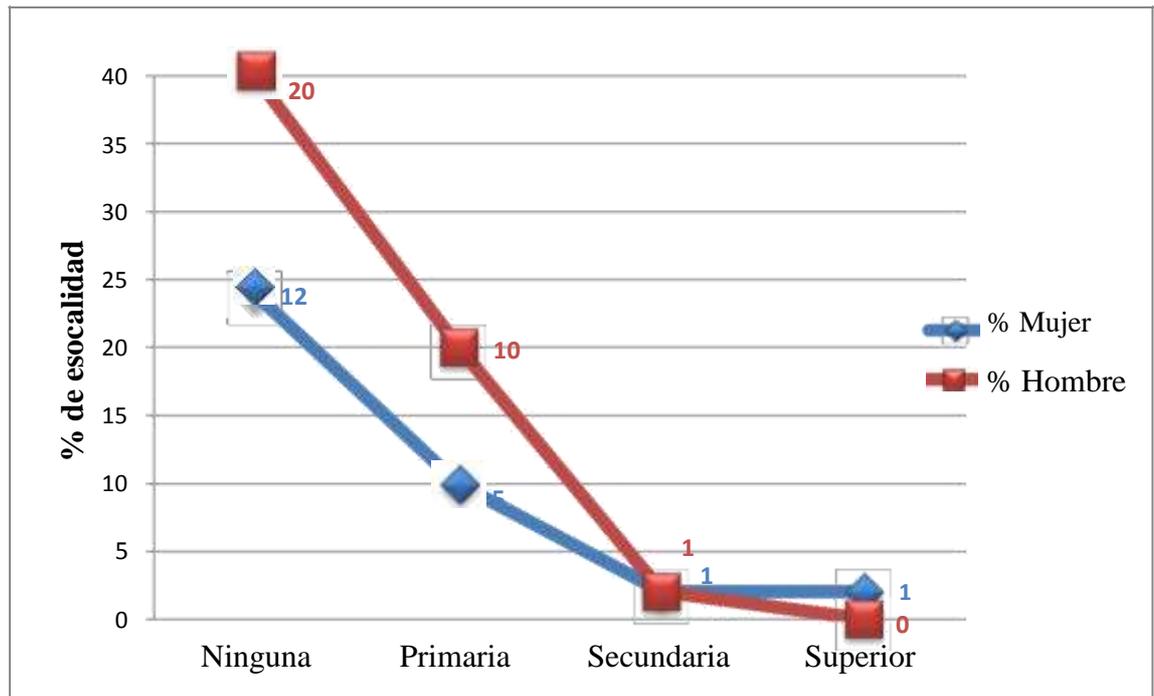


Fuente: instrumento de investigación.

A pesar del número de personas o el grado de afectación de estas durante el periodo que combatieron durante la guerra podemos decir que han podido rehacer sus vidas posterior a esto, ya que tenemos que la mayoría se encuentran casados, por otro lado las personas que se encuentran solteras se relacionan con la separación de los seres queridos, el aburrimiento, la baja autoestima, la falta de cohesión grupal y de apoyo social, más que con la lucha y el combate activo. (ver tabla 5).

5.6 GRAFICA No 6. ESCOLARIDAD.

NIVEL DE ESCOLARIDAD DE USUARIOS DE PVG EN UCSF CACAOPERA
POR GÉNERO.

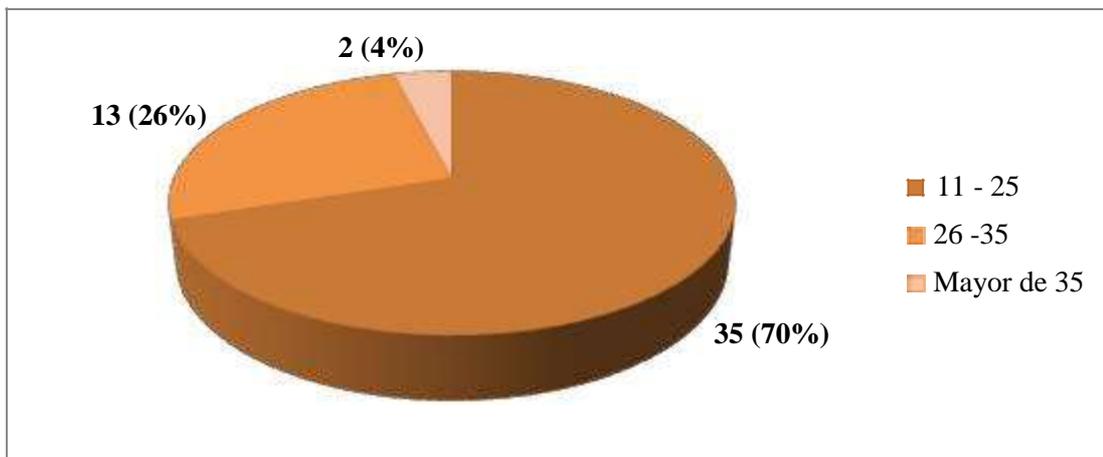


Fuente: instrumento de investigación.

La mayoría presenta un bajo nivel de escolaridad lo que pudo haber sido un factor para que estas personas fueran fáciles de manipular y así incorporar a la Guerrilla. Dentro de las causas que muchos usuarios en estudio mencionaron es el nivel de pobreza, la analfabetización de sus padres, el machismo, el difícil acceso a los centros educativos; como causas de deserción escolar. Podemos apreciar que solo una persona del total de la población en estudio realiza estudios superiores, el resto se encuentra en el área básica de educación. Además se puede evidenciar que los hombres tienen mayor escolaridad que las mujeres en estudio (tabla 6); esto no se puede generalizar ya que en la investigación los sujetos en estudio el mayor porcentaje eran hombres (gráfica 3).

5.7 GRAFICA No. 7 EDAD DE INCORPORACION A LA GUERRILLA

EDAD DE USUARIOS DE PVG EN ESTUDIO EN QUE SE INCORPORARON A LA GUERRA CIVIL POR PARTE DE LA GUERRILLA

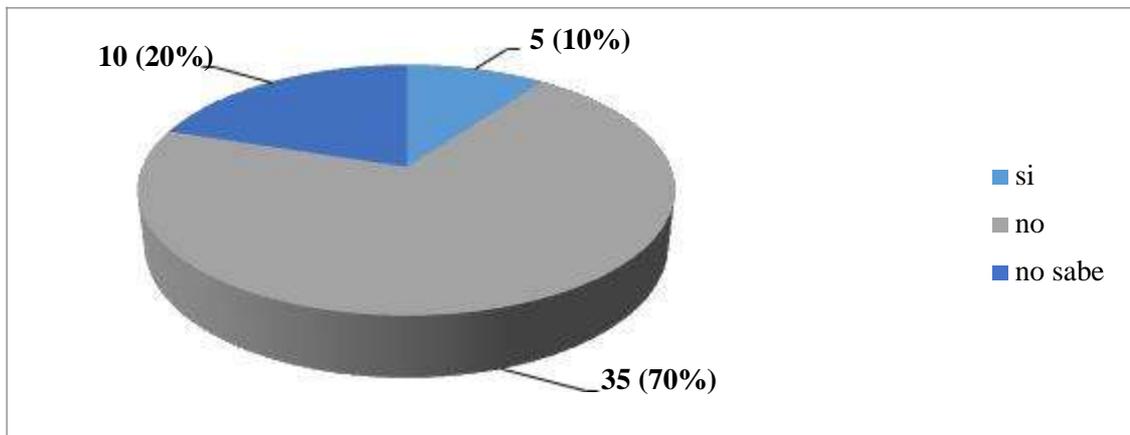


Fuente: instrumento de investigación.

Los excombatientes de la comunidad se involucraron en el conflicto armado la gran mayoría en edad temprana (tabla 7) motivados en gran medida a circunstancias de represión y persecución por parte de los grupos armados del gobierno y de las cuales fueron víctimas en plano individual, familiar y comunitario, esto les llevo a tomar conciencia de la necesidad de luchar contra las injusticias a las cuales estaban sometidos por el simple hecho ser jóvenes y campesinos, se podría decir que en esta comunidad el factor ideológico promovió entre los jóvenes que estos se incorporaran a la causa de la revolución.

5.8 GRAFICA No. 8 ANTECEDENTE FAMILIAR DE ENFERMEDAD PSIQUIATRICA.

USUARIOS EN ESTUDIO CON ANTECEDENTE FAMILIAR DE ENFERMEDAD PSIQUIATRICA

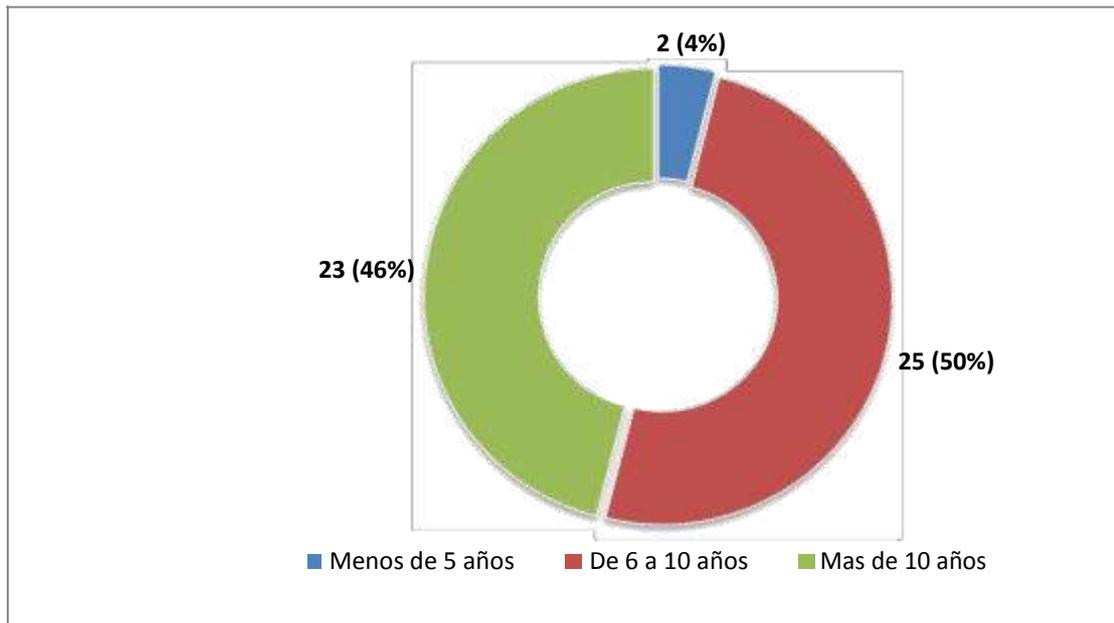


Fuente: instrumento de investigación.

A pesar de haber obtenido mayoritariamente respuestas negativas sobre problemas psiquiátricos en sus familias, encontramos 5 personas que respondieron positivamente a esta pregunta (tabla 8), Sabemos la importancia que juega el papel del antecedente familiar en enfermedades psiquiátricas, sin embargo de las personas con antecedente familiar solo dos de ellas presentaron algún Trastorno Psiquiátrico por ende no se puede concluir que el antecedente familiar tenga más peso que el evento estresante del Conflicto Armado.

5.9 GRAFICA No. 9 TIEMPO DE PARTICIPACION ACTIVA.

AÑOS QUE COMBATIERON EN LA GUERRA CIVIL DE EL SALVADOR EN USUARIOS PVG DE CACAOPERA



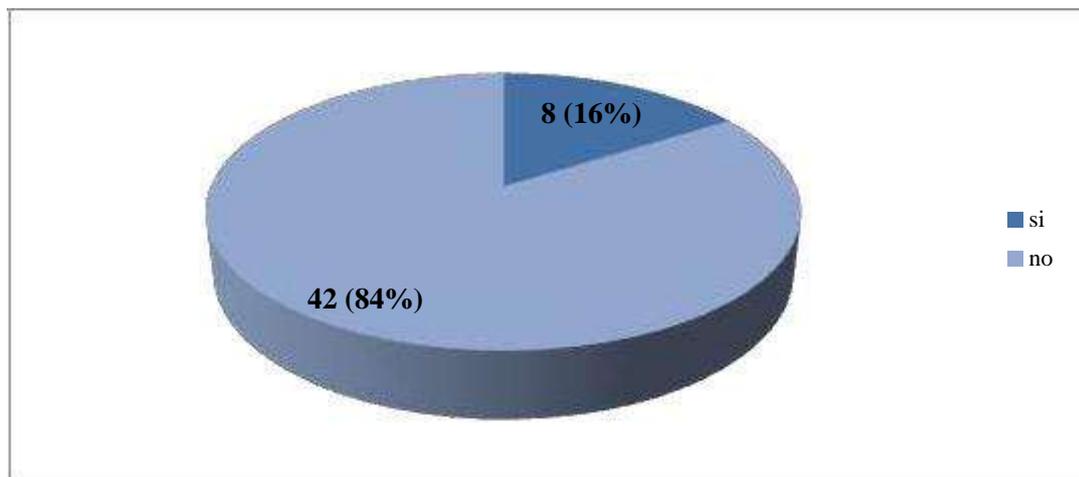
Fuente: instrumento de investigación.

Conocer los años de involucramiento en el combate o colaboración de los sujetos de esta comunidad en la milicia guerrillera, ha sido fundamental para conocer los trastornos más frecuentes pues se presupone que a más años de combate más fue la exposición a vivencias de eventos traumáticos aunque claro esta cabe mencionar que también se debe tomar en cuenta otros aspectos como el apoyo y grado de cohesión familiar, capacitaciones recibidas, nivel de organización de la comunidad, nivel de adaptación, reinserción a la sociedad entre otros factores.

La mayoría 25 personas permanecieron entre 6 a 10 años (tabla 9) dentro de estos se menciona que muchos estaban indecisos en cuanto su participación.

5.10 GRAFICA No. 10 SECUELAS FISICAS

USUARIOS DE PVG EN ESTUDIO QUE PRESENTAN SECUELA FISICA SECUNDARIA A SU PARTICIPACION EN EL CONFLICTO ARMADO

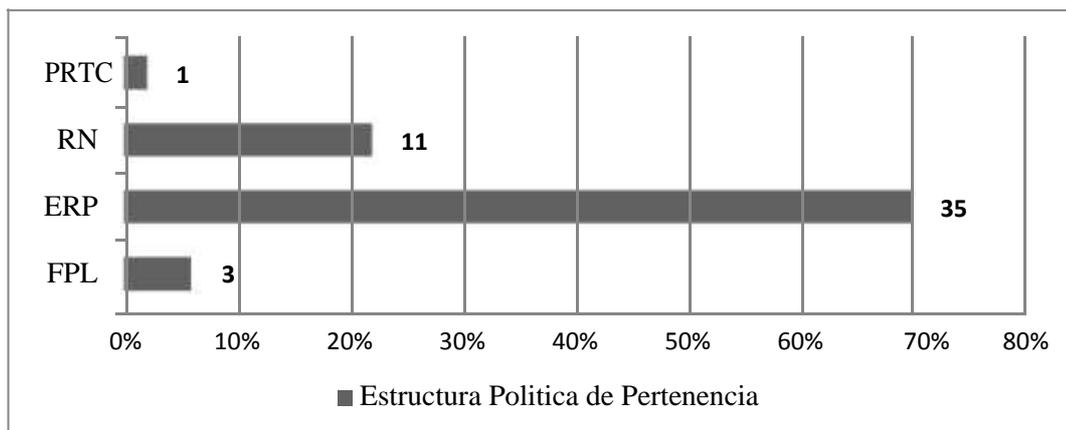


Fuente: instrumento de investigación.

Entre las discapacidades más frecuentes referidas por los sujetos en estudio están las esquirlas de balas en su cuerpo y amputaciones de alguno de sus miembros, habiendo sido personas que han servido a esta nación fielmente y con distinción. Nuestros veteranos de guerra quieren trabajar, con la misma dignidad y respeto que merecen otras personas. Pero hacerlo puede ser difícil, si no imposible en algunas ocasiones, viviendo además con requisitos especiales. (Tabla 10).

5.11 GRAFICA No 11 ESTRUCTURA POLITICA A LA QUE PERTENECIERON

ESTRUCTURA POLITICA A LA QUE PERTENECIERON LOS USUARIOS DE PVG EN ESTUDIO

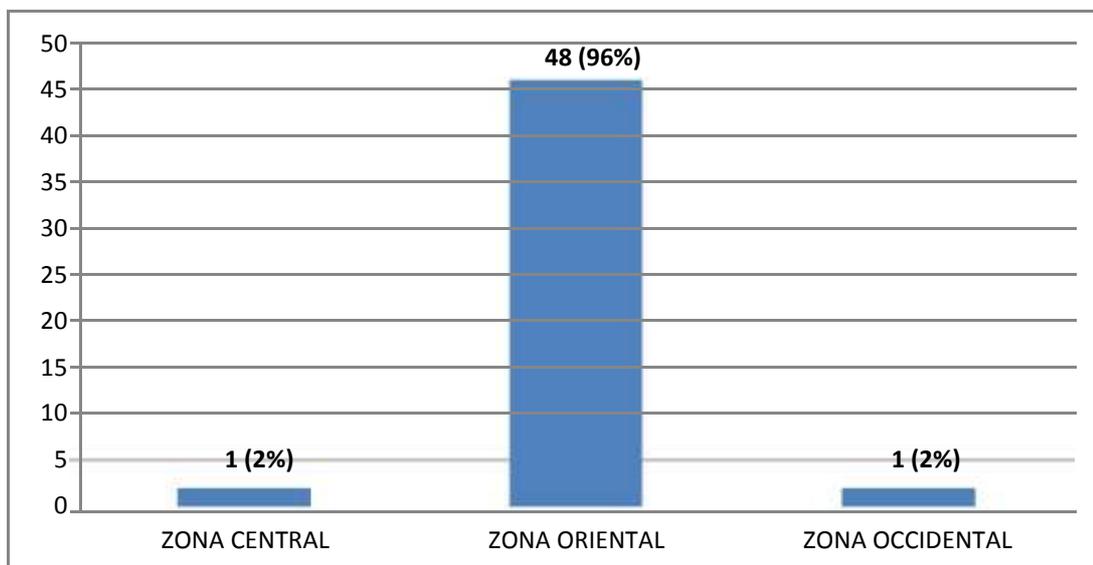


Fuente: instrumento de investigación.

Es importante destacar que el ERP fue una de las estructuras dentro del FMLN más señaladas por las tácticas guerrilleras aplicadas en el campo de batalla, pero también fue una de las organizaciones del FMLN que usó el arma cultural como método para transmitir sus ideas políticas, entre estas actividades está la fundación de Radio Venceremos, una emisora totalmente guerrillera, estos sujetos provenían de familias pobres y explotadas por los terratenientes y estaban cansados de los abusos, explotación y represión; situación que los llevo a tomar la determinación de luchar por tratar de cambiar su realidad. El conocer la Estructura Política a la que pertenecieron los veteranos en estudio nos da un preámbulo de su ideología, personalidad entre otros aspectos que pueden ser clave en el desarrollo de Trastornos Psiquiátricos. (Tabla 10).

5.12 GRAFICA No. 12 ZONA DEL PAIS EN QUE COMBATIERON

ZONA DEL PAIS EN QUE COMBATIERON LOS VETERANOS EN ESTUDIO



Fuente: instrumento de investigación.

El mayor movimiento de los veteranos en estudio se llevó a cabo en la zona oriental del menor porcentaje que combatió en otras zonas algunos fueron jefes de grupo y otros por cambio de domicilio de origen. (Tabla 11).

Zona Oriental: siendo sus principales bases en los departamentos de Usulután, Morazán y San Miguel, llevando el nombre de Francisco Sánchez, dirigente campesino, dividiéndose además dos frentes el frente Nororiental y el Suroriental el primero tenía su centro de gravitación en una extensa zona de control ubicada al norte del departamento de Morazán, quienes peleaban por la injusticia social de siglos.

CAPITULO VI. Discusión

A lo largo de la historia muchas investigaciones y teorías han surgido respecto al tema en estudio, dentro de la información global se puede encontrar que muchos autores coinciden en que los Trastornos Psiquiátricos en Veteranos de Guerra es el Stress Post Traumático, concepto que en tiempos antiguos fue conocido como ``corazón irritable``, ``corazón de soldado``, ``Shell shock``.

Sin embargo en el estudio realizado se puede concluir que el diagnóstico más frecuente es el de Ansiedad generalizada actual y en segundo lugar el trastorno depresivo mayor, de esto podemos mencionar que estos dos diagnósticos pueden ser muy generalizados es decir que dentro del Diagnóstico de Ansiedad y de Depresión puede englobar síntomas de un Stress Post traumático siendo el trastorno de Ansiedad una forma de manifestar el ya mencionado Stress Post Traumático. Debido a la falta de estudios sobre el tema en el país no se puede hacer una comparación interna ni mucho menos con años anteriores, uno de los cuales es justificación de este estudio; el poder ser de los primeros estudios sobre el tema en el país para servir de parámetro para investigaciones futuras.

-Además otro punto interesante es que si bien se encontró que el género predominante que presenta algún tipo de Trastorno Psiquiátrico en estudio fue el masculino; no se debe caer en sesgo e interpretar como este el más afectado ya que se pueden tomar en cuenta los siguientes factores:

-Dentro de la población en estudio se incluyó más hombres que mujeres.

Uno de los criterios de inclusión es que haya sido participe de la guerrilla en el conflicto armado.

-Los listados actuales de los veteranos de guerra no se ha realizado como búsqueda activa sino más bien los usuarios han acudido al llamado, y es posible que gran parte de la población femenina involucrada no esté interesada en ser partícipe de un Programa así.

Si bien no todos los instrumentos son exactos el instrumento utilizado Mini test de Entrevista Neuropsiquiátrica según estudios internacionales tiene una sensibilidad de 97% es decir que con un estándar de error menor de 5, es aceptable.

Queda a futuras investigaciones el hacer estudios comparativos dentro de las diferentes zonas del país para avanzar en investigación y sobre todo la búsqueda de intervenciones pertinentes para la problemática planteada.

Otro aspecto a considerar de la discrepancia en los resultados del estudio en comparación con la literatura global se encuentre la evolución de cómo se van presentando los síntomas en los afectados y así la existencia de muchos debates en cuanto su etiología ¿será el propio antecedente de exposición a un evento estresante el que cause la presentación del cuadro clínico? Es importante que no baste el hecho de la exposición a un evento estresante sino también la forma de asimilar el evento que es diferente en cada individuo.

CAPITULO VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7. 1. Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos mediante el instrumento (entrevista y cuestionario) a la muestra representativa de usuarios del Programa de Veteranos de Guerra que consultan en UCSF Cacaopera en el periodo de junio a agosto del presente año; se plantean las siguientes conclusiones:

Los resultados de la *investigación* confirmaron nuestra hipótesis *de* trabajo, "Los usuarios del programa de veteranos de guerra que consultan en la UCSF de Cacaopera adolecen algún tipo de trastorno psiquiátrico"

El total de pacientes en los que se identificó algún tipo de trastorno Psiquiátrico fueron 36 el cual representa un porcentaje del 72%.

El total de pacientes en los que no se identificó algún tipo de trastorno psiquiátrico fueron 14, los cuales representan el 28%.

De los pacientes que presentaron algún tipo de trastorno psiquiátrico, los trastornos psiquiátricos encontrados en orden de mayor a menor frecuencia se desglosa de la siguiente manera:

Trastorno de ansiedad generalizada actual

42% Trastorno depresivo mayor 19%

Trastorno de stress post traumático 14%

Trastorno de angustia actual 11%

Crisis de angustia con síntomas limitados actual 5%

Trastorno psicótico 3%

Trastorno de angustia de por vida 3%

Trastorno de stress post traumático actual 3%

De estos un mayor porcentaje fueron veteranos del sexo masculino representando un 67% y el resto 33% del sexo femenino.

La mayor parte de los Veteranos en estudio ingreso a las filas del conflicto armado en el rango de edad de 11-25 años de edad representando un 70% de la población en estudio. Esto nos hace pensar que la mayoría de ellos eran adolescentes, edades que pueden ser frágiles de ser influenciados por otros factores, edades en las cuales la persona no tiene una madurez psicológica adecuada para tomar dichas decisiones.

Los Veteranos en estudio mediante la recopilación de los datos el mayor porcentaje (50%) mantuvo una participación activa en el conflicto armado en un rango de 6 a 10 años, en segundo lugar está el grupo que permaneció activo más de 10 años, y en tercer lugar el grupo que permaneció activo menos de 5 años; representando un 46% y 4% respectivamente. Esto nos da una pauta para interpretar la frecuencia elevada de los mismos en presentar algún tipo de trastorno psiquiátrico que se ve íntimamente relacionado en cuanto al tiempo de exposición de un evento estresante cualquiera; el cual puede determinarse como un factor de riesgo para dichos trastornos.

Un 16% de los Veteranos en estudio presenta algún tipo de discapacidad física secundario a su participación activa en el Conflicto armado; pese a este bajo porcentaje de secuelas físicas se identificó un gran número de trastornos psiquiátricos en estos, por lo tanto podemos concluir en que la secuela física no está al menos en la totalidad de los casos; relacionado con el trastorno psiquiátrico presentado.

Del total de Veteranos en estudio un 10% tiene el antecedente familiar de trastorno psiquiátrico, un 70% respondió no tener antecedente familiar de trastorno psiquiátrico y un 20% dijo no saber si algún familiar sufre de algún trastorno psiquiátrico.

De los Veteranos que tiene el antecedente familiar de Trastorno psiquiátrico todos presentan un trastorno psiquiátrico; sin embargo del total de pacientes con trastorno psiquiátrico los que tienen el antecedente familiar representan un porcentaje mínimo (13.8%) y el resto de ellos (86.2%); por lo tanto es difícil relacionar los trastornos psiquiátricos de los veteranos de guerra al factor único de antecedente familiar.

7.2 Recomendaciones

Al Ministerio de Salud de El Salvador:

- Crear equipos de personal capacitado en la especialidad de psiquiatría con médicos psiquiatras, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales que de manera conjunta brinden atención adecuada a veteranos de guerra.
- Contar con los medicamentos básicos para el tratamiento de las diferentes patologías psiquiátricas.
- Impulsar programas de reinserción social para los Veteranos de Guerra en la comunidad de Cacaopera.
- Gestionar con la Unidad de Salud de Cacaopera la entrega de prótesis a ex combatientes que las necesiten.

Las organizaciones no gubernamentales.

- Continuar con el apoyo brindado a estas comunidades, ejecutando programas que impulsen y desafíen una mejor calidad de vida para los habitantes de estas comunidades.

A las comunidades:

- Se debe fortalecer la organización comunitaria, creando Clubes de Veteranos de Guerra generando espacios para recibir Terapias ocupacionales entre otras cosas.
- Realizar convivios periódicos con ex combatientes de diferentes áreas geográficas, para compartir experiencias, la organización comunitaria y superación de los problemas comunes, sirviendo como técnica de relajación y rehabilitación.

- A los estudiantes de Doctorado en Medicina de La Universidad de El Salvador próximos a realizar su Tesis para optar al título, continúen este estudio integrando los Veteranos de Guerra que participaron en el conflicto armado por parte de La Fuerza Armada de El Salvador, quienes a partir de Julio del presente año fueron agregados al Programa Veteranos de Guerra del Ministerio de Salud.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Barcia D, Arab K. Algunas consecuencias psicológicas y psiquiátricas de la violencia de la guerra. [En línea] Interpsiquis. Disponible en: www.interpsiquis.2002.
2. Cohen R, Ahearn F. Manual de la Atención de la salud mental para víctimas de desastres. México: Ed. Harla; 1980.
3. Gomez, Beatriz. Catástrofes y salud mental, abordajes teóricos y modalidades de intervención. Departamento de Investigación Universidad de Belgrano, Argentina. 2014
4. Heridas abiertas, atención psicosocial a victimas de violaciones de Derechos Humanos. Maria Sol Yanez, Editorial del ministerio de Salud Gobierno de El Salvador.
5. Ibáñez Rojo V. Consecuencias psicológicas y psiquiátricas de la guerra. Diario electrónico de la sanidad 2003; 892 [En línea] Disponible en: El médico interactivo. medynet.com/elmédico.
6. Lineamientos técnicos para la promoción del derecho humano a la salud, ministerio de salud de el salvador, San Salvador, El Salvador, enero de 2014.
7. Manual Diagnostico y Estadístico de Los Trastornos Mentales (DSM-IV TR). Capitulo N° 6; Trastornos del Estado de Animo. Universidad de El Salvador, 2011.

8. Peña, Liuba. Espindola, Arnoldo. Cardozo, Jorge. Tomas, González. La Guerra como desastre. Sus consecuencias psicológicas. Artículo. Hospital Clínico Docente —Dr Octabio de las Concepción y de la Pedrajal. Camaguey, Cuba 2007

9. Regalado, Roberto. De movimiento insurgente a partido político, FMLN (Frente Farabundo Martí para La Liberación Nacional). 1ra edición. San Salvador, El Salvador.

ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento Informado.



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

Fecha:

Estimado Usuario: nos encontramos realizando un proyecto de investigación acerca de los Trastornos psiquiátricos en usuarios del programa de veteranos de guerra consultantes en UCSF Cacaopera . Esperando que dicha investigación sea un preámbulo para identificación de problemas; pero además sea de aporte para la búsqueda de intervenciones a nivel de salud para mejorar la calidad de vida de veteranos de guerra del ex conflicto armado que vivió El Salvador.

Yo, _____

certifico que he sido informado con la claridad y veracidad debida respecto al ejercicio académico que se está realizando por las estudiantes de la carrera de Doctorado en Medicina de la Universidad Nacional de El Salvador, me han invitado a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo a este procedimiento de forma activa. Soy conocedor de la autonomía que poseo para retirarme u oponerme al ejercicio académico, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna.

Se respetara la confidencialidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica.

FIRMA O HUELLAS DIGITALES _____

Anexo 2. Cuestionario.



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

UNIDAD CENTRAL

FACULTAD DE MEDICINA

TEMA: TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN USUARIOS DEL PROGRAMA DE VETERANOS DE GUERRA EN UCSF DE CACAOPERA. PERIODO JUNIO-AGOSTO 2016.

CUESTIONARIO

Indicaciones: marque con una "x" según considere; en las siguientes preguntas.

1. Sexo: Femenino Masculino

2. Edad :

40-50

51-60

61-70

71-80

>80

3. Estado civil:

Soltero Casado Divorciado Viudo Unión estable

4. Escolaridad: Ninguna Primaria Secundaria Superior

5. ¿Cuántos años tenía usted cuando se incorporó a la Guerrilla?

Menos de 10 11-25 26-35 Mayor de 35 __

6. ¿Algún miembro de su familia padece una enfermedad psiquiátrica?

Si No No Sabe

7. ¿Cuántos años combatió en la Guerra civil de El Salvador?

Menos de 5 años

6 a 10 años

Más de 10 años

8. ¿Usted sufre algún tipo de discapacidad física debido al conflicto armado?:

Sí No ¿Cual?

9. ¿A qué estructura política del partido FMLN perteneció?

a) Partido Comunista de El Salvador (PCS)

b) Fuerzas Populares de Liberación —Farabundo Martí (FPL)

c) Ejército Revolucionario del Pueblo (ERP)

d) Resistencia Nacional (RN)

e) Partido Revolucionario de los Trabajadores Centroamericanos (PRTC)

10) ¿En cuál o cuáles Región del país combatió?

a) Región oriental

b) Región occidental

c) Región central

Anexo 3: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. MINI

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)				4		
A. Episodio depresivo mayor						
(= SIGNIFICA IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)						
A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SI	1		
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SI	2		
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	=	NO	SI		
A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:					
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNAS.	NO	SI	3		
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SI	4		
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SI	5		
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SI	6		
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SI	7		
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SI	8		
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SI	9		
	¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?	NO	SI			
				EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL		
SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:						
A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	=	NO	SI	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos?	NO	SI	11	
				EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE		
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)						

C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes:				Puntos
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SI	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SI	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SI	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SI	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SI	10
A lo largo de su vida:				
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SI	4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

NO	SI
RIESGO DE SUICIDIO	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO
DE SUICIDIO

E. Trastorno de angustia

(☉ SIGNIFICA: BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió subitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	NO	SÍ	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	NO	SÍ	2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques o ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un periodo de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ	4
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
	m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO	SÍ	
			<i>Trastorno de angustia de por vida</i>		
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4?	NO	SÍ	
		SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	<i>Crisis actual con síntomas limitados</i>		
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ	18
			<i>Trastorno de angustia actual</i>		

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

(☐ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

11	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL	☐ NO	☐ SÍ	1
12	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	☐ NO	☐ SÍ	2
13	En el último mes:			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	☐ NO	☐ SÍ	
14	Durante el último mes:			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	☐ NO	☐ SÍ	
15	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SÍ	14

**ESTADO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL**

L. Trastornos psicóticos

(= SIGNIFICA IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE **SI** SOLAMENTE PARA AQUELLOS EJEMPLOS QUE MUESTRAN CLARAMENTE UNA DISTORSIÓN DEL PENSAMIENTO O DE LA PERCEPCIÓN O SI NO SON CULTURALMENTE APROPIADOS. ANTES DE CODIFICAR, INVESTIGUE SI LAS IDEAS DELIRANTES CALIFICAN COMO «EXTRAÑAS» O RARAS.

LAS IDEAS DELIRANTES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, INCOMPREENSIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

LAS ALUCINACIONES SON «EXTRAÑAS» O RARAS SI UNA VOZ HACE COMENTARIOS SOBRE LOS PENSAMIENTOS O LOS ACTOS DE LA PERSONA, O DOS O MÁS VOCES CONVERSAN ENTRE SI.

Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.

EXTRAÑAS

L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espía, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? <small>NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ASESINO.</small>	NO	SI	SI	1
	b	SI SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI = 16	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SI	SI	3
	b	SI SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI = 16	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? <small>ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.</small>	NO	SI	SI	5
	b	SI SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI = 16	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SI	SI	7
	b	SI SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI = 16	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? <small>ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SI SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.</small>	NO	SI	SI	9
	b	SI SI: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SI	SI	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO	SI		11
		<small>LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE:</small>			SI	
		SI SI: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?				
	b	SI SI: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SI	SI = 18b	12

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOS/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SI	13						
	b	SI SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SI	14						
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/AC											
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SI	15						
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SI	16						
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SI	17						
L11		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SI EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SI	TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL			
NO	SI										
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL											
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SI EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»? VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</td> </tr> </table>			NO	SI	18	TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
NO	SI	18									
TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA											
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b a L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	NO	SI							
	b	SI CODIFICÓ SÍ EN L1Ea: Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido(a)/exaltado(a)/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SI DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SI	19	TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		
NO	SI	19									
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL											

O. Trastorno de ansiedad generalizada

(☞ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	2
CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.			<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	3
O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	4
O3	CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.						
En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:							
	a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	5
	b	¿Se sentía tenso?	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	6
	c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	7
	d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	8
	e	¿Se sentía irritable?	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	9
	f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	10
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?			<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	

**TRASTORNO
DE ANSIEDAD
GENERALIZADA
ACTUAL**



FIGURA 03.Tradiciones: danza de los Negritos y los Emplumados.



FIGURA 04. Piezas en exhibición en el Museo Winakirika que significa «Lo de nuestro pueblo», parte de la Red de Museos Comunitarios de América.



FIGURA 05. Doña Maria Lopez, Ex combatiente, firmando consentimiento informado a colaboración del presente estudio.

Anexo 5. Tablas

TABLA No. 01. Trastornos psiquiatricos

Trastorno Psiquiatrico	Total	%
Pacientes sin trastorno psiquiatrico	14	28%
Pacientes con trastorno psiquiatrico	36	72%
Total	50	100%

Fuente: instrumento de investigación.

TABLA No. 02 Trastornos psiquiátricos más frecuentes,

Trastorno Psiquiátrico Diagnosticado	
Trastorno de Angustia Actual.	4
Trastorno de ansiedad generalizada actual.	15
Trastorno depresivo mayor.	7
Trastorno psicótico.	1
Trastorno de angustia de por vida.	1
Trastorno de estrés post traumático.	5
Trastorno de estrés post traumático actual.	1
Crisis de angustia con síntomas limitados, actual.	2
TOTAL	36

Fuente: instrumento de investigación.

TABLA No. 03. Genero de veteranos de guerra encuestados.

Sexo	%
Hombres	62%
Mujeres	38%
Total	100%

Fuente: instrumento de investigación.

TABLA No. 04. Edad de excombatientes sujetos a estudio.

	Mujer	Hombre	Total	%
40 -50	4	5	9	18%
51-60	4	8	12	24%
61-70	8	15	23	46%
71-80	3	3	6	12%
Total	19	31	50	
% mujer vs hombre	38%	62%		100%

Fuente: instrumento de investigación.

TABLA No. 05. Estado civil de excombatientes.

	Mujer	Hombre	Total	%
Soltero	3	0	3	6%
Casado	7	23	30	60%
Unión estable	5	4	9	18%
Viudo	4	4	8	16%
Total	19	31	50	100%

Fuente: instrumento de investigación.

TABLA No. 06. Escolaridad de personas en estudio,

Escolaridad	Mujer	Hombre	Total	% Mujer	% Hombre
Ninguna	12	20	32	24	40
Primaria	5	10	15	10	20
Secundaria	1	1	2	2	2
Superior	1		1	2	0,0
Total	19	31	50	38	62

Fuente: instrumento de investigación.

TABLA No. 07. Edad de incorporación de excombatientes a la Guerrilla.

Rangos de edad	Total	Porcentaje
11 - 25	35	70%
26 -35	13	26%
Mayor de 35	2	4%
Total	50	100%

Fuente: instrumento de investigación.

TABLA No. 08. Antecedentes de enfermedades psiquiátricas en Veteranos de guerra.

Antecedente	Total	Porcentaje
Si	5	10%
No	35	70%
No Sabe	10	20%
Total	50	100%

Fuente: instrumento de investigación.

TABLA No. 09. Años como combatientes en la guerra civil de El Salvador.

Rango de años	Años de Combate	Total
Menos de 5 años	2	4%
6 a 10 años	25	50%
Más de 10 años	23	46%
Total	50	100%

Fuente: instrumento de investigación.

TABLA No. 10. Veteranos de guerra con discapacidades físicas debidas al conflicto armado.

	Mujer	Hombre	Total	%
Si	2	6	8	16%
No	17	25	42	84%
Total	19	31	50	100%

Fuente: instrumento de investigación.

TABLA No. 11. Estructura política de FMLN a las cuales fueron pertenecientes los veteranos de guerra.

Estructura Política	Total	%
Partido Comunista de El Salvador (PCS)	0	0%
Fuerzas Populares de Liberación “Farabundo Martí” (FPL)	3	6%
Ejército Revolucionario del Pueblo (ERP)	35	70%
Resistencia Nacional (RN)	11	22%
Partido Revolucionario de Los Trabajadores Centroamericanos (PRTC)	1	2%
Total	50	100%

Fuente: instrumento de investigación.

TABLA No. 12. Zonas de El Salvador donde los veteranos de guerra combatieron.

Zonas	%Mujer	%Hombre	Total
Zona Oriental	36%	60%	96%
Zona Central	0%	2%	2%
Zona Occidental	2%	0%	2%
Total	38%	62%	100%

Fuente: instrumento de investigación.