

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



**PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN
VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO-JUNIO 2018**

Informe Final Presentado Por:
Saúl Humberto Henríquez Hernández
Rafael Rivas Ramos
Oscar Mauricio Rivera Tesorero

Para Optar al Título de:
DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:
Dr. Henry Reyes Merlos

San Salvador, septiembre 2018

ÍNDICE.

I. RESUMEN.	iii
II. INTRODUCCIÓN.	1
III. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.	4
IV. MARCO TEÓRICO.	5
V. HIPÓTESIS.	25
VI. METODOLOGIA.	26
VII. RESULTADOS.	36
VIII. DISCUSIÓN.	54
IX. CONCLUSIONES.	56
X. RECOMENDACIONES.	57
XI. BIBLIOGRAFÍA.	58
XII. ANEXOS.	59

I. RESUMEN.

Esta investigación fue realizada con el objetivo de establecer la prevalencia del Trastorno de Estrés Post Traumático en veteranos de guerra inscritos en la UCSF San Luis, así como factores asociados a la presentación de esta morbilidad.

La investigación es de tipo cualitativa, alcance descriptivo, corte transversal y no experimental; el periodo de estudio fue de mayo a junio de 2018. Con una muestra de 81 veteranos de guerra 41 femeninos y 40 masculinos, elegidos/as a conveniencia de los investigadores que consultaron a la UCSF San Luis, por inscripción, control de adulto mayor, morbilidad o visita domiciliar; durante el periodo de estudio antes citado.

Los resultados obtenidos muestran que el 52 % de la población en estudio cumplen los criterios diagnósticos de Trastorno de Estrés postraumático del DSM 5; dentro de los cuales 57 % de estos corresponden al sexo masculino y el restante al femenino.

Entre los resultados del estudio se encontró, que el rango de edad en el que se presenta mayormente el TEPT es de 40-59 años con un 62%, que la mayor parte de la población eran de origen demográfico rural, nivel socio económico bajo y nivel académico básico; que de la población con diagnóstico de TEPT el 71 % presentaban secuelas físicas y un 17 % síntomas disociativos.

II. INTRODUCCION.

El pueblo salvadoreño estuvo expuesto a una Guerra Civil, entre el gobierno contra grupos paramilitares e insurgentes que ocasionó una serie de hechos lamentables que marcaron nuestra historia y dejaron en la mayoría de la población huellas difíciles de borrar; llegando a su final con la firma de los Acuerdos de Paz en 1992.

Después de estos, una serie de proyectos se implementaron, los cuales tenían por objetivo reintegrar de forma completa a la sociedad, a aquellos personajes que participaron de manera directa en la guerra civil. La cual se estima dejó un saldo de 75.000 muertos, decenas de miles de personas resultaron heridas físicamente y miles de ellos quedaron con mutilaciones que los incapacitaron de por vida; miles también resultaron con graves secuelas psicológicas y numerosos niños quedaron huérfanos de padre, madre, o ambos. En 2016 el número de veteranos de guerra certificados por el ministerio de Defensa se estimaba en las 45,927 personas.

La desmovilización de los excombatientes y su reinserción a la vida civil han sido una dura labor que aún continúa. En octubre del 2013 se informaron sobre los primeros resultados del Programa de Atención Integral para la Salud Integral para el veterano, en el cual se les daría asistencia a aquellas personas que sufren enfermedades crónicas, incluyendo enfermedades mentales y psiquiátricas.

Hoy más que nunca se da principal énfasis a la salud como un estado completo de bienestar, si bien este concepto no es nuevo, es en la actualidad cuando se hace más énfasis a la palabra “integral”. Además, al tomar en cuenta el atraso en la implementación de programas, no resulta extraño que patologías como el

trastorno de estrés postraumático estén tomado auge e importancia en este tipo de población que se expuso directamente al enfrentamiento armado, perdieron familiares, capacidades y/o perdieron partes de su cuerpo.

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) fue incluido por la Asociación Psiquiátrica Americana como una de las patologías en el DSM-III de 1980; afecta a las personas que se han visto expuestas a accidentes o situaciones traumatizantes y el trauma constituye el factor etiológico central en la aparición del cuadro. Desde el término de la II Guerra Mundial y hasta nuestros días se han realizado numerosas investigaciones en sobrevivientes del Holocausto y de los campos de concentración como también en familiares de éstos, lo que ha permitido evaluar el curso evolutivo del TEPT y avanzar en el reconocimiento de las bases biológicas de este trastorno.

El TEPT es un padecimiento altamente prevalente, entre 15 y 45% de quienes sufren hechos traumáticos y este porcentaje tiene una relación directa con el grado de exposición al evento estresante, las prevalencias de por vida oscilan entre 3.6 y 7.8% en la población general de Estados Unidos y de entre 2.22 y 46% en otras partes del mundo, además se describe dos grupos de personas que se caracterizan por tener altos índices de TEPT perteneciendo los veteranos de guerra a este grupo.

A pesar de esto, en la actualidad en nuestro país no se cuenta con estadísticas nacionales de TEPT, ni de las complicaciones asociadas a este trastorno en veteranos de guerra. Aunque si existen planes de atención y estudios locales en algunos lugares directamente afectados por el conflicto armado, como el plan de atención a pacientes veteranos de guerra de UCSF La Presita, San Miguel en 2014 y el estudio de Prevalencia del TEPT en usuarios inscritos en el

programa de veteranos de guerra de UCSF Guarjila en el año 2016 con datos que muestran TEPT en el 88% de su muestra de estudio.

Morazán fue uno de los departamentos más golpeados por la guerra civil, pero gracias a un largo y continuo proceso la población afectada por el conflicto se ha convertido en una de las mejores organizadas y cuenta con muchos programas de desarrollo y ayuda nacional e internacional, que favorecen la reinserción social, el alfabetismo y a superar heridas del pasado conflicto civil. Pese a esto actualmente la prevalencia de TEPT a nivel de departamento es desconocido, esto incluso en las zonas donde residen la mayoría de las personas afectadas.

Al ser los veteranos de guerra, una de las poblaciones con un alto riesgo de padecer este trastorno, se validó la necesidad de determinar su prevalencia, más si se considera el escaso desarrollo previo de programas en Salud Mental durante las décadas postguerra. Este estudio se realizó en la población de veteranos de guerra inscritos en la UCSF San Luis, ubicada en la Comunidad Segundo Montes, municipio de Meanguera, departamento de Morazán, la cual cuenta con un total de 408 veteranos inscritos y donde no se contaba con ningún estudio de este tipo previo, estableciéndose en nuestro estudio una alta prevalencia del trastorno, al encontrarse en un 52% de la población en estudio.

III. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer la prevalencia del trastorno de estrés postraumático en veteranos de guerra inscritos en UCSF San Luis, Meanguera, Morazán durante el periodo de mayo a junio de 2018

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

- Determinar los factores sociodemográficos, económicos y culturales.
- Enumerar las principales manifestaciones clínicas del trastorno de estrés postraumático.
- Identificar la existencia complicaciones asociadas al trastorno de estrés postraumático.
- Conocer la presencia de secuelas físicas asociadas al conflicto armado.

IV. MARCO TEORICO

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

NATURALEZA

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) se caracteriza por una serie de síntomas característicos que siguen a la experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso o sucesos extremadamente traumáticos (ocurrencia o amenaza de muerte o lesiones graves o amenaza a la integridad física de uno mismo o de otras personas) a los que la persona respondió con miedo, impotencia u horror intensos (se requiere, pues, no sólo cierto tipo de sucesos, sino también cierto tipo de respuestas). Los síntomas incluyen la reexperimentación persistente del evento traumático (p.ej., mediante sueños, recuerdos intrusos), la evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y la disminución de la capacidad general de reacción (p.ej., reducción del interés en actividades significativas, incapacidad para sentir amor), y síntomas persistentes de activación aumentada (p.ej., dificultades para conciliar o mantener el sueño, ataques de ira) (American Psychiatric Association, 1994).¹

Eventos traumáticos

Entre los eventos traumáticos experimentados directamente se encuentran: combate militar, ataques personales violentos (agresión sexual, agresión física, atraco), ser secuestrado, ser tomado como rehén, ataque terrorista, tortura,

¹ Trastorno de estrés postraumático, Universidad de Barcelona Facultad de Psicología, Departamento de Evaluación de Personalidad y Tratamiento Psicológico

encarcelamiento como prisionero de guerra o en un campo de concentración, desastres naturales o provocados por el hombre (incendios, explosiones, erupciones volcánicas, inundaciones, huracanes, terremotos), accidentes graves (coche, tren, barco, avión) o recibir un diagnóstico de enfermedades potencialmente mortales (p.ej., cáncer, SIDA).

Los sucesos traumáticos observados

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

El diagnóstico de TEPT según el DSM-V requiere además que los síntomas duren más de 1 mes y que la perturbación produzca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de funcionamiento. Se habla de inicio demorado cuando los síntomas aparecen al menos 6 meses después del acontecimiento traumático.

FRECUENCIA

Kaplan, Sadock y Grebb (1994/1996) y Paunovic y Öst (2001) hablan de una prevalencia vital (referida a algún momento de la vida) del 1-3% en la población general, se hayan experimentado acontecimientos traumáticos o no; un 5 -15% más de personas presentarían formas subclínicas del trastorno. En el National Comorbidity Survey, un estudio epidemiológico llevado a cabo a nivel nacional

en Estados Unidos con 5.877 personas de 15 a 54 años y siguiendo criterios DSM-III-R, la prevalencia vital del TEPT fue del 7,8% (10,4% para las mujeres y 5% para los varones; esta razón de 2 a 1 es usual). La prevalencia actual suele estar entre la mitad y la tercera parte de la vital (Breslau, 2001). Por lo que se refiere a población española, Crespo y cols. (1998, citado en Bobes y cols. 2000, cap. 2) hallaron una prevalencia del 8% en población femenina navarra.²

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

La prevalencia del TEPT: tras la exposición a un suceso traumático se sitúa entre el 15% y el 24% en la población general (Bobes y cols., 2000, cap. 2; Breslau, 2001), aunque este porcentaje varía mucho según el tipo de trauma. En el *National Comorbidity Survey*, este porcentaje fue del *8,1% para los varones y 20,4% para las mujeres*. Esta diferencia entre sexos se explica porque las mujeres sufren una mayor exposición a traumas intensos y tienen una mayor probabilidad de desarrollar TEPT cuando sufren el mismo tipo de trauma (con la excepción de la violación y el abandono en la infancia).

Según diversos estudios revisados por de Paúl (1995) y otros trabajos se mencionan a continuación, la *prevalencia del TEPT en personas que han experimentado ciertos traumas* ha sido la siguiente:

- **Violación.** La prevalencia vital del TEPT suele ser del 50% o superior en las víctimas de violación. Los porcentajes son mayores si el agresor es un

² Trastorno de estrés postraumático, Universidad de Barcelona Facultad de Psicología, Departamento de Evaluación de Personalidad y Tratamiento Psicológico

extraño y si ha habido agresión física o amenaza con arma. Calhoun y Resick (1993) y Foa, Hearst-Ikeda y Perry (1995) citan otros datos interesantes. En un estudio retrospectivo la prevalencia vital de TEPT fue del 31% en comparación con el 5% entre las no víctimas; la prevalencia actual fue del 11%. En dos estudios prospectivos (con menos problemas de recuerdo, por tanto) la prevalencia del TEPT, sin tener en cuenta el criterio temporal de al menos 1 mes de duración, fue del 90-94% a las 2 semanas de la violación, del 60-64% a las 4 semanas y del 47-51% a las 12 semanas. Todos los datos anteriores se refieren a mujeres. Sin embargo, el 6-10% de las víctimas adultas son hombres y el porcentaje puede subir hasta el 18% si se incluye a los niños. En comparación a las mujeres es más probable que los hombres desarrollen TEPT tras una violación: 65% contra 46% en el *National Comorbidity Survey* (Kessler y cols., 1995).³

Conviene tener en cuenta que la violación es algo frecuente. Según datos de estudios americanos, el 15-24% de las mujeres han sufrido al menos una violación y el 12-31% un intento de violación (Resick y Schnicke, 1993). En una investigación de alcance nacional citada por Foa, Hearst-Ikeda y Perry (1995), el 13% de las mujeres americanas habían sido violadas y el 11% habían sufrido un intento de violación al menos una vez. En otros estudios con universitarias americanas o neozelandesas en los que se tuvo en cuenta la peor agresión sexual sufrida, el 11-12% de las mujeres sufrieron un intento de violación y el 14-15% fueron violadas (Gavey, 1991). Sólo del 10% al 50% de las violaciones son denunciadas a la policía (Echeburúa y cols., 1995).

³ Trastorno de estrés postraumático, Universidad de Barcelona Facultad de Psicología, Departamento de Evaluación de Personalidad y Tratamiento Psicológico

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

- **Malos tratos físicos y/o psicológicos.** En una muestra española la prevalencia vital del TEPT ha sido del 51%; el porcentaje fue del 48% entre las mujeres maltratadas física y psicológicamente y del 54% entre las maltratadas sólo psicológicamente (Zubizarreta y cols., 1994). En el caso de los malos tratos físicos en la infancia, la prevalencia vital ha sido del 22% en varones y 49% en mujeres según el *Nacional Comorbidity Survey* (Kessler y cols., 1995).

Según este mismo estudio, en el caso del abandono en la infancia la prevalencia vital ha sido del 24% en varones y 20% en mujeres. A diferencia de otros agentes estresantes, el maltrato físico y/o psicológico suele ser crónico y hay una diversidad de razones por las que una persona adulta puede aguantar dicha situación: miedo al agresor, indefensión, estar deprimida, falta de apoyo social, pensar que las cosas cambiarán, no querer reconocer el fracaso de la relación, sentirse más o menos culpable de lo que pasa, miedo a la soledad, minimización del maltrato, justificación de este, dependencia económica, dependencia afectiva, preocupación por los hijos, miedo al qué dirán, altruismo (no querer dejar al otro "tirado": "¿cómo se las arreglará el pobre desgraciado?").

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

público en tiempos de paz, los datos son 20% de los varones y 36% de las mujeres un mes después.

- **Ataques terroristas.** Abenhaim y cols. (1992, citado en Gidron, 2002) encontraron que la prevalencia del TEPT, evaluada 3 - 8 años después del suceso traumático, fue del 18%, con un valor de 10,5% entre las víctimas que no sufrieron daños y un valor máximo de 30,7% entre las víctimas gravemente dañadas.⁴
- **Ser amenazado con un arma o secuestrado.** La prevalencia vital del TEPT ha sido del 1,9% en varones y 32,6% en mujeres según el *Nacional Comorbidity Survey* (Kessler y cols., 1995).
- **Accidentes de tráfico.** La prevalencia vital del TEPT es del 10-20% (amplitud 8-39%) (Gidron y cols., 2001). Tres años después de un accidente, la prevalencia del TEPT fue del 11% en un amplio estudio longitudinal. Suele ser más frecuente el sub-síndrome de TEPT, en el que hay un menor número de síntomas de evitación y embotamiento afectivo.
- **Desastres naturales.** La prevalencia vital del TEPT ha oscilado entre 3,5% y 16% tras desastres como incendios, terremotos y erupciones volcánicas (Yehuda, Marshall y Gi-Iler, 1998).
- **Muerte inesperada y repentina de un ser querido.** La prevalencia vital del TEPT es del 14% (Breslau y cols., 1998).
- **Presenciar una agresión grave o un asesinato.** La prevalencia vital del TEPT ha sido del 6,4% en varones y 7,5% en mujeres según el *Nacional Comorbidity Survey* (Kessler y cols, 1995).
- **Excombatientes del Vietnam.** La prevalencia vital del TEPT fue 3,5% si no habían sido heridos, 20 - 40% si fueron heridos y cerca del 50% si fueron

⁴ Trastorno de estrés postraumático, Universidad de Barcelona Facultad de Psicología, Departamento de Evaluación de Personalidad y Tratamiento Psicológico

hechos prisioneros. Según un estudio de alcance nacional, la prevalencia actual en varones más de 10 años después del conflicto fue del 15% en conjunto y del 36% en aquellos expuestos a gran estrés bélico. En comparación, los porcentajes fueron del 2.5% en un grupo de veteranos no combatientes y del 1.2% en civiles; la prevalencia vital fue del 31% de los excombatientes en conjunto (Keane y cols., 1992).⁵

- **Refugiados del sudeste asiático.** La prevalencia vital del TEPT, evaluada 10 a 15 años después del suceso traumático, ha sido del 54-93%. La prevalencia actual ha oscilado entre el 11% y el 86% (Paunovic y Öst, 2001). Los porcentajes varían según la muestra, tipo de eventos traumáticos y país considerado.
- **Judíos víctimas del holocausto.** La prevalencia vital del TEPT, evaluada más de 40 años después del suceso traumático, ha sido el 51% de los que estuvieron en campos de concentración y el 65% de los internados en campos de exterminio.

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

El estrés es un tipo de reacción que se activa en aquellas situaciones en las que percibimos que no tenemos suficientes recursos para atender a las demandas. Se trata de un sistema que compartimos con animales e incluso plantas, y que nos permite reaccionar con rapidez y seguridad ante contextos en los que hay que dar una respuesta para la que no tenemos suficientes recursos de afrontamiento. Este mecanismo pone en marcha un proceso de activación a nivel cognitivo, fisiológico y conductual, que se detiene cuando se consigue el objetivo deseado. Después de haber agotado la energía y los recursos, éstos se vuelven a recuperar con el descanso, de manera que se trata

⁵ Trastorno de estrés postraumático, Universidad de Barcelona Facultad de Psicología, Departamento de Evaluación de Personalidad y Tratamiento Psicológico

de un proceso normal de adaptación al entorno que nos rodea. Pueden surgir problemas con el estrés si nuestro cuerpo y nuestra mente están activándose permanentemente, sin que se permita la recuperación. En estos casos el estrés puede comenzar a producir algunos síntomas, tales como olvidos, problemas de concentración, pérdida de rendimiento, alta activación fisiológica, agotamiento, insomnio, dolor de cabeza, dolores musculares, contracturas, ansiedad, irritabilidad, aumento del consumo de tranquilizantes, etc. (Collado 2008)⁶

Por supuesto, aparecerán problemas más importantes cuando la situación que provoca el estrés alcance tal magnitud que nos supere por completo y no nos permita dar respuesta alguna, como sucede por ejemplo en los atentados terroristas, o en situaciones igualmente traumáticas, como la violación. En estos casos, además de los citados síntomas, suelen aparecer algunos trastornos mentales como el trastorno por estrés postraumático y la depresión, especialmente en el caso de las mujeres.

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

El TEPT puede desarrollarse poco después en la persona que haya sido expuesta a uno o más sucesos traumáticos de índole diversa; tales como la exposición al dolor ocasionado por una guerra vivida por un soldado, torturas,

⁶ Collado, Esperanza Dogil. «Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés. SEAS.» *Trastorno por Estrés Postraumático*. 2008. <http://webs.ucm.es/info/seas/comision/TEPT/TEPT/index.htm> (último acceso: 2018).

acoso sexual o amenazas de muerte inminentes. El diagnóstico puede salir a la luz cuando un conjunto de grupo de síntomas, normalmente como recurrentes recuerdos perturbadores, evasión o adormecimiento de recuerdos del suceso, y la hiperactividad, dan lugar posteriormente a flashbacks o recuerdos retrospectivos en la mente de la persona que lo vivió en el pasado (explosiones de imágenes inminentes sobre el evento en la mente del sujeto). Los veteranos de guerra son normalmente los más propensos a padecer de trastorno de estrés postraumático.

EPIDEMIOLOGÍA

Según estudios la prevalencia vida del TEPT en la población general en España es del 1,95%. Siendo del 2,79% en la mujer, frente al 1,06% en el hombre. En USA las cifras son mucho más altas, con valores que superan tres veces las cifras españolas.⁷

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

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

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

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

⁷ Collado, Esperanza Dogil. «Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés. SEAS.» *Trastorno por Estrés Postraumático*. 2008. <http://webs.ucm.es/info/seas/comision/TEPT/TEPT/index.htm> (último acceso: 2018).

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

La prevalencia del trastorno por estrés postraumático tiene una relación directa con el grado de exposición a eventos estresantes traumáticos como los anteriormente descritos. Las personas pertenecientes a los grupos afectados pueden presentar TEPT en porcentajes de, al menos, un 15 %. Suele aparecer en sujetos que han ido al frente en la guerra o que han sido prisioneros de guerra, que han estado expuestos a ataques personales como asalto o violación, que han sido secuestrados o tomados como rehenes, que han sido torturados o han estado en campos de concentración, que han participado en accidentes automovilísticos (siendo el accidentado o habiendo sido testigos de la amputación de otra persona), que han presenciado un asesinato, que han visto cuerpos fragmentados en accidentes o en explosiones de bombas o trenes y que han presenciado o han sido víctimas directas de actos terroristas.⁸

Catástrofes naturales vs. provocado por el hombre.

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

⁸ Collado, Esperanza Dogil. «Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés. SEAS.» *Trastorno por Estrés Postraumático*. 2008. <http://webs.ucm.es/info/seas/comision/TEPT/TEPT/index.htm> (último acceso: 2018).

consecuencias psicológicas derivadas de los traumas que se realizan con el fin de hacer daño.

Criterios Diagnósticos de Trastorno de estrés postraumático (F43.10) según DSM-5

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

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

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

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados a los sucesos traumáticos, que comienzan después de los sucesos traumáticos:

- Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos de los sucesos traumáticos.

- Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con los sucesos traumáticos.
 - Reacciones disociativas (por ejemplo, escenas retrospectivas) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitieran los sucesos traumáticos. (Estas reacciones se pueden producir de manera continua, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno presente.).
 - Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a algún aspecto de los sucesos traumáticos.
 - Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a algún aspecto de los sucesos traumáticos.
- C. Evitación persistente de estímulos asociados a los sucesos traumáticos, que comienza tras los sucesos traumáticos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:
- Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados a los sucesos traumáticos.
 - Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados a los sucesos traumáticos.
- D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas a los sucesos traumáticos, que comienzan o empeoran después de los sucesos

traumáticos, como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Especificar si: Con expresión retardada: Si la totalidad de los criterios diagnósticos no se cumplen hasta al menos seis meses después del acontecimiento (aunque el inicio y la expresión de algunos síntomas puedan ser inmediatos).⁹

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Los instrumentos más utilizados para la evaluación de la sintomatología relacionada con el TEPT han sido habitualmente los autoinformes, entre los que podemos encontrar dos tipos de instrumentos de evaluación, las entrevistas y los cuestionarios, inventarios y escalas. Adicionalmente, en la actualidad los

⁹ Collado, Esperanza Dogil. «Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés. SEAS.» *Transtorno por Estrés Postraumático*. 2008. <http://webs.ucm.es/info/seas/comision/TEPT/TEPT/index.htm> (último acceso: 2018).

investigadores han dirigido también su interés a la búsqueda de marcadores psicofisiológicos y neurobiológicos característicos de los pacientes con TEPT.¹⁰

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

Structured Clinical Interview for PTSD (SCID)

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

Clinician Administered PTSD Schedule (CAPS)

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

PTSD Symptom Scale Interview (PSS-I)

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

¹⁰ Collado, Esperanza Dogil. «Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés. SEAS.» *Trastorno por Estrés Postraumático*. 2008. <http://webs.ucm.es/info/seas/comision/TEPT/TEPT/index.htm> (último acceso: 2018).

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

Impact of Event Scale (IES)

Un instrumento breve que solo incluye dos escalas relacionadas con los síntomas de intrusión y evitación. Las correlaciones obtenidas con otros autoinformes son bajas, sin embargo, al ser uno de los primeros instrumentos diseñados sigue siendo uno de los más usados. Ha sido utilizado para diferentes situaciones traumáticas, como por ejemplo víctimas de desastres naturales y accidentes, combatientes de guerra y víctimas de ataques sexuales.

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

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

PTSD Symptom Scale-Self Report (PSS-SR)

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

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

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

Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III)

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

Penn Inventory (Hammarberg, 1992).

Ha sido validado tanto para situaciones traumáticas civiles como de combate. Además, ha demostrado buenas propiedades psicométricas y aporta información de la frecuencia e intensidad de los síntomas que aparecen en los criterios del DSM-III- R.”¹¹

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

La investigación en el área del tratamiento del TEPT siempre ha sido difícil y compleja, arrojando en ocasiones datos contradictorios. Foa et al. (1999) movilizaron a buena parte de la comunidad científica que trabaja en este campo para crear una guía consensuada por expertos para el tratamiento del TEPT. El único objetivo fue el buscar las mejores intervenciones en base a la edad, cuando hay trastornos asociados, estilo de sesiones terapéuticas, psicoterapias más aceptadas, síntomas principales, medicación según los síntomas, medicación según los estresores y medicación cuando hay trastornos asociados. Como conclusión, se estableció la idea de un tratamiento por objetivos, tratando de intervenir sobre el síntoma predominante con la técnica más adecuada para este.¹²

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

¹¹ Collado, Esperanza Dogil. «Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés. SEAS.» *Trastorno por Estrés Posttraumático*. 2008. <http://webs.ucm.es/info/seas/comision/TEPT/TEPT/index.htm> (último acceso: 2018).

¹² Collado, Esperanza Dogil. «Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés. SEAS.» *Trastorno por Estrés Posttraumático*. 2008. <http://webs.ucm.es/info/seas/comision/TEPT/TEPT/index.htm> (último acceso: 2018).

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

El manejo farmacológico dependerá de los síntomas predominantes. Entre los medicamentos utilizados se cuentan los antidepresivos, ansiolíticos y estabilizadores del ánimo, entre otros.

En algunas oportunidades pueden utilizarse los antipsicóticos atípicos.

Los tratamientos empíricamente avalados por el DSM 5 en la categoría de bien establecidos son los siguientes:

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

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

- Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma.

➤ El método catártico:

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

los síntomas del TEPT. El hecho traumático deja al sujeto sin palabras, en estado de choque.

La catarsis permite al enfermo recordar y objetivar verbalmente el acontecimiento traumático liberándolo así del excesivo afecto que lo convertía en patógeno. Cuando el afecto y la verbalización del recuerdo irrumpen al mismo tiempo en la conciencia se produce la abreacción. Si se libera el afecto ligado al recuerdo de un trauma se anulan sus efectos patógenos. El recuerdo antes reprimido, puede ser integrado ahora en una serie asociativa que permita la corrección del acontecimiento en la memoria del sujeto y desaparecen los síntomas por medio del uso de la palabra.¹³

¹³Collado, Esperanza Dogil. «Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés. SEAS.» *Trastorno por Estrés Postraumático*. 2008. <http://webs.ucm.es/info/seas/comision/TEPT/TEPT/index.htm> (último acceso: 2018).

V. HIPOTESIS

El cuadro clínico de estrés postraumático es frecuente en la población de veteranos de guerra inscritos en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Luis, municipio de Meanguera, del departamento Morazán cuyo factor de riesgo principal fue haber participado directa o indirectamente en los eventos del conflicto armado de El Salvador.

VI. METODOLOGÍA

Tipo de investigación:

La presente investigación según el análisis y alcance de los resultados fue de tipo cualitativa, con alcance descriptivo, de corte transversal y no experimental.

Período de investigación:

El período en que la investigación se llevó a cabo fue de mayo a junio de 2018.

Universo (Unidades de observación y análisis):

El universo estuvo conformado por un total de 408 usuarios inscritos en el programa de veteranos de guerra de UCSF San Luis hasta el mes de mayo de 2018.

Muestra:

La técnica de muestreo que se utilizó fue de tipo no probabilística, se conformó por el 20% de la población (81 veteranos de Guerra: 41 mujeres y 40 hombres), que consultaron en los meses de mayo a junio del presente año en la UCSF San Luis, por inscripción, control de adulto mayor, morbilidad o visita domiciliar.

Criterios de inclusión:

- ✓ Ser un Veterano de Guerra del conflicto Armado de El Salvador sin importar la edad ni al bando al cual pertenecieron.
- ✓ Estar debidamente inscrito en el Programa de Veteranos de Guerra.
- ✓ Usuario de la UCSF San Luis que consultó por inscripción, control, morbilidad o visita domiciliar.

Criterios de exclusión:

- ✓ Veteranos de Guerra que no estaban debidamente inscritos al Programa.
- ✓ No fuera usuario de UCSF San Luis.
- ✓ Pacientes Veteranos de Guerra con enfermedad mental tipo psicosis.

Variables:**Variables independientes:**

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

Variable dependiente:

- ✓ Estrés Postraumático

Operacionalización de variables, Cruce de variables.

Se realizó con base a los objetivos de investigación.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Objetivo 1. Determinar los factores sociodemográficos, económicos y culturales.

Variable	Tipo de Variable	Definición conceptual	Valor	Indicador	Fuente de información	Instrumento
Edad	Independiente	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento, se aplica la clasificación de OMS de adulto y adulto mayor.	Nominal	de 20-59 años de 60-70 años >de 70 años		
Sexo	Independiente	Condición de tipo orgánico que diferencia al macho de la hembra.	Nominal	Masculino Femenino		
Nivel educativo	Independiente	El grado de aprendizaje que adquiere una persona a lo largo de su formación en una institución educativa formalizada.	Nominal	Analfabeta Inicial Parvularia Básica Media Superior	Veteranos de guerra inscritos en la UCSF San Luis que acuden a control o morbilidad	Entrevista
Nivel socioeconómico	Independiente	Medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo.	Nominal	Alta Media Baja		
Procedencia	Independiente	Origen, principio de donde nace o se deriva algo	Nominal	Urbano Rural		
Trabajo	Independiente	Conjunto de actividades realizadas para producir bienes	Nominal	Si No		
Participación en conflicto armado	Independiente	Tomar parte en todos aquellos enfrentamientos en los que están involucradas las armas y su uso.	Nominal	Si No		
Veterano de Guerra	Independiente	Combatiente superviviente de algún conflicto bélico	Nominal	Si No		

Objetivo 2. Enumerar las principales manifestaciones clínicas del trastorno de estrés posttraumático.

Variable	Tipo de Variable	Definición conceptual	Valor	Indicador	Fuente de Información	Instrumento
Síntomas de estrés PT: • Recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas. • Sueños angustiosos recurrentes. • Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos. • Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos. • Reacciones disociativas.	Independiente	Conjunto de manifestaciones psicológicas, emocionales y fisiológicas que se relacionan con la exposición directa o indirecta a un evento relacionado a conflicto bélico.	Ordinal	0 1 2 3	Veteranos de guerra inscritos en la UCSF San Luis que acuden a control o morbilidad	Entrevista
			Nominal	Si No		

Objetivo 3. Identificar la existencia de complicaciones asociadas al trastorno de estrés posttraumático.

Complicaciones asociadas al EPT: <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro en la relación de pareja. • Deterio en la relación familiar. • Interferencia negativa en la vida laboral/académica • Interferencia negativa en la vida social. • Interferencia negativa en el tiempo de ocio. • Disfuncionalidad global. 	Independiente	La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	Nominal	Sí No	Veteranos de guerra inscritos en la UCSF San Luis que acuden a control o morbilidad	Entrevista
---	---------------	---	---------	----------	---	------------

Objetivo 4. Conocer la presencia de secuelas físicas asociadas al conflicto armado.							
Variable	Tipo de Variable	Definición conceptual	Valor	Indicador	Fuente de información	Instrumento	
Incapacidad físicas	Independiente	Secuela física (pérdida de un miembro u órgano o su funcionalidad) como resultado de su participación en el conflicto armado.	Nominal	Si No	Veteranos de guerra inscritos en la UCSF San Luis que acuden a control o morbilidad	Entrevista	

Tabla de vaciamiento de preguntas:

Se realizó en base a objetivos

Objetivo	Número correlativo de preguntas
1	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8
2	16,17,18,19,20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40 y 41
3	42, 43, 44, 45, 46 y 47
4	15

Cruce de Variable

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

Fu
ent
es
de
inf

Formación:

Se utilizó solamente un tipo de fuentes de información: primaria.

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

Técnicas de obtención de información:

En la presente investigación la información se obtuvo de los veteranos de Guerra que se atendieron asistencialmente por los investigadores, en el mes de mayo hasta junio de 2018, en la UCSF San Luis, en base a los criterios de inclusión y exclusión. La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la entrevista y el instrumento fue el cuestionario con preguntas cerradas y la Escala De Gravedad De Síntomas Revisada (EGS-R) Del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas, y fue estructurada de la siguiente forma:

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

Parte 1: Las Preguntas 1 a 8 y la pregunta 14 dio respuesta al objetivo número 1 y 4 respectivamente. Las preguntas 9 a 13 evaluaron el criterio A del DSM 5 para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Post Traumático.

En la Parte 2 los síntomas se evaluaron según la intensidad de la aparición de cada uno de ellos en un determinado tiempo, para lo cual se ocuparon las categorías del 0 al 3. Donde 0: es Nada, 1: es Una vez por semana o menos/Poco, 2: es De 2 a 4 veces por semana/Bastante y 3: 5 o más veces por

semana/Mucho. Esto a su vez proporcionó respuesta al objetivo específico número 2.

Parte 2: En los ítems del 16 al 20 se evaluaron los síntomas de reexperimentación, criterio B del DSM 5, en las interrogantes de la 21 a la 23 se valoraron los síntomas de evitación, según el criterio C del DSM 5, las preguntas de la 24 a la 30 se valoraron las alteraciones cognitivas negativas/estado de ánimo, de acuerdo con criterio D del DSM 5 y en las preguntas del 31 al 36 se valoraron alteraciones importantes de la alerta y reactividad que corresponde al criterio E del DSM 5, siendo todas estas las preguntas que responden el objetivo específico 2.

Parte 3: Hace referencia a síntomas disociativos que, además, en respuesta al factor de estrés, el individuo experimentaba síntomas persistentes o recurrentes de una de las características siguientes: Despersonalización y Desrealización.

Parte 4: Son ítems que evidenciaban el grado de afectación del suceso traumático y dio respuesta al objetivo número 3.

Resultando con diagnóstico de TEPT las personas que presentaron el criterio A, que presentaron al menos 1 síntoma perteneciente al criterio B, 1 - 2 síntomas del criterio C, 2 o más del criterio D, 2 o más del criterio E, estos se han prolongan más de 1 mes y provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Herramientas para obtención de información:

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

Mecanismo de confidencialidad para entrevista.

Se elaboró un consentimiento informado para la participación en la entrevista de los Veteranos de Guerra donde se le comunicó a cada uno de ellos que la información recabada, es y será completamente anónima y confidencial, además se les facilitó los resultados de su desempeño en la entrevista.

Resguardo de los datos.

Las entrevistas completadas serán resguardadas por los investigadores por un período de dos años, después de los cuales serán destruidos. Las bases de datos se entregarán para el resguardo a la Universidad de El Salvador mediante la entrega de tres copias a esta institución de cuyo resguardo y utilización, serán responsable.

Procesamiento y análisis de información:

Primero se tabularon todos los datos obtenidos en la entrevista estructurada mediante la técnica de Palotes, posteriormente se realizó el análisis de resultados. Los resultados que se obtuvieron se presentaron a través de un análisis estadístico descriptivo. Los datos numéricos que se obtuvieron se procesaron a través de tablas de distribución de frecuencias con sus respectivos porcentajes trabajados en los programas de Microsoft Word y Excel 2013. Posteriormente se realizó el análisis de los resultados con la presentación de tablas y gráficos.

VII. RESULTADOS

CUADRO 1⁺

PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO-JUNIO 2018.

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TEPT*	42	52%
NO TEPT	39	48 %
TOTAL	81	100 %

FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

⁺ CORRESPONDE AL OBJETIVO GENERAL

* **ABREVIATURA:** TEPT: TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

Análisis:

Los datos obtenidos de la investigación reflejan que de la muestra total de 81 personas, 41 mujeres y 40 hombres en el estudio, se identificó un 52% que corresponde a 42 personas que cumplen criterios diagnósticos de Estrés posttraumático según DSM 5 y 48% que no cumplen criterios, lo cual indica una elevada prevalencia del padecimiento en la población de estudio.

CUADRO 2

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA
SEGUN EDAD y SEXO.

EDAD	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	F	%	F	%	F	%
40 - 59 AÑOS	11	26 %	15	36%	26	62 %
60 - 70 AÑOS	7	17%	2	5 %	9	22 %
> 70 AÑOS	6	14%	1	2%	7	16 %
TOTAL	24	57 %	18	43 %	42	100 %

FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

Análisis:

Los datos obtenidos muestran que, de los 42 casos de trastorno de estrés posttraumático, 57% de estos corresponden al sexo masculino y el restante al femenino. Pero se hace hincapié que esto no quiere decir que sean más los hombres los que consulten, sino que por el contrario se notó una marcada diferencia en la frecuencia de consultada entre hombres y mujeres siendo las mujeres las que más consultaban.

Y que el rango de edad con el mayor número de casos fue la de 40 a 59 años con 62%, seguido en orden de porcentaje por el de 60 a 70 años y mayores de 70 años. Esto podría ser atribuible al hecho que durante el conflicto la densidad poblacional estaba concentrada en los niños, adolescentes y adultos jóvenes.

CUADRO 3

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA SEGÚN NIVEL EDUCATIVO.

NIVEL EDUCATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	6	14 %
PARVULARIA	0	0 %
BASICA	28	67 %
MEDIA	6	14 %
SUPERIOR	2	5 %
TOTAL	42	100 %

FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

Análisis:

Los datos indican que del total de veteranos de guerra con trastorno de estrés postraumático un 67% tiene un nivel educativo básico, un 14% son analfabetas, otro 14% tienen educación de nivel media y solo un 5% educación superior. lo que refleja la influencia del conflicto armado en el componente educativo, dificultando el acceso, los recursos humanos, infraestructuras y el ambiente adecuado para el desarrollo científico-cultural de la población.

CUADRO 4

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA SEGUN CLASE SOCIAL.

CLASE SOCIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BAJA	35	83 %
MEDIA	7	17 %
ALTA	0	0 %
TOTAL	42	100 %

FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

Análisis:

La información obtenida refleja que el mayor porcentaje de los afectados con TEPT están ubicados en la clase socioeconómica baja con un 83%, y un 17% en clase media, lo cual se debe a los extremos embates del conflicto armado, desmovilizaciones, saqueos, expropiación de tierras y al poco desarrollo económico que experimenta el área rural, en la coyuntura nacional.

CUADRO 5

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA SEGUN AREA DE PROCEDENCIA

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
RURAL	42	100 %
URBANA	0	0 %
TOTAL	42	100 %

FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

Análisis:

Debido a la ubicación geográfica de la población en estudio, el 100% de los casos de trastorno de estrés posttraumático tienen una procedencia rural, lo cual indica que es una zona de escasos recursos por lo cual su vulnerabilidad.

CUADRO 6

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA SEGÚN GRUPO AL QUE PERTENECIERON DURANTE EL CONFLICTO ARMADO.

BANDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FUERZA ARMADA	0	0 %
FMLN	42	100 %
TOTAL	42	100 %

FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

Análisis:

Los datos obtenidos en el estudio muestran, que de las personas identificadas con trastorno de estrés postraumático el 100% pertenecían al bando representada por la guerrilla, es decir el FMNL, hecho que guarda relación con la población en estudio, ya que en dicha zona geográfica se encontraban asentamientos de ese bando, y por lo tanto la población era de total apoyo a dicha ideología y lucha.

CUADRO 7

CLASIFICACION DE EXPOSICION A EVENTO TRAUMATICO EN VETERANOS DE GUERRA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

TIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXPOSICIÓN DIRECTA	31	74 %
TESTIGO DIRECTO	9	21 %
OTRAS SITUACIONES	2	5 %
TOTAL	42	100 %

FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

Análisis:

De los datos obtenidos en la investigación, dentro los casos de trastorno de estrés postraumático se identificaron que, un 74% de los sujetos tuvo una exposición directa al evento traumático, un 21% fue testigo directo y solo un 5% se clasifica en otras situaciones.

CUADRO 8

EVENTO TRAUMÁTICO SUFRIDO EN EXPOSICIÓN DIRECTA POR VETERANOS DE GUERRA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

EVENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INCENDIO DE VIVIENDA	1	3 %
PERSECUSION Y/O ENFRENTAMIENTO	2	6 %
HERIDA POR ARMA DE FUEGO Y PROYECTILES	3	10 %
HERIDA POR ARTEFACTO EXPLOSIVO	5	16 %
BOMBARDEO	16	52 %
CAPTURA Y TORTURA	4	13 %
TOTAL	31	100 %

FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

Análisis:

Al investigar los tipos de eventos traumáticos sufridos por los sujetos con TEPT, se encontró el siguiente listado que en orden de porcentaje descendente corresponde a bombardeo con 52% el mayor porcentaje, seguido por heridas de artefactos explosivos con 16%, captura y tortura 13%, herida por arma de fuego y proyectiles 10%, persecución y/o enfrentamiento 6% e incendio de vivienda con un 3%.

CUADRO 9

EVENTO TRAUMÁTICO PRESENCIADO COMO TESTIGO DIRECTO POR VETERANOS DE GUERRA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

EVENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ASESINATO DE FAMILIAR	8	89%
MASACRES	1	11 %
TOTAL	9	100 %

FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

Análisis:

De las personas que fueron testigos directos de eventos traumáticos los datos muestran que un 89% presenció el asesinato de un familiar y un 11% fue testigo de masacres como la del Mozote.

CUADRO 10

EVENTO TRAUMÁTICO PRESENCIADOS CLASIFICADOS COMO OTRAS SITUACIONES POR VETERANOS DE GUERRA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

EVENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TESTIGO POR REFERENCIA	2	100 %
INTERVINIENTE	0	0 %
TOTAL	2	100 %

FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

Análisis:

Los datos arrojan que de las personas que presenciaron evento traumático clasificado en otras situaciones, el 100% corresponden a testigo por referencia, lo que indica que la víctima era una persona significativa para el sujeto.

CUADRO 11

SÍNTOMAS DE INTRUSIÓN EN VETERANOS DE GUERRA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

SINTOMA	F	%
Recuerdos desagradables y repetitivos del suceso de forma involuntaria.	30	71 %
Sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso.	20	48 %
Realizar conductas o experimentar sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo.	9	21 %
Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/ imágenes que le recuerdan aspectos del suceso	21	50 %
Reacciones fisiológicas intensas al tener presente pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerden algún aspecto del suceso	14	33 %

FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

Análisis:

Los datos reflejan que dentro de los síntomas de intrusión correspondientes al criterio diagnóstico B del DSM 5, de los casos identificados, el síntoma que se presentó en mayor porcentaje fue el de recuerdos desagradables y repetitivos del suceso en forma involuntaria en un 71% de los sujetos, seguido en porcentaje descendente por malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/ imágenes que le recuerdan aspectos del suceso presente en un 50%, Sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso 48%, reacciones fisiológicas intensas al tener presente pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerden algún aspecto del suceso 33 % y Realizar conductas o experimentar sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo solo en el 21% de los casos.

CUADRO 12

SÍNTOMAS DE EVITACIÓN PERSISTENTE DE ESTÍMULOS ASOCIADOS AL SUCESO TRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

SINTOMA	F	%
Evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso por crear malestar emocional	37	88 %
Evitar o hacer esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso por crear malestar emocional	36	86 %
Evitar hablar de temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso por crear malestar emocional	28	67 %

FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

Análisis:

Los datos obtenidos muestran que, dentro de los síntomas de evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático, correspondientes al criterio diagnóstico C del DSM 5, de los sujetos diagnosticados con TEPT, el síntoma que se presentó en mayor porcentaje fue la evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso por crear malestar emocional con el 88%, seguido por evitar o hacer esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso por crear malestar emocional en el 86%, siendo el que se presentó en el menor porcentaje evitar hablar de temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso por crear malestar emocional en el 67%.

CUADRO 13

SÍNTOMAS DE ALTERACIONES NEGATIVAS COGNITIVAS Y DEL ESTADO DE ANIMO ASOCIADO AL SUCESO TRAUMATICO EN VETERANOS DE GUERRA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

SINTOMA	F	%
Dificultad para recordar algunos de los aspectos importantes del suceso	31	74 %
Creencias o expectativas negativas sobre si mismo, sobre los demás o sobre el futuro	14	33 %
Culpase a sí mismo o a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático	21	50 %
Estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza	10	24 %
Reducción de su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana	23	55 %
Sensación de distanciamiento o extrañeza respecto a las personas que lo rodean	8	19 %
Limitación para sentir o expresar emociones positivas	6	14 %
FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018		

Análisis:

La información recopilada sobre la categoría D de criterios diagnósticos del DSM 5 que corresponde a los síntomas de alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociado al suceso traumático muestran que el síntoma encontrado en mayor porcentaje dentro de estos es la dificultad para recordar algunos de los aspectos importantes del suceso con un 74%, seguido por reducción de su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana 55%, culpase a sí mismo o a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático 50%, creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro 33%, estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza en solo el 24% de los casos, sensación de distanciamiento o extrañeza

respecto a las personas que lo rodean en un 19% y limitación para sentir o expresar emociones positivas es el síntoma con menor porcentaje.

CUADRO 14

SÍNTOMAS DE ALERTA Y REACTIVIDAD ASOCIADO AL SUCESO TRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

SINTOMA	F	%
Irritable o explosiones de ira sin motivos aparentes que justifique	16	38 %
Conductas de riesgo o autodestructivas	7	17 %
Estado de alerta permanente desde el suceso	22	52 %
Se sobresalta o alarma más fácilmente desde el suceso	25	60 %
Dificultades de concentración para atender una conversación o atender a sus obligaciones diarias	12	29 %
Dificultad para conciliar o mantener el sueño o para tener sueño reparador	30	71 %
FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018		

Análisis:

En el presente cuadro se observan los porcentajes de los síntomas de alerta y reactividad asociado al suceso traumático que se presentan en los sujetos con diagnóstico de TEPT, siendo la dificultad para conciliar o mantener el sueño o para tener sueño reparador el que se muestra en el mayor porcentaje, seguido por sobresaltarse o alarmar más fácilmente desde el suceso en un 60%, estado de alerta permanente desde el suceso en 52%, irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que justifique en 38% de los casos, siendo los síntomas menos frecuentes en orden descendente dificultades de concentración para atender una conversación o atender a sus obligaciones

diarias y conductas de riesgo o autodestructivas en porcentajes del 29% y 17% respectivamente.

CUADRO 15

PRESENCIA DE SINTOMAS DISOCIATIVOS EN VETERANOS DE GUERRA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

SÍNTOMAS DISOCIATIVOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	7	17 %
NO	35	83 %
TOTAL	42	100 %
FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018		

Análisis:

Los datos reflejan que de los 42 casos encontrados con TEPT, solo el 17% presenta síntomas disociativos con características de despersonalización o desrealización, mientras que el 83% no los presenta. Estos bajos porcentajes puede estar asociados al tiempo que ha transcurrido desde el momento en que las personas sufrieron los eventos traumáticos.

CUADRO 16

AREAS IMPORTANTES DEL FUNCIONAMIENTO QUE TIENEN AFECTACIÓN O DETERIORO EN VETERANOS DE GUERRA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

AREA	F	%
Relación de pareja	9	21 %
Relación familiar	5	12 %
Interferencia negativa en vida laboral/académica	11	26 %
Vida social	9	21%
Interferencia negativa en el tiempo de ocio	21	50 %
Disfuncionalidad global	4	10 %

FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

Análisis:

Al investigar las áreas de funcionamiento que tienen afectación o deterioro en los sujetos con diagnóstico de TEPT se observó que:

El 50% de estos presentan interferencia negativa en el tiempo de ocio, un 26% interferencia negativa en vida laboral/académica, 21% en relación de pareja, otro 21% en vida social, un 12% en su relación familiar y solo un 10 % presenta disfunción global.

CUADRO 17

PRESENCIA DE SECUELAS FISICAS EN VETERANOS DE GUERRA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

SECUELA FISICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	30	71 %
NO	12	29 %
TOTAL	42	100 %

FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE RRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

Análisis:

Respecto a esta variable se puede observar que un 71% de los sujetos con trastorno de estrés posttraumático presentan secuela física, contra un 29% que no. Este dato coincide con la presencia de una alta prevalencia de TEPT en nuestra población en estudio, como lo indica la literatura, al ser un factor que se asocia a las altas prevalencias de este trastorno.

CUADRO 18

TIPOS DE SECUELAS FISICAS SUFRIDAS POR VETERANOS DE GUERRA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

TIPO DE SECUELA FISICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Amputación/ herida en extremidades	11	37 %
Esquilar	8	27 %
Ceguera/ perdida de ojo(s)	8	27 %
Parálisis	2	6 %
Alteraciones auditivas	1	3 %
TOTAL	30	100 %

FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

Análisis:

En este cuadro se muestra un listado de las diferentes secuelas físicas sufridas por los sujetos con TEPT. Siendo la secuela por Amputación/ herida de extremidades la más frecuentes con un 37%, seguida por las ocasionadas por esquirlas y ceguera/ perdida de ojo(s) con un 27% cada una de ellas, parálisis con un 6% y alteraciones auditivas con 3%

VIII. DISCUSION

En la presente investigación se encontró la prevalencia del TEPT en excombatientes de guerra del conflicto armado de El Salvador y al comparar la afectación de este trastorno con la prevalencia en excombatientes de la guerra Vietnam que comparte similitud con la cantidad de eventos traumáticos y la intensidad, siendo la prevalencia vital del TEPT de 3.5% si no había sido heridos, 20-40% si fueron heridos y cerca del 50% si fueron hechos prisioneros. (Keane y cols., 1992). Nuestro estudio identificó que de la muestra total, un porcentaje del 52% cumple criterios diagnósticos de Estrés postraumáticos según DSM 5, lo cual indica una elevada prevalencia del padecimiento en la población de estudio.

En el *National Comorbidity Survey*, el porcentaje para TEPT según sexo fue del 8,1% para los hombres y 20,4% para las mujeres. Esta diferencia entre sexos se explica porque las mujeres sufren una mayor exposición a traumas intensos y tienen una mayor probabilidad de desarrollar cuando sufren el mismo tipo de trauma, en contraste con estos resultados, los datos obtenidos de la presente investigación son que, de los 42 casos de trastorno de estrés postraumático 57% de estos corresponden al sexo masculino y el 43% al sexo femenino, evidenciándose una discrepancia con el estudio realizado por *National Comorbidity Survey*.

Según los investigadores (Breslau y cols., 1998), la Muerte inesperada y repentina de un ser querido o familiar genera una prevalencia del TEPT del 14%, en la investigación de campo que se realizó a los veteranos de guerra inscritos en la UCSF San Luis, ubicada en la Comunidad Segundo Montes, municipio de Meanguera, departamento de Morazán, mostro que de las

personas que fueron testigos directos de eventos traumáticos los datos muestran que un 89 % presenciaron el asesinato de familiar.

Dentro de los factores sociodemográficos económicos y culturales, se determinó que el mayor porcentaje de los afectados con TEPT están ubicados en la clase socioeconómica baja, lo cual se debe a los extremos embates del conflicto armado, desmovilizaciones, saqueos, expropiación de tierras y al poco desarrollo económico que experimenta el área rural, en la coyuntura nacional. La ubicación geográfica de la población en estudio es rural en su totalidad, en cuanto al nivel educativo la mayoría de las personas con TEPT tiene un nivel educativo básico, lo que refleja la influencia del conflicto armado en el componente educativo, dificultando el acceso, los recursos humanos, infraestructuras y el ambiente adecuado para el desarrollo científico-cultural de la población y el rango de edad con más afectado por TEPT es el de 40-59 años. Esto puede ser atribuible al hecho que durante el conflicto la densidad poblacional estaba concentrada en los niños, adolescentes y adultos jóvenes.

De todas las personas diagnosticadas con TEPT, la mayoría posee secuelas físicas, lo que es congruente con otros estudios y la literatura actual, donde se establece una relación proporcional, entre el sufrir una secuela física y la prevalencia de este trastorno.

IX. CONCLUSIONES

- ✓ En nuestra investigación se logró determinar una alta prevalencia del padecimiento de estrés postraumático, al estar presente en más de la mitad de la población en estudio. Siendo el sexo masculino donde más casos se identificaron
- ✓ En los resultados obtenidos en la investigación se refleja que todos los casos que presentan TEPT pertenecen al área rural, la mayoría tienen un nivel económico bajo y un desarrollo educativo escaso.
- ✓ Identificamos que las principales manifestaciones clínicas del TEPT son: problemas relacionados al sueño, dificultad para recordar algunos de los aspectos importantes del suceso, evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso por crear malestar emocional con él. Recuerdos desagradables y repetitivos del suceso en forma involuntaria.
- ✓ Se determino que las complicaciones asociadas al TEPT son: interferencia negativa en el tiempo de ocio, interferencia negativa en vida laboral/académica, afectación o deterioro en la relación de pareja y en vida social.
- ✓ Se encontró que la mayoría de los veteranos de guerra con TEPT presentan secuelas físicas, las más frecuentes son: Amputación/ herida de extremidades como la más frecuente, seguida por las ocasionadas por esquirlas y ceguera/ perdida de ojo(s).

X. RECOMENDACIONES

- ✓ Brindar una atención integral con profesionales de la salud mental a los veteranos de guerra con estrés postraumático, a través de un tratamiento psicofarmacológico adecuado.
- ✓ Ampliar las áreas de la cobertura del programa de veterano de guerra, creando oportunidades de acceso comunitario a los servicios de salud con un enfoque familiar.
- ✓ Capacitar continuamente a los profesionales de la salud a nivel multidisciplinario que son gestores del programa, para que estos puedan garantizar una mejoría en la calidad de la atención brindada.
- ✓ Implementar estrategias de atención psicológica que promuevan ambientes saludables, a través de acciones educativas para mejorar las interrelaciones personales.
- ✓ Tener una participación activa en la ejecución del programa, creando espacios de diálogo para expresar sus necesidades transformando su realidad con acciones conjuntas, adquiriendo una responsabilidad individual y la cooperación colectiva.
- ✓ Crear programas, talleres o grupos en los cuales los hijos de los veteranos de guerra puedan aprender y desarrollar diferentes habilidades que les favorezcan para el desarrollo humano integral, y estos a su vez puedan integrar a sus padres para ayudar con la estabilidad psicológica y emocional de ellos.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- ✓ American Psychiatric Association. (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Estrés postraumático. España: Editorial Medica Panamericana.
- ✓ Bados, A. (22 de mayo de 2015). Universidad de Barcelona, Facultad de Psicología, Departamento de Evaluación de Personalidad y Tratamiento Psicológico. Recuperado el marzo de 2018, de Trastorno de Estrés postraumático: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65623/1/TEPT.pdf>
- ✓ Comisión de la verdad para El Salvador. (1993). De la Locura a la esperanza: La guerra de los 12 años en El Salvador. San Salvador: SECULTURA.
- ✓ Ministerio de Educación. (2009). Historia de El Salvador, Tomos I y II. Perú: Quebecor World.
- ✓ MINSAL. (2016). Lineamientos Técnicos para la Atención a la Persona Veterana de Guerra. Obtenido de http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_atencion_persona_veterano_guerra.pdf
- ✓ Sampieri, D. R. (2014). Metodología de la Investigación, Sexta edición. Mc Graw Hill/Interamericana Editores, S.A de C.V.
- ✓ Collado, Esperanza Dogil. «Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés. SEAS.» Trastorno por Estrés Postraumático. 2008. <http://webs.ucm.es/info/seas/comision/TEPT/TEPT/index.htm> (último acceso: 2018).
- ✓ Comunidad Segundo Montes. (s.f.). El Fin es solo el Comienzo. Obtenido de <https://csmmemoriahistorica.wordpress.com/tag/el-salvador/>

ANEXOS

ANEXO 1

INTRUMENTO



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

ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO-JUNIO 2018

**ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO-REVISADA (EGS-R) SEGÚN EL DSM-5**

Objetivo: Establecer la prevalencia del trastorno de estrés postraumático en veteranos de guerra inscritos en UCSF San Luis, durante el periodo de mayo a junio de 2018.

NOMBRE: _____

PARTE 1

1. EDAD: a) 40-59 años___ b) 60-70años___ C) >70 años___
2. SEXO: a) M___ b) F___
3. Nivel Educativo:
a) Analfabeta___ b) Parvulario___ c) Básico ___ d) Media___ e) Superior___
4. Clase Socioeconómica:
a) Baja___ b) Media ___ c) Alta___
5. Procedencia: a) Rural___ b) Urbana___
6. Trabaja actualmente: a) Si_____ b) No_____
7. ¿Participó usted en el Conflicto Armado? a) Si___ b) No___
8. ¿En qué Grupo Participó durante el Conflicto Armado?
a) Fuerza Armada___ b) FMLN___

9. ¿Sufrió o presenció usted algún suceso Traumático durante el conflicto Armado?
a) Si__ b) No__

10. Describa Brevemente lo Sucedido:

11. Tipo de exposición al suceso traumático

Exposición directa

Testigo directo

Otras situaciones

Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)

Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)

12. Frecuencia del suceso traumático

Episodio único

Episodios continuados

13. ¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?: _____ (meses) / _____ (años)

14. ¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? No sí (especificar):

Tipo de tratamiento	Duración	¿Continúa en la actualidad?
<input type="checkbox"/> psicológico	____ (meses) / ____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí
<input type="checkbox"/> Farmacológico	____ (meses) / ____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> sí

15. ¿Sufre usted alguna Secuela Física como resultado de su participación en el conflicto armado? a) Si__ b) No__

Especifique_____

PARTE 2

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/ Poco	De 2 a 4 veces por semana/ Bastante	5 o más veces por semana/ Mucho

16. ¿experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria? _____

17. ¿tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso? _____

18. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? _____

19. ¿sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/ imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso? _____

20. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso? _____

Puntuación en reexperimentación: _____ (Rango: 0-15)

21. ¿suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional? _____

22. ¿evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional? _____

23. ¿procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional? _____

Puntuación en evitación: _____ (Rango: 0-9)

24. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? _____

25. ¿tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro? _____

26. ¿suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático? _____
27. ¿experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza? _____
28. ¿se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana? _____
29. ¿experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean? _____
30. ¿se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)? _____

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: _____ (Rango: 0-21)

31. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen? _____
32. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas? _____
33. ¿se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso? _____
34. ¿se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso? _____
35. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias? _____
36. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador? _____

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: _____ (Rango: 0-18)

Puntuación total de la gravedad del TEPT: _____ (Rango: 0-63)

PARTE 3

37. ¿al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted? _____
38. ¿siente como si su cuerpo no le perteneciera? _____
39. ¿siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño? _____
40. ¿percibe al resto de las personas como si no fueran reales? _____

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos: Sí No

41. Presentación demorada del cuadro clínico (al menos, 6 meses después del suceso)

sí No

PARTE 4

42. Deterioro en la relación de pareja _____

43. Deterioro de la relación familiar _____

44. interferencia negativa en la vida laboral/académica _____

45. interferencia negativa en la vida social _____

46. interferencia negativa en el tiempo de ocio _____

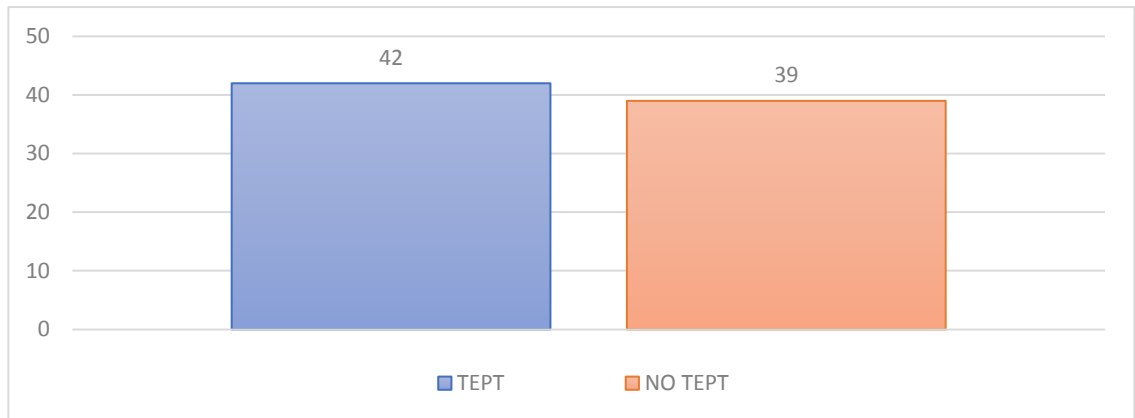
47. Disfuncionalidad global _____

Puntuación en el grado de afectación del suceso: _____ **(Rango: 0-18)**

ANEXO 2

GRAFICA 1⁺

PREVALENCIA DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO-JUNIO 2018.



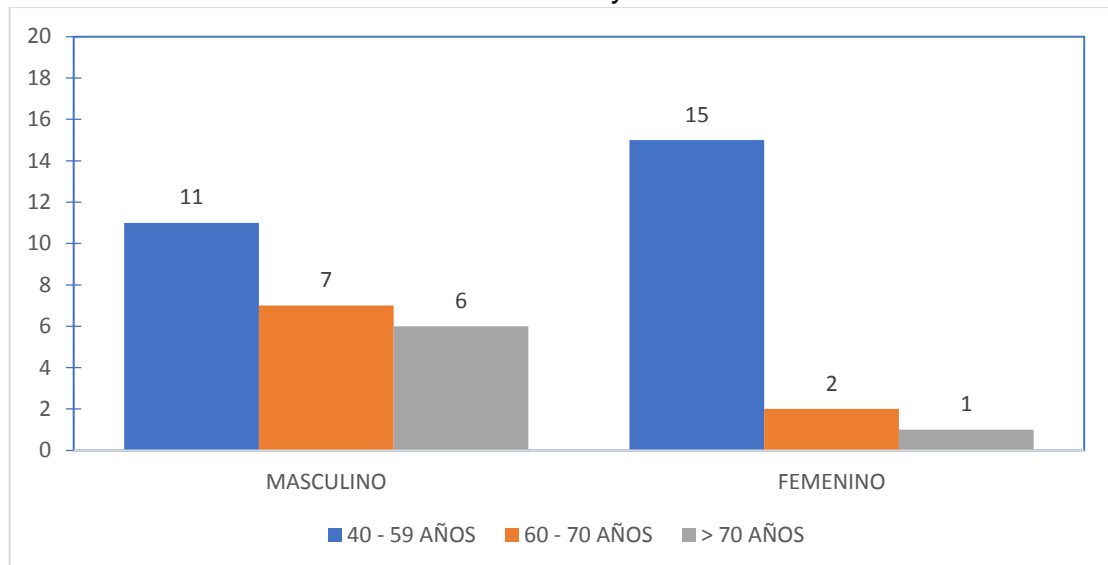
FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

⁺ CORRESPONDE AL OBJETIVO GENERAL

* **ABREVIATURA:** TEPT: TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.

GRAFICO 2

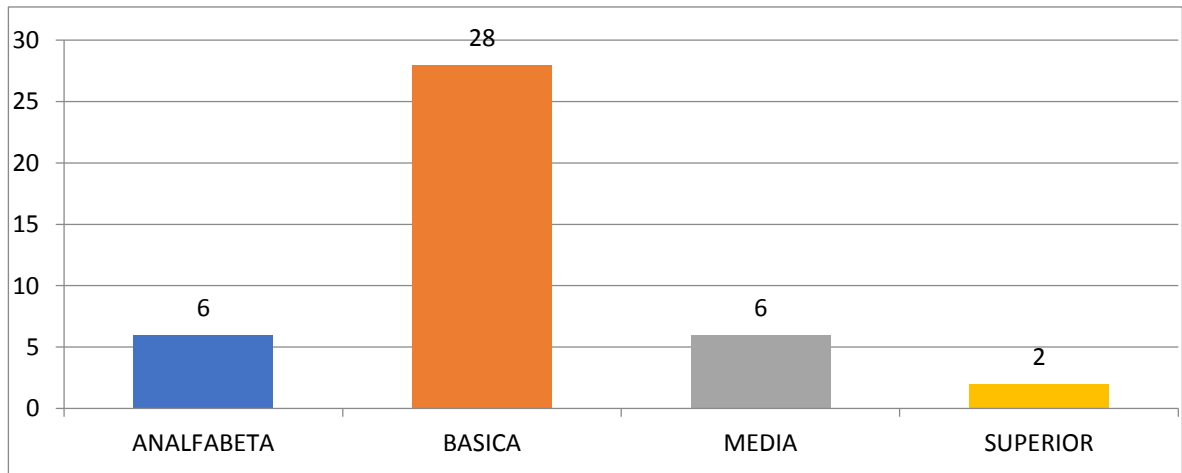
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA SEGUN EDAD y SEXO.



FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

GRAFICO 3

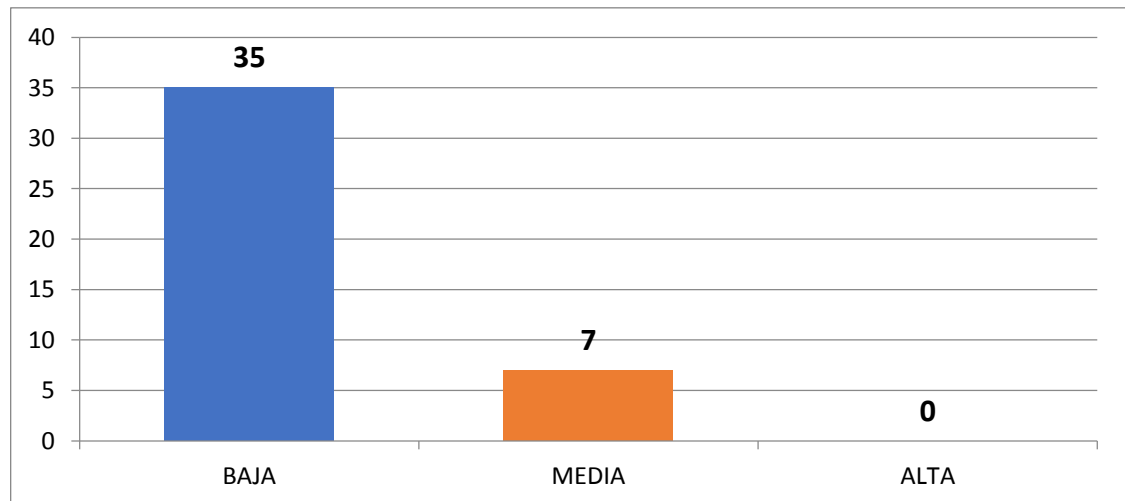
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA
SEGÚN NIVEL EDUCATIVO.



FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

GRAFICA 4

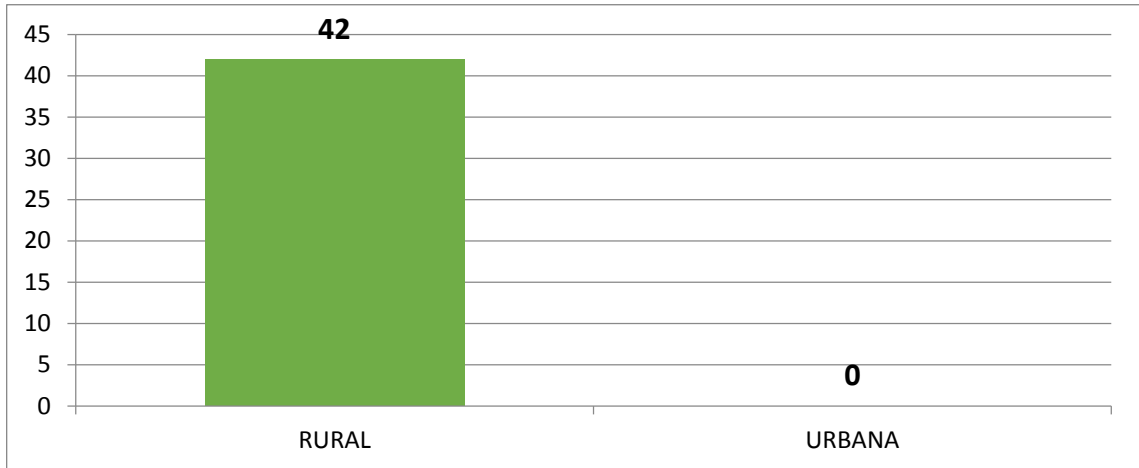
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA
SEGUN CLASE SOCIAL.



FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

GRAFICA 5

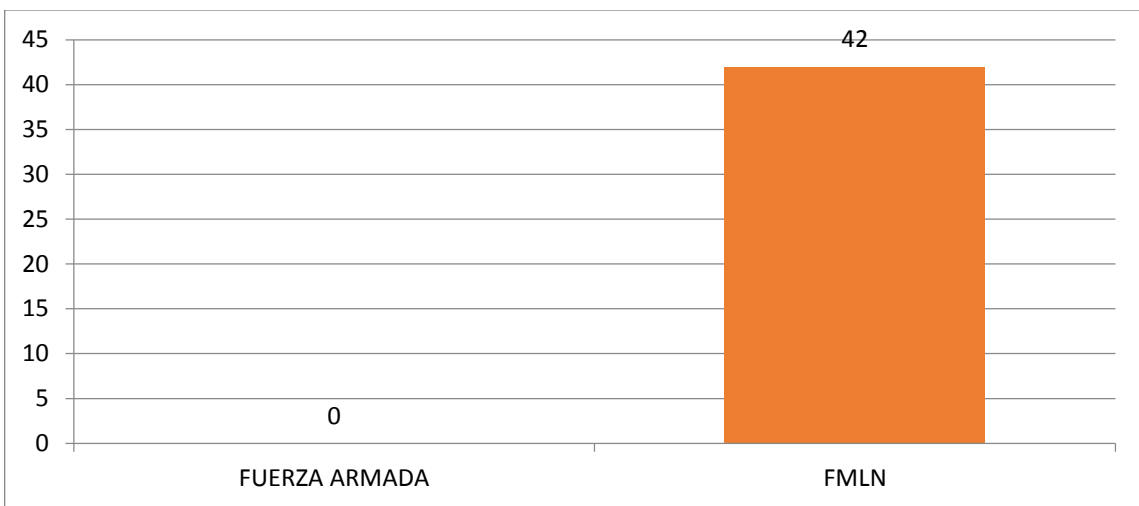
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA SEGUN AREA DE PROCEDENCIA



FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

GRAFICO 6

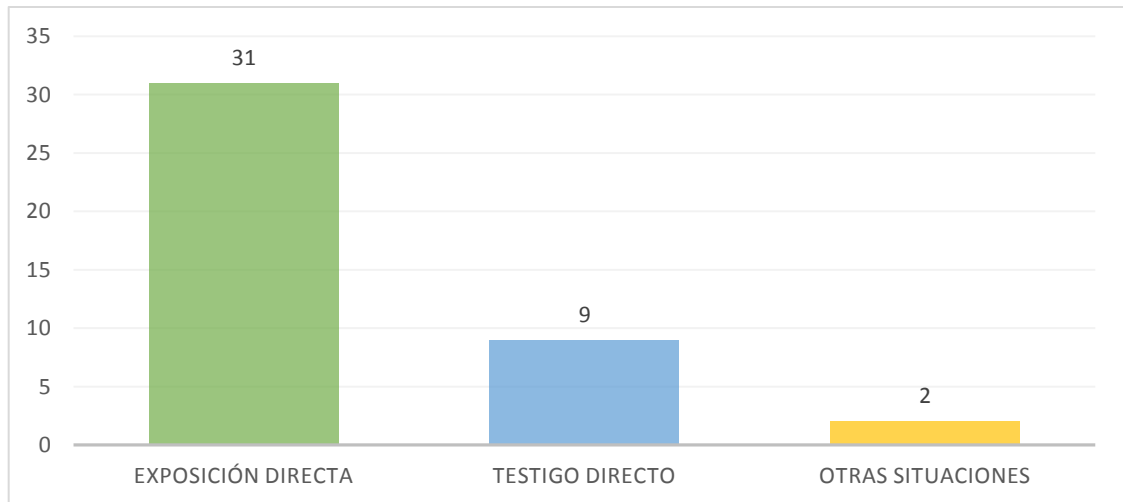
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA SEGÚN GRUPO AL QUE PERTENECIERON DURANTE EL CONFLICTO ARMADO.



FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

GRAFICA 7

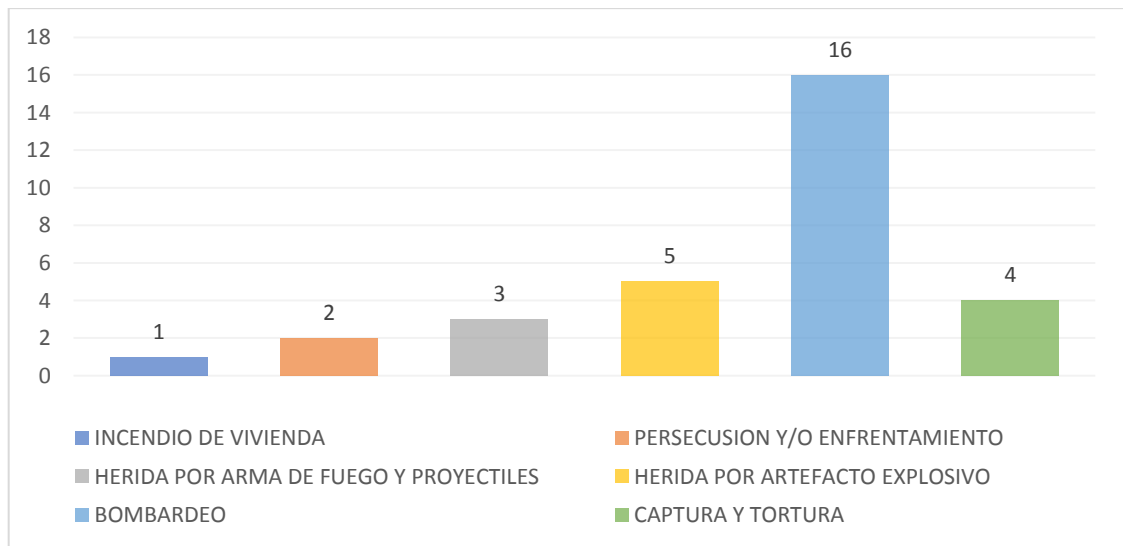
CLASIFICACION DE EXPOSICION A EVENTO TRAUMATICO EN VETERANOS DE GUERRA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO



FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

GRAFICA 8

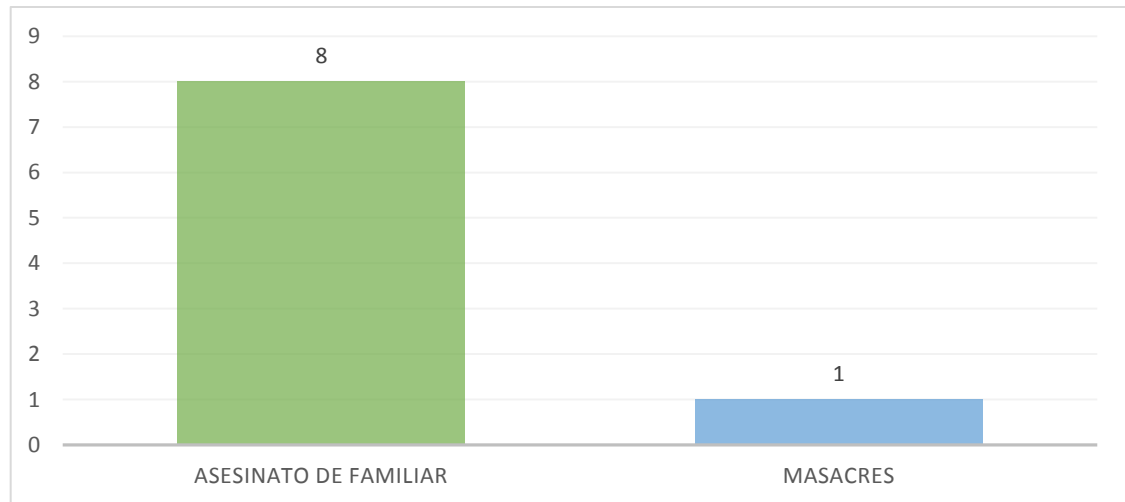
EVENTO TRAUMATICO SUFRIDO EN EXPOSICION DIRECTA POR VETERANOS DE GUERRA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.



FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

GRAFICA 9

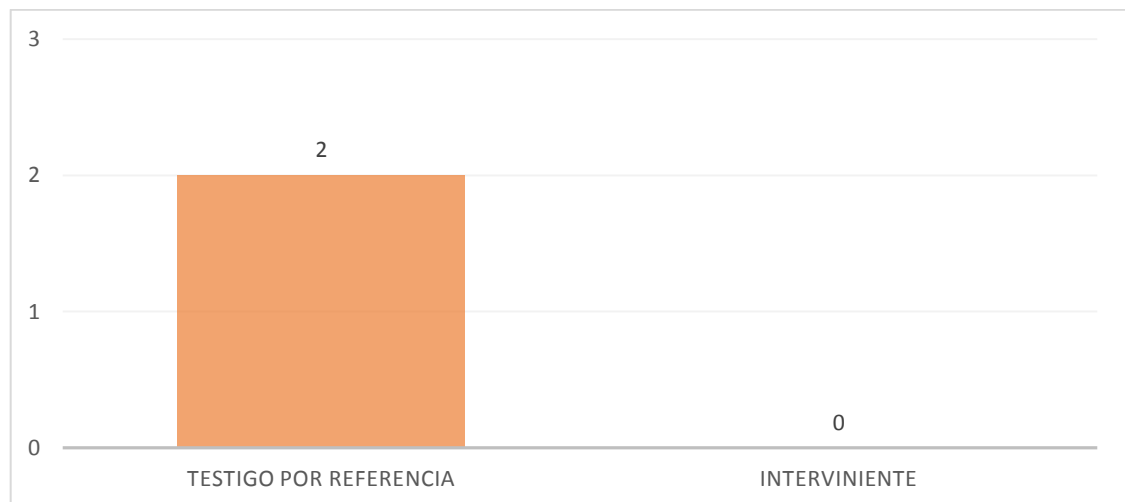
EVENTO TRAUMATICO PRESENCIADO COMO TESTIGO DIRECTO POR VETERANOS DE GUERRA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.



FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

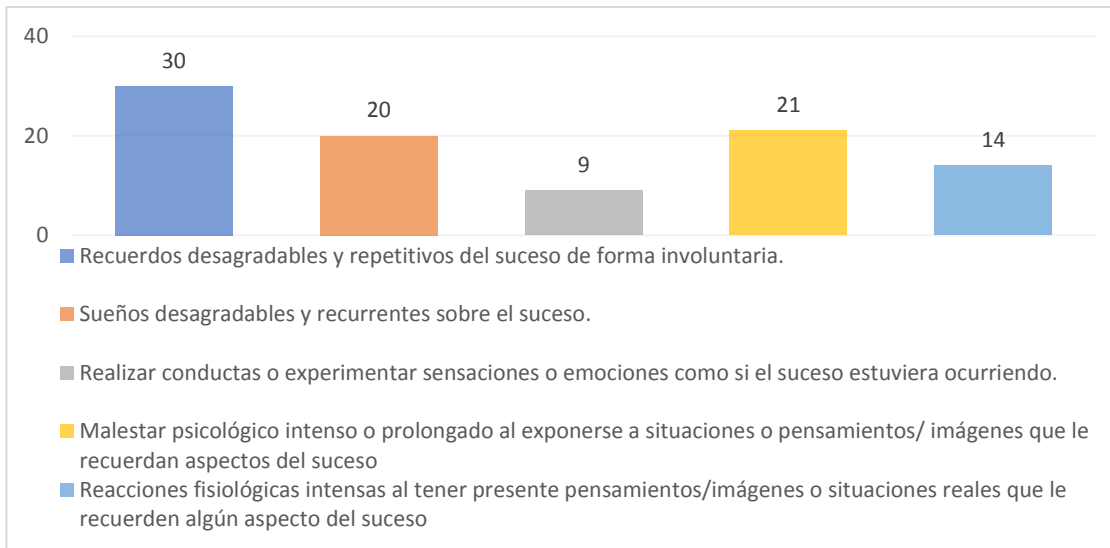
GRAFICA 10

EVENTO TRAUMATICO PRESENCIADOS CLASIFICADOS COMO OTRAS SITUACIONES POR VETERANOS DE GUERRA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.



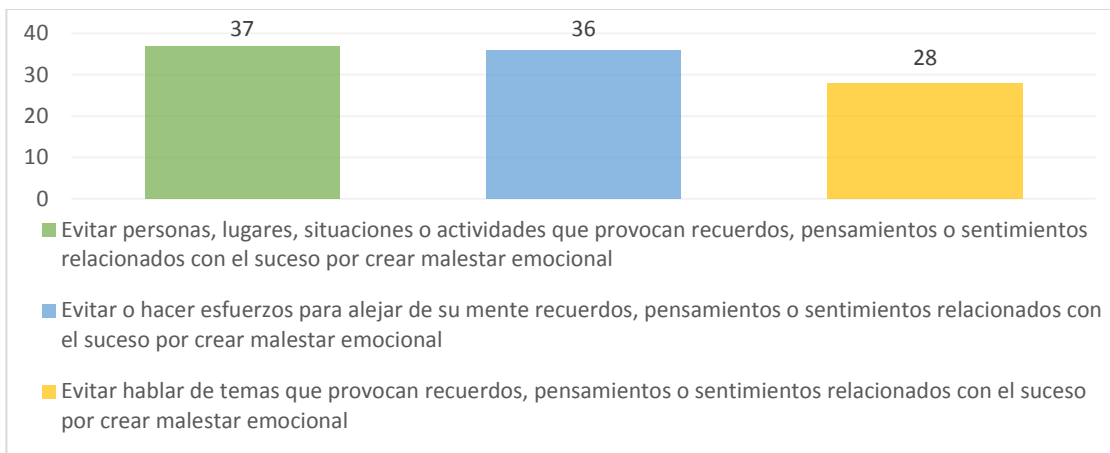
FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

GRAFICO 11
SÍNTOMAS DE INTRUSIÓN EN VETERANOS DE GUERRA CON
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.



FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

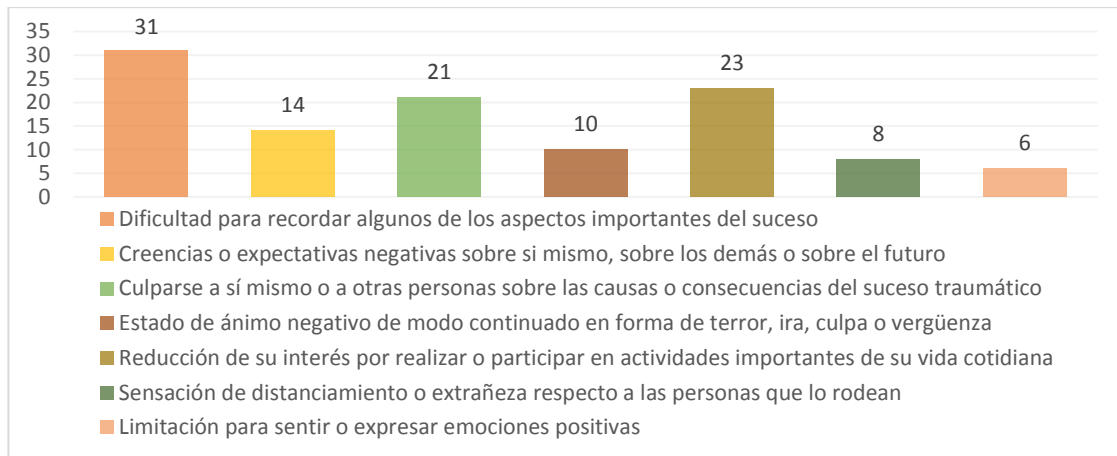
GRAFICO 12
SÍNTOMAS DE EVITACIÓN PERSISTENTE DE ESTÍMULOS ASOCIADOS AL
SUCESO TRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA CON TRASTORNO
DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.



FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

GRAFICO 13

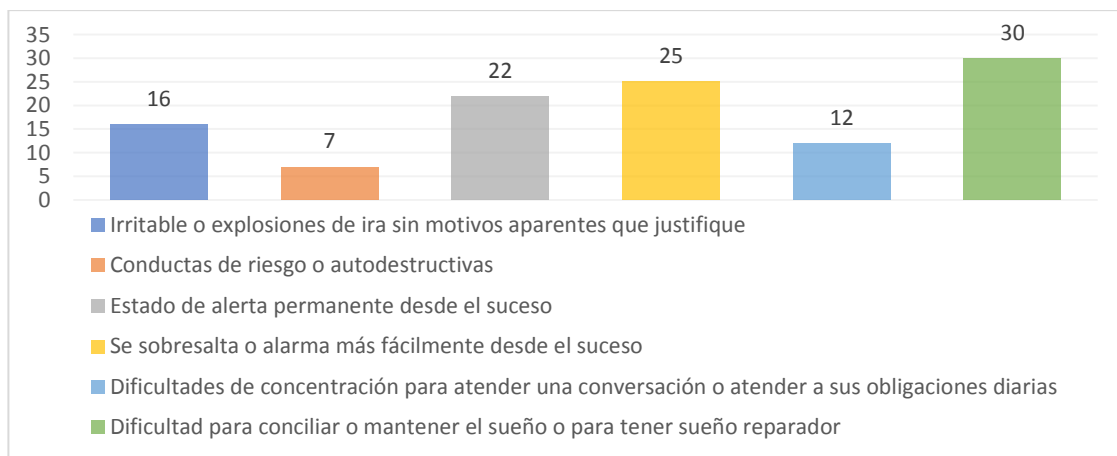
SÍNTOMAS DE ALTERACIONES NEGATIVAS COGNITIVAS Y DEL ESTADO DE ANIMO ASOCIADO AL SUCESO TRAUMATICO EN VETERANOS DE GUERRA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.



FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

GRAFICO 14

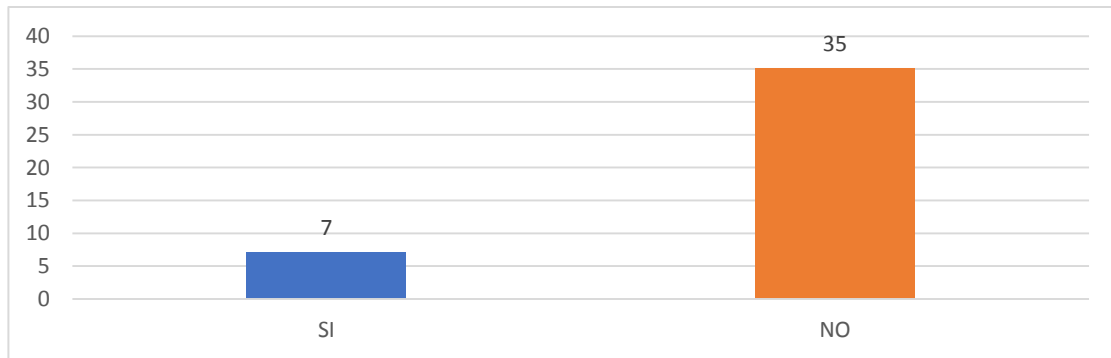
SÍNTOMAS DE ALERTA Y REACTIVIDAD ASOCIADO AL SUCESO TRAUMATICO EN VETERANOS DE GUERRA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.



FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

GRAFICO 15

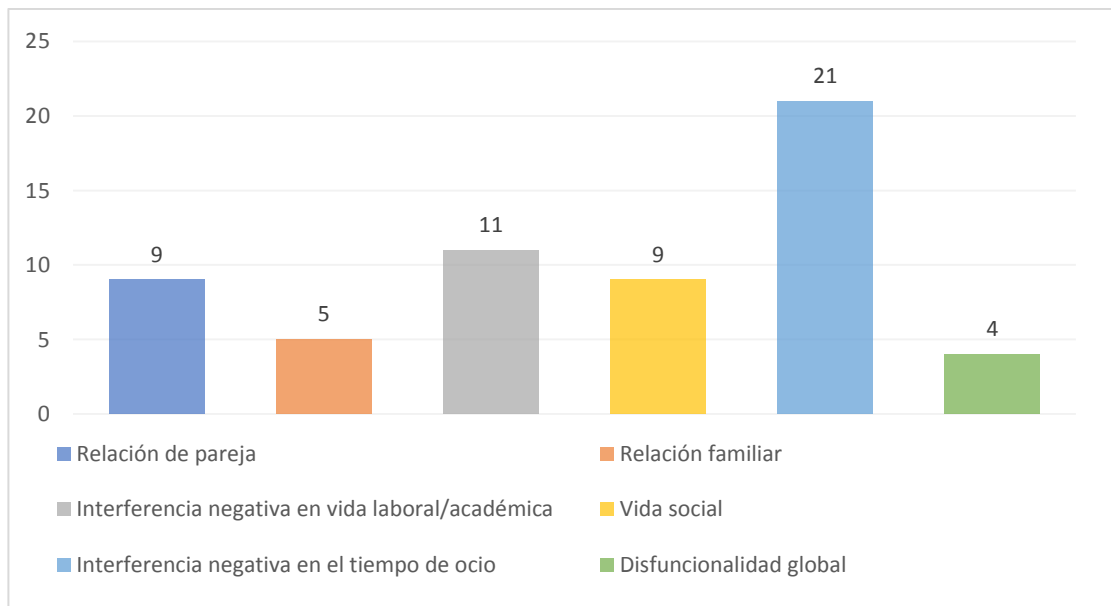
PRESENCIA DE SINTOMAS DISOCIATIVOS EN VETERANOS DE GUERRA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.



FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

GRAFICO 16

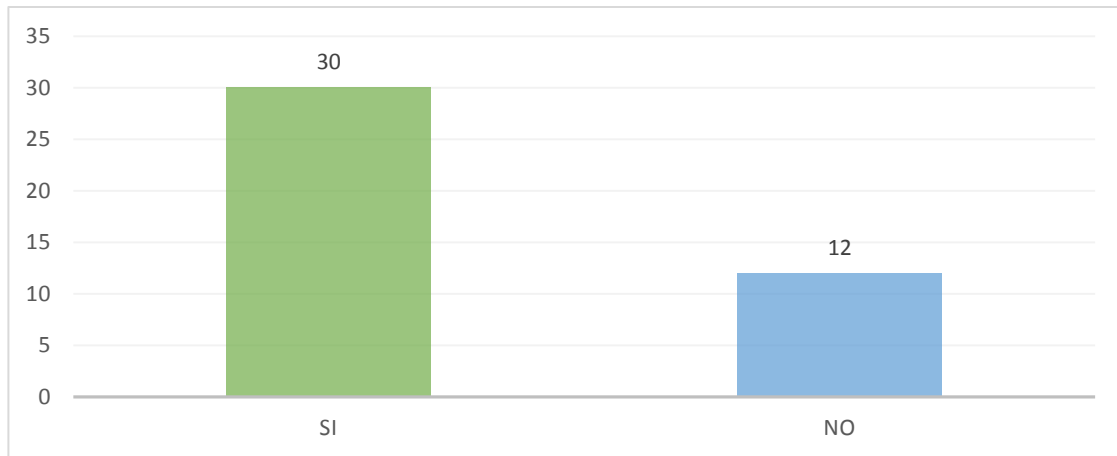
AREAS IMPORTANTES DEL FUNCIONAMIENTO QUE TIENEN AFECTACIÓN O DETERIORO EN VETERANOS CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.



FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

GRAFICO 17

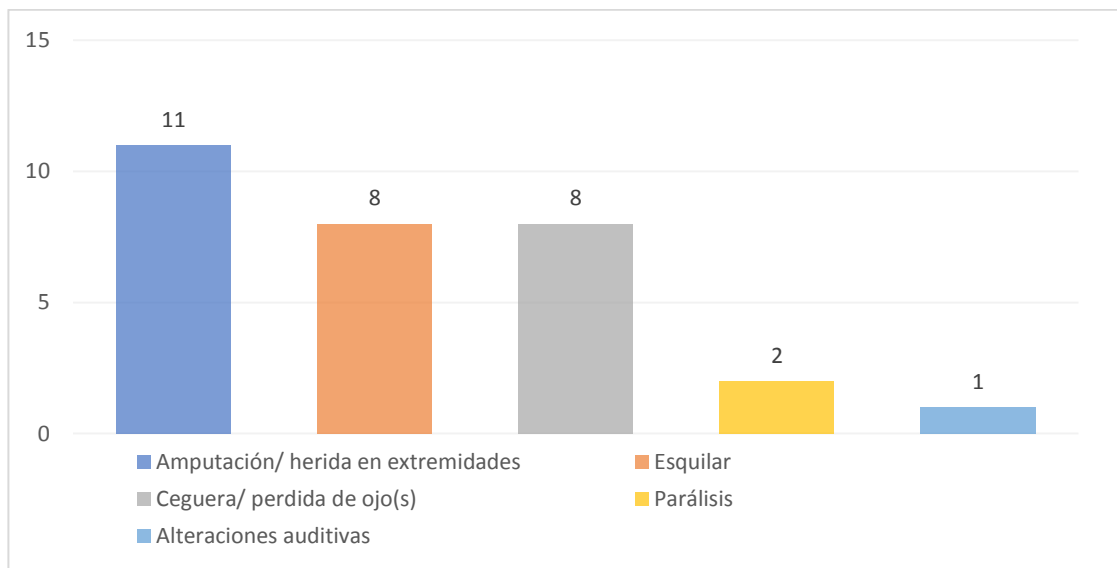
PRESENCIA DE SECUELAS FISICAS EN VETERANOS DE GUERRA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.



FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

GRAFICO 18

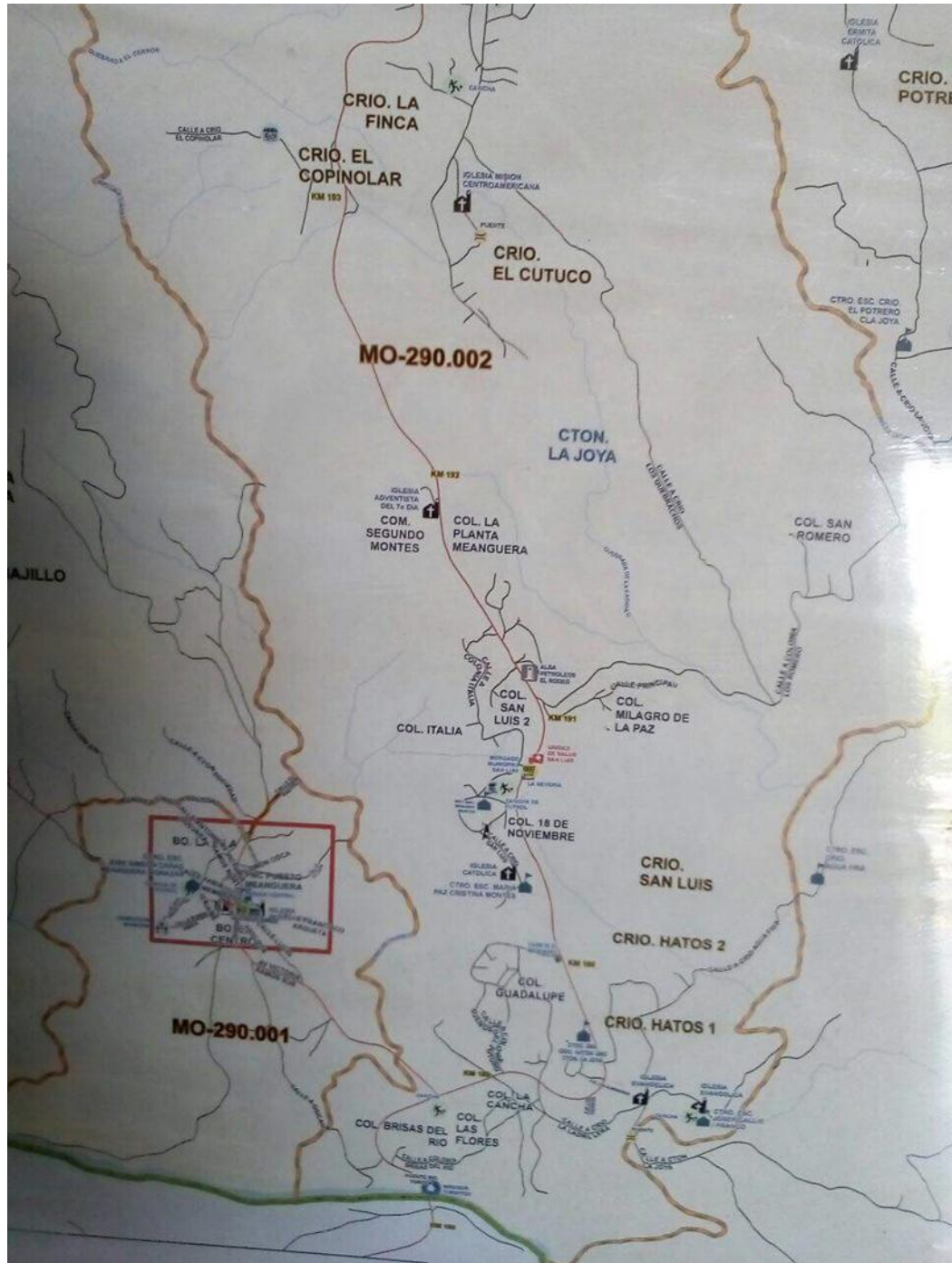
TIPOS DE SECUELAS FISICAS SUFRIDAS POR VETERANOS DE GUERRA CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.



FUENTE: ENCUESTA SOBRE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO JUNIO 2018

ANEXO 3

MAPA DE CASERIO SAN LUIS, MUNICIPIO MEANGUERA, MORAZÁN





ANEXO 4

FOTOGRAFÍAS DURANTE ENTREVISTAS A VETERANOS DE GUERRA INSCRITOS EN UCSF SAN LUIS MAYO-JUNIO 2018



Ilustración 1 Dr. Ramos durante entrevista a veterana de guerra



Ilustración 2 Dr. Henríquez durante entrevista a veterano de guerra



Ilustración 3 Grupo de trabajo de graduación
(Dr. Henríquez, Dr. Ramos, Dr. Rivera)