

5. Alteraciones psiquiátricas agudas en una muestra de damnificados por los terremotos en la Ciudad de México

Jorge J. Caraveo Anduaga
Luciana Ramos Lira
Jorge A. Villatoro Velázquez

Introducción

Desastres como el ocurrido en la ciudad de México en septiembre de 1985 patentizan nuestra vulnerabilidad humana y social. Al considerar el impacto que causan es necesario crear una infraestructura teórica acerca del tipo de necesidades por solventar para cada caso específico. Entre ellas está, de manera prioritaria, delimitar el tipo de trastornos psiquiátricos que surgen en diferentes momentos como consecuencia de una calamidad.

Nuestro interés se dirigirá básicamente a las reacciones surgidas inmediatamente después del terremoto de la ciudad de México, es decir, los trastornos psiquiátricos agudos. Al respecto, la literatura acerca del tema señala diferentes posturas: algunos autores como Ollendick y Hoffman⁽¹⁾ mencionan que cuando hay un desastre es de esperarse que surjan problemas emocionales intensos, mientras que otros como Baisden y Quarantelli⁽²⁾ consideran que este tipo de problemas raramente ocurren. A pesar de tales divergencias, por lo general existe un consenso en los comunicados clínicos y epidemiológicos acerca de víctimas de desastres, en cuanto a los hallazgos clínicos como: insomnio, pesadillas, ansiedad, depresión, disminución de la adaptación a la vida cotidiana y otras alteraciones.

Los síntomas mencionados han sido incluidos en un síndrome que el DSM-III conceptualiza como "trastorno de estrés postraumático", que incluye: la revivencia del hecho traumático, interés e intervención menores en el mundo externo, y una variedad de síntomas del sistema nervioso autónomo, disfóricos y cognitivos.

Erickson menciona como reacciones ante desastres: temor, pesadillas nocturnas intensas, depresión y sentimientos de culpa por haberse salvado después que los seres queridos perdieron la vida.⁽³⁾

Powell y Penick⁽⁴⁾ comentan que inmediatamente después de una inundación se incrementaron en forma significativa el estrés y una serie de síntomas como tensión, dolores de cabeza, pérdida del apetito, problemas para dormir, temor a estar solo, temblores de manos, etc. Leonard⁽⁵⁾ menciona, entre las reacciones inmediatas a un desastre, el malestar agudo y la preocupación constante por los hechos sucedidos, revivir las experiencias pasadas durante la crisis, y principalmente ansiedad y síntomas depresivos acompañados de insomnio. Señala también, de manera importante, la ausencia de una respuesta emocional normal; lentitud y falta de energía; dificultad subjetiva para pensar y sentir; prueba de la realidad y juicio pobres. Estima que 50–60% de personas mostraron malestar significativo durante ese periodo, lo que coincidió con lo observado en otros desastres.^(6,7)

Las reacciones surgidas como consecuencia de desastres son objeto de controversia en cuanto a que puedan deberse a predisposición individual, al empeoramiento psicológico, o a la magnitud del estrés. Hoiberg y McCaughey,⁽⁸⁾ Leopold y Dillon,⁽⁹⁾ Ursano y col.⁽¹⁰⁾ y Hocking⁽¹¹⁾ apoyan la posición de que la intensidad del desastre es el factor más importante, y que los individuos sin historia de trastornos emocionales pueden ser afectados adversamente si el nivel de estrés es mayor del que pueden afrontar. Lifton y Olson⁽¹²⁾ también mencionan que, sin negar la existencia de variaciones significativas en la vulnerabilidad psicológica, la impresión en un desastre reviste la característica de trauma masivo que sobrepasa las diferencias individuales y siempre produce, sorpresivamente, formas de empeoramiento. Al respecto, Kardiner,⁽¹³⁾ quien inició sus observaciones en situaciones de guerra, explica el trauma masivo de esta manera: el hecho traumático rompe el equilibrio entre el yo y el medio ambiente, al abrumar los dispositivos de defensa de los que el yo dispone. La ansiedad abruma y la disminución del yo puede ser tan completa que lleve a la muerte. El equipo adaptativo entero queda así desintegrado. Esto concuerda con estudios de las dos guerras mundiales, y las de Corea y Vietnam;⁽¹⁴⁾ por tanto, Lifton⁽¹⁵⁾ menciona que es necesario abordar el trabajo en tales áreas en términos como neurosis traumática, neurosis postraumática o síndrome traumático.

La posición contraria, asumida por autores como Powell y Penick⁽⁴⁾ señala que existe una relación positiva entre malestar emocional antes y después del desastre, y sugiere que los individuos con problemas

psicológicos pueden ser especialmente vulnerables a los efectos emocionales de una catástrofe.

Es importante señalar que el impacto psicológico, psiquiátrico o de ambos tipos, en las víctimas de tales acontecimientos, no sólo se limitan a los damnificados directos. Al respecto Shippee y col.,⁽¹⁶⁾ en un estudio de las percepciones que la comunidad tiene de los cataclismos naturales, observaron que los habitantes de zonas cercanas a un lugar de desastre presentaron temores de que algo similar ocurriera en su zona, y los más temerosos percibían como que vivían más cerca de la zona afectada, de lo que efectivamente estaban.

Por otra parte, Davidson y Lifton consideran que consecuentemente, el personal que interviene en situaciones de desastre, puede sufrir efectos emocionales. Jones⁽¹⁷⁾ en su estudio sobre el personal que transportó los cadáveres del suicidio colectivo en Guyana, advirtió una relación positiva entre mayor estrés emocional y juventud, inexperiencia, menor jerarquía y grado de exposición a los cuerpos.

El presente artículo tiene como objetivo comentar los síntomas y síndromes psiquiátricos presentados por los damnificados del terremoto de la ciudad de México en 1985, en la etapa inmediata al desastre.

Material y métodos

Se diseñó un cuestionario a manera de entrevista para ser aplicado a la población adulta de 18–64 años de edad, damnificada, y que vivía en los albergues coordinados por el Departamento del Distrito Federal (ciudad de México). La entrevista fue diseñada siguiendo los criterios del DSM–III⁽¹⁸⁾ y se tomó como base la categoría diagnóstica del trastorno por estrés postraumático. Otras categorías por estudiar fueron seleccionadas con base en la experiencia de estudios epidemiológicos previos^(19,20) y con arreglo a la literatura acerca del tema; se incluyeron los siguientes trastornos: crisis de angustia, agorafobia, fobia simple, ansiedad generalizada, y depresión.

Para estas últimas categorías la entrevista fue diseñada de tal forma que se obtuviera una valoración de los síntomas preexistentes, su exacerbación a partir de los sismos, o su aparición a raíz de ellos.

Otra forma de describir las características clínicas de la población es delinear síndromes cuya combinación, a través de reglas establecidas, deviniese en categorías diagnósticas. Este tipo de enfoque permite apreciar de manera más detallada las reacciones, puesto que habrá sujetos que no reúnan los requisitos para ser considerados como "casos", con base en una clasificación (en este estudio, el DSM–III) y, sin embargo, hayan experimentado malestar.

En ese sentido, para los fines de este comunicado, agrupamos los items para constituir algunos de los síndromes descritos por Wing⁽²¹⁾ en el PSE. Es importante resaltar que no se construyó la entrevista con base en este instrumento, y por tanto, los síntomas incluidos en cada síndrome no representan la totalidad de los puntos descritos en el manual del PSE, y a pesar de haber utilizado las reglas establecidas en el programa CATEGO⁽²¹⁾ para arribar a categorías diagnósticas de trastornos no psicóticos, la clasificación deberá considerarse a la luz de las adaptaciones hechas para el análisis de este trabajo (cuadro 1).

Para la selección de la muestra se siguió un esquema de muestreo por conglomerados, con dos etapas de selección. En la primera se escogieron con igual posibilidad y sin discriminaciones los albergues, para quedar incluidos en la muestra un total de 75 de ellos. En la segunda, se seleccionaron con iguales posibilidades a los sujetos, con base en las listas de familias, del número de sus integrantes, entre los 18–64 años, que hubieran pasado la noche en los albergues. Siguiendo un orden preestablecido por números aleatorios, se entrevistó a una persona por familia.

Cuadro 1. Síndromes integrados, confiabilidad por reactivo y calificación de intensidad

SINDROME	Número de reactivo	K	Calificación
1. Preocupaciones (WO)	22	0.89	0 = Sin síntomas
	24	0.86	2 = 2 síntomas
	28b	0.82	3 = 3 o 4 síntomas
	28c	0.72	

2. Irritabilidad (IT)	25	1.0	0 = Sin síntomas
			2 = Presente
3. Interés y concentración (IC)	4	0.46	0 = Sin síntomas
	10	0.89	2 = 1 síntoma
			3 = 2 síntomas
4. Otros síntomas depresivos	28a	0.88	0 = Sin síntomas
(OD)	28b.3	0.87	2 = 2 síntomas
5. Falta de energía (LE)	28c	0.82	0 = Sin síntomas
	28d	0.60	2 = 1 o 2 síntomas
6. Despersonalización (DE)	5	0.70	0 = Sin síntomas
			2 = Presente
7. Psicosis inespecífica (UP)	Lenguaje incoherente	–	0 = Sin síntomas
	Contusión mental	–	2 = 1 o más síntomas
	Alucinaciones	–	
	Conducta bizarra	–	
8. Depresión simple (SD)	27	0.82	0 = Sin síntomas
	28f	0.88	3 = 2 o 3 síntomas
	28g	0.89	
9. Síntomas especiales de la depresión (ED)	6	0.84	0 = Sin síntomas
	9	0.89	2 = 1 síntoma
	28e	0.86	3 = 2 o 3 síntomas
10. Ansiedad general (CA)	13	1.0	0 = Sin síntomas
	14	1.0	3 = 2 o más síntomas
	21	0.86	
	23	0.88	
11. Ansiedad situacional (SA)	17	1.0	0 = Sin síntomas
	18	0.58	2 = 2 síntomas
	19	0.51	3 = 3 o 4 síntomas
	20	0.74	

En virtud de la movilidad de la población, en forma adicional se incluyó a una de cada tres personas que no aparecían en las listas.

Antes de realizar el trabajo de campo se verificó una encuesta piloto del instrumento, en albergues no incluidos en la muestra definitiva, para valorar la adecuación y comprensión por parte de la población por estudiar, así como una fase de entrenamiento y evaluación de la confiabilidad.

La entrevista fue aplicada por personal de salud previamente capacitado, iniciándose el estudio de campo a un mes de acaecido el desastre y por un lapso de dos meses y medio.

Resultados

La confiabilidad general en el manejo del instrumento fue buena, y se obtuvo un valor medio del Kappa de 0.86.

La confiabilidad de los componentes de los síndromes integrados para este trabajo aparece en el cuadro 1; el valor medio de Kappa fue de 0.82 con rangos de 0.46 a 1.0.

Características de la población estudiada. Se entrevistaron con buen éxito a 652 personas en total, de las cuales 641 correspondieron al intervalo de edad de 18 a 64 años. De ellas, 26.2% ($N = 171$) fueron varones y 62.3% ($N = 406$) mujeres; en 75 sujetos no se indicó el sexo.

La edad promedio fue de 35 años, con una desviación estándar de 12.44. La escolaridad promedio fue de 5.7 años, con una desviación estándar de 3.86.

El 96% de la población incluida habla sufrido pérdidas materiales; el 50%, pérdida parcial de su vivienda, y el 39%, pérdida total; en el 5% se careció de información. El 2% señaló la muerte de familiares, amigos o ambos, y 49 personas (7.5%) manifestaron haber quedado atrapadas, en su mayoría sin daño físico.

Hallazgos clínicos. En trabajos previos^(22,23) se publicaron los resultados, con arreglo a las categorías del DSM-III. La prevalencia en los diagnósticos de crisis de angustia, ansiedad generalizada y depresión fue de 6.4%, de los cuales 3% se exacerbaron a partir del sismo. Por otra parte, la incidencia de esos trastornos fue de 35.6%, apreciándose un porcentaje de sujetos con ansiedad generalizada (19.2%) mayor que con trastorno depresivo mayor (13.3%). El estrés postraumático se observó en 37.6% de los sujetos, y mostró remisión en 5.8%..

En el cuadro 2 se presentan los porcentajes de los síntomas, por síndromes considerados para este estudio. Podemos apreciar que, entre las manifestaciones prevalentes, son más frecuentes las de índole reactiva, que indican tensión y ansiedad. En la incidencia destaca, por una parte, la "necesidad de salir acompañado", y por otra, el "sentimiento de malestar por haber sobrevivido"; desafortunadamente en ambos reactivos no se previó la valoración de la persistencia de tales síntomas. La tristeza persistente por dos semanas fue el reactivo que alcanzó la puntuación más alta en frecuencia, 54.3%, y había mostrado remisión en 24.4% para el momento de la encuesta. El temor al futuro, es decir, la incertidumbre, constituyó el segundo trastorno más señalado, y el que mayor porcentaje presentó durante el estudio, acompañado por síntomas del síndrome de ansiedad generalizada.

Cuadro 2. Porcentaje de síntomas señalados

	Prevalencia	Incidencia R ¹	Incidencia A ¹
<i>Preocupaciones (WO)</i>			
22. Fatigado, inquieto, dolores musculares	18.4	5.1	28.8
23. Temeroso, preocupado por el futuro	18.3	3.7	48.6
28b. No concilia sueño	23.5	3.1	21.9
28c. Despertar constante	18.3	2.8	29.4
<i>Irritabilidad (IT)</i>			
25. Irritable, impaciente	25.0	3.7	31.6
<i>Interés y concentración (IC)</i>			
4. Disminución de interés	9.7	6.0	26.7
10. Dificultad en concentración	15.2	4.9	20.4
<i>Otros síntomas depresivos (od)</i>			
28a. Aumento o disminución de apetito	16.4	6.7	29.6
28b3. Despertar temprano	34.2	1.7	18.6
<i>Falta de energía (LE)</i>			
28c. Falta de energía	23.9	2.1	27.8
28d. Movimientos lentos	8.2	2.3	13.8
<i>Despersonalización (DE)</i>			

5. Sentimientos de irrealidad	6.0	13.5	27.1
<i>Depresión simple (SD)</i>			
27. Tristeza diaria por 2 semanas	11.4	24.4	29.9
28f. Lentitud del pensamiento	15.3	3.4	19.9
28g. Pensar en la muerte	16.9	2.8	14.4
<i>Síntomas especiales depresivos (ED)</i>			
6. Capacidad reacción emocional	7.8	5.5	18.4
9. Mal por haber sobrevivido		30.4	
28c. Autodesprecio, culpa	11.0	2.3	14.1
<i>Ansiedad general (GA)</i>			
13. Ataques de miedo inmotivados	7.4	3.5	7.5
14. Episodios semanales de miedo	2.8	4.6	–
21. Nervioso, ansioso	21.6	10.4	35.7
23. Sudores, boca seca, etc.	17.6	6.4	32.5
<i>Ansiedad situacional (SA)</i>			
17. Necesita acompañante	–	31.4	
18. Miedo en lugares públicas	13.2	10.9	19.3
19. Miedos situacionales	24.0	8.6	12.9
20. Interferencia con actividades	–	19.5	–
<i>Psicosis inespecífica (UP)</i>			
Lenguaje incoherente	–	–	2.4
Confusión mental	–	–	1.7
Alucinaciones	–	–	0.5
Conducta bizarra	–	–	2.6

¹ En remisión.

² Actual.

El perfil sindromático aparece en el cuadro 3, donde se aprecia la forma en que los síndromes de ansiedad GA y SA se presentaron y desaparecieron en un porcentaje similar al que persistía en el momento de la valoración. En cambio, los síndromes propios de la depresión tendieron a persistir o incrementarse. Al respecto, el síndrome ED presenta los mayores porcentajes en la incidencia R1, por estar incluido el reactivo "malestar por haber sobrevivido" que, como señalamos, sólo se evaluó en cuanto a su incidencia general.

Cuadro 3. Perfiles sindromáticos

Prevalencia		Incidencia R ¹		Incidencia A ²	
Síndromes	%	Síndromes	%	Síndromes	%
LE	26.7	ED	35.2	WO	37.1
IT	25.0	GA	21.8	IC	36.8
IC	22.2	SA	19.1	LE	32.4
WO	20.3	DE	13.5	IT	31.6
GA	10.3	IC	9.8	DE	27.1
SD	8.6	LE	4.3	SA	23.1
OD	8.6	IT	3.7	CA	21.9
SA	7.4	WO	3.1	OD	15.6
DE	6.0	SD	0.8	SD	11.5
ED	2.5	OD	0.2	ED	5.7
				UP	4.9

¹ En remisión.

² Actual.

Las categorías diagnósticas derivadas de la combinación de los síndromes con base en el programa CATEGO se muestran en el cuadro 4. Las primeras cuatro se refieren a formas depresivas, las dos

siguientes, a trastornos de ansiedad, y XN incluye sólo síndromes neuróticos no específicos. Advertimos que los trastornos ansiosos predominan en los tres momentos considerados: en prevalencia, 10.3%; en remisión, 7.4%, y actual, 26.2%; las formas depresivas mostraron 8.7% en la prevalencia, 0.9% en remisión y 15.7% en el momento de la encuesta.

La frecuencia de síndromes y categorías diagnósticas por sexos se muestra en los cuadros 5 y 6, respectivamente. En la prevalencia sólo se detectó una diferencia estadísticamente significativa en el sexo masculino, en la categoría de trastorno neurótico no específico. En cambio, la expresión sindromática del impacto de la catástrofe es significativamente notable, en el sexo femenino. Las categorías diagnósticas que muestran diferencias estadísticas con predominio en las mujeres son los trastornos de ansiedad y las formas probables de neurosis depresiva; las otras categorías depresivas no mostraron diferencias, ni la sintomatología probable psicótica (síndrome UP).

Cuadro 4. Categorías diagnósticas con base en el programa CATEGO

Categorías	Prevalencia		Incidencia R ¹		Incidencia A ²	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
SD	29	4.5	1	0.2	23	3.5
RD	7	1.1	1	0.2	23	3.5
ND?	18	2.8	2	0.3	50	7.7
ND	2	0.3	1	0.2	6	0.9
AN	67	10.3	17	2.6	105	16.1
PN	–	–	31	4.8	66	10.1
XN	150	23.0	113	17.3	71	10.9

¹ En remisión.

² Actual.

Se analizó la frecuencia de categorías diagnósticas por grupos de edad, sin detectar diferencias estadísticas significativas. La variable ocupación/desocupación tampoco mostró diferencia. Al analizar las categorías diagnósticas por las variables edad, ocupación/desocupación, estado civil, hijos muertos en el sismo y manejo de cadáveres, no se advirtieron diferencias estadísticamente significativas.

Cuadro 5. Prevalencia e incidencia de síndromes por sexo ⁽³⁾

Síndromes	Prevalencia				Incidencia R ¹				Incidencia A ²			
	Hombres		Mujeres		Hombreó		Mujeres		Hombreó		Mujeres	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
WO	26	23.8	88	21.6	2	1.2	15	3.7	40	23.4	179	44.1**
IT	36	21.1	101	24.9	9	5.3	14	3.4	32	18.7	156	38.4**
IC	36	21.1	91	22.4	19	11.1	37	9.1	49	28.6	166	40.9**
OD	14	8.2	34	8.4	1	0.6	–	–	10	5.8	59	14.5*
LE	40	23.4	115	28.3	3	1.8	25	6.2*	40	23.4	152	37.4**
DE	7	4.1	24	5.9	21	12.3	58	14.3	27	15.8	134	33.0**
UP	–	–	–	–	–	–	–	–	8	4.7	23	5.7
SD	13	7.6	37	9.1	1	1.2	2	0.5	15	8.8	76	18.7*
ED	21	12.3	71	17.5	51	29.9	158	38.9*	33	19.3	127	31.3*
GA	21	12.3	41	10.1	2	1.2	15	3.7	23	13.5	110	27.1**
SA	6	3.5	35	8.6	22	12.9	87	21.4**	24	14.1	106	26.1**

¹ En remisión.

² Actual.

³ Hombres = 171; Mujeres = 406.

* χ^2 $p < 0.05$.

** χ^2 $p < 0.01$.

Entre la prevalencia de trastornos, la única diferencia hallada fue en la categoría depresiva ND (neurosis depresiva) en quienes sufrieron la pérdida parcial de su vivienda. en comparación con los que tuvieron

pérdida total de la misma ($\chi^2 = 6.3$; $p < 0.05$).

Cuadro 6. Prevalencia e incidencia de categorías diagnósticas por sexo³

	Prevalencia				Incidencia R ¹				Incidencia A ²			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
Síndromes	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
SD	6	3.5	20	5.0	–	–	1	0.2	5	2.9	16	3.9
RD	1	0.6	4	1.0	1	0.6	–	–	4	2.3	17	4.2
ND?	5	2.9	12	3.0	–	–	1	0.2	5	2.9	41	10.1**
ND	1	0.6	1	0.2	1	0.6	–	–	1	0.6	2	0.5
AN	21	12.3	41	10.1	1	0.6	14	3.4	18	10.5	83	20.4**
PN	–	–	–	–	6	3.5	23	5.7	8	4.7	48	11.8*
XN	51	29.8	83	20.4*	31	18.1	75	18.5	24	14.0	36	8.9

¹ En remisión.

² Actual.

³ Hombres = 171; Mujeres = 406.

* χ^2 p – 0.05.

** χ^2 p – 0.01.

Entre la incidencia persistente en el momento del estudio, la categoría depresiva RD (depresión con retardo), fue la más frecuente entre las personas que perdieron al cónyuge ($N = 4$), al padre ($N = 4$) y la madre ($N = 4$), como consecuencia del terremoto ($\chi^2 = 13.6$; $p < 0.01$ para cada una), así como en las que sufrieron la pérdida total de su vivienda ($N = 257$), en comparación con las que la perdieron en forma parcial ($N = 368$) ($\chi^2 = 3.85$; $p < 0.05$) y en quienes participaron en labores de rescate de cadáveres ($N = 34$) ($\chi^2 = 4.8$; $p < 0.05$).

La categoría ND también fue más frecuente entre los que perdieron hermanos ($N = 6$) ($\chi^2 = 16.7$; $p < 0.01$) y en personas que presenciaron derrumbes ($N = 298$) ($\chi^2 = 7.0$; $p < 0.05$) En este mismo grupo, la categoría AN (ansiedad) fue más frecuente ($\chi^2 = 4.3$; $p < 0.05$).

Por otra parte, entre las alteraciones que aparecieron a raíz del desastre pero que no persistían en el momento del estudio, la categoría diagnóstica PN (ansiedad situacional o pánico) fue más frecuente entre los que sufrieron la pérdida parcial de su vivienda ($\chi^2 = 4.9$; $p < 0.05$) y la categoría ND (depresión neurótica) fue más frecuente entre las personas que participaron en el rescate de cadáveres ($\chi^2 = 18.2$; $p < 0.01$)

Finalmente, comparamos la clasificación por las categorías señaladas en este trabajo con la clasificación hecha con base en el DSM–III, en los rubros de ansiedad generalizada y depresión (cuadros 7 y 8). Apreciamos que la especificidad de cada categoría es mayor que su sensibilidad, en comparación con el criterio DSM–III. En los rubros depresivos es importante notar la forma en que se incrementa la sensibilidad, puesto que cada categoría va abarcando un mayor número de síntomas, y por tanto, se asemeja más al criterio de depresión mayor del DSM–III.

El equilibrio entre sensibilidad y especificidad es mayor en las categorías de ansiedad que en los rubros depresivos, y la concordancia, en forma general para la incidencia actual, es satisfactoria entre una y otra clasificaciones.

Cuadro 7. Concordancia entre categorías diagnósticas de ansiedad

PN +	47	50	97	AN +	71	118	189	AN/PN +	105	66	171
PN–	69	486	555	AN–	45	418	463	AN/PN–	11	470	481
	116	536		116	536		116	536			
SENS = 40.5%			SENS = 61%			SENS* = 90.5%					
ESP. = 90.7%			ESP. = 78%			ESP.* = 87.7%					

* Valoración con base en la incidencia actual.

Cuadro 8. Concordancia entre categorías diagnósticas depresivas

	DEP +	DEP –			DEP +	DEP –			DEP +	DEP –	
--	-------	-------	--	--	-------	-------	--	--	-------	-------	--

SD +	10	43	53	RD +	20	11	31	ND +	36	43	79
SD-	74	522	599	RD-	64	557	621	ND-	48	525	573
	84	568			84	568			84	568	
SENS = 12%			SENS = 24%			SENS = 43%					
ESP = 92.4%			ESP = 98%			ESP = 92.4%					
	DEP +	DEP -									
SE/RD/ND +	62	40	102								
SD/RD/ND-	22	528	550								
	84	568									
SENS* = 74%											
ESP* = 93%											

* Valoración con base en la incidencia actual

Comentarios y conclusiones

Los resultados muestran que hubo por igual exacerbación de síntomas preexistentes y aparición de ellos como consecuencia de la catástrofe

Los síntomas presentados mayormente por la población, en prevalencia y en incidencia actual, en el momento del estudio, corresponden a los considerados por Wing como no específicos, modificándose únicamente en el orden de frecuencia y agregándose la despersonalización (DE), que está incluida en el síndrome de estrés postraumático. A la vez, entre los síndromes específicos, la ansiedad situacional fue señalada con mayor frecuencia, lo que concuerda con la experiencia vivida.

Por otra parte, entre los síndromes surgidos como consecuencia de los terremotos pero que mostraron remisión, se destacan los específicos de ansiedad y despersonalización, y en menor porcentaje, hallazgos que concuerdan con lo asentado en la literatura.⁽³⁻⁵⁾ Es importante hacer notar que este tipo de reacciones se apagan a las que aparecen en situaciones de duelo normal;⁽²⁴⁾ en tanto que "sentirse mal por haber sobrevivido" y la "autodepreciación y culpa persistentes" son más comunes en duelos patológicos. Al respecto, Raphael⁽²⁵⁾ ha señalado que aproximadamente un tercio de las personas con duelo pueden presentar problemas y requerir de atención específica.

Ahora bien, como factores de riesgo para un duelo patológico se han citado: el tipo de muerte, características de la relación y del superviviente, y circunstancias sociales.⁽²⁴⁾ Al respecto, el análisis con base en las variables consideradas mostró que las personas que sufrieron pérdidas significativas tenían, en forma persistente, cuadros de depresión con retardo (RD), y también los tuvieron algunas de las que participaron en el rescate de cadáveres.

También se ha resaltado que después de la aceptación de la muerte es cuando surgen la depresión y la ansiedad; en este sentido, el perfil sindromático de nuestra población así lo denota.

Otro aspecto que requiere atención es el predominio de las reacciones en el sexo femenino, cuya expresión de malestar ha sido señalada como más permisible en diversos estudios.⁽²⁶⁾ Al respecto, se ha comentado que los varones tienen más problemas no resueltos que las mujeres después de situaciones de duelo, y los datos de un estudio llevado a cabo entre las víctimas del desastre en San Juan Ixhuatepec* han mostrado que los varones presentaron una reacción postraumática tardía seis meses o más después del siniestro, y disminuyó la diferencia por sexos advertida en la fase aguda de la reacción.

Es importante considerar que las reacciones observadas en este estudio corresponden a una muestra de la población damnificada y por tanto, en mayor riesgo de desarrollar o presentar patología, con base en su situación.

De hecho, Lifton y Olson⁽¹²⁾ mencionan como factor importante, en el desarrollo de problemas emocionales, la persistencia de una relación continua con los sobrevivientes de un desastre, como en este caso. Sin embargo, a diferencia de lo indicado por Ahearn,⁽²⁷⁾ quien detectó un incremento de 49.5% de los trastornos neuróticos en damnificados atendidos en el hospital psiquiátrico de Managua en el primer trimestre después del sismo, en nuestro estudio advertimos un incremento de 20% en las categorías diagnósticas específicas

aquí consideradas.

La diferencia también puede obedecer a lo que Erikson⁽³⁾ ha llamado "el segundo desastre", refiriéndose a las consecuencias derivadas de la desorganización social y física de una comunidad, que afortunadamente en nuestro caso fue atendida de manera eficiente.

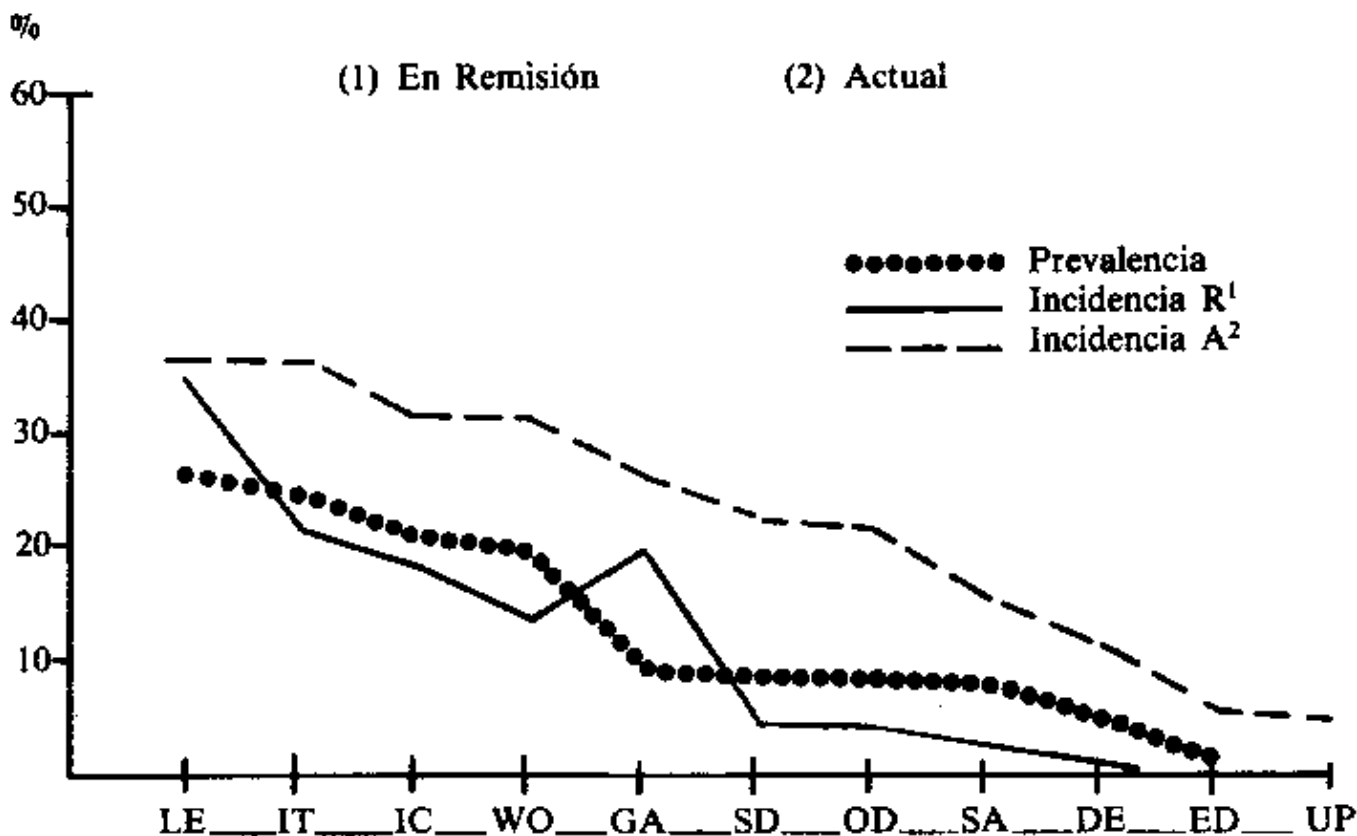


Figura 1. Perfiles sindromáticos

Referencias

1. Ollendick DG, Hoffman SM: Assessment of psychological reactions in disaster victims. *J Community Psychol* 11:157-167, 1982.
2. Baisden B, Quarantelli EL: The delivery of mental health services in community disasters. An outline of research findings. *J Community Psychol* 9:120-134, 1982.
3. Erikson TK: *Everything in its path*. New York, Simon and Schuster, 1976.
4. Powell BJ, Penick EC: Psychological distress following a natural disaster: A one year follow-up of 98 flood victims. *J Community Psychol* 11:269-276, 1983.
5. Leonard D: The psychological sequelae to disasters. *Aust Fam Physician* 2:841-845, 1983.
6. Parker G: Cyclone Tracy and Darwin evacuees: On the restoration of the species. *Br J Psychiatry* 130:548-555, 1977.
7. Milne G: Cyclone Tracy: *Psychological and social consequences*. *Planning for people in natural disasters*. Townsville, Queensland, James Cook University, 1977, pp. 116-123.
8. Hoiberg A, McCaughey BG: The traumatic after-effects of collision at sea. *Am J Psychiatry* 141:70-73, 1984.

9. Leopold RL, Dillon H: Psycho-anatomy of a disaster: A Long term study of post-traumatic neuroses in survivors of a marine explosion. *Am J Psychiatry* 119:913-921, 1963.
10. Ursano RJ, Boydston JA, Wheatley RD: Psychiatric illness in U.S. Air Force Vietnam prisoner of war: A five - year follow up. *Am J Psychiatry* 138:310-314, 1981.
11. Hocking F: Psychiatric aspects of extreme environmental stress. *Disease Nervous System* 31:542-545, 1970.
12. Lifton RJ, Olson E: The human meaning of total disaster. Buffalo Creek experience. *Psychiatry* 39:1-18, 1976.
13. Kardiner A: Traumatic neuroses of war, en *American Handbook of Psychiatry*. Editado por Arieti S. New York, Basic Books, 1959.
14. Van Putten T, Emor WH: Traumatic neuroses in Vietnam. *Arch Gen Psychiatry* 29:695-698, 1973.
15. Lifton RS: *Home from the war*. New York, Simon and Schuster, 1973.
16. Shippee GE, Bradford R, Gregory WL: Community perceptions of natural disasters and postdisaster mental health services. *J Community Psychol* 10:23-28, 1982.
17. Jones DR: Secondary disaster victims: The emotional effects of recovering and identifying human remains. *Am J Psychiatry* 142:303-307, 1985.
18. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual*, Tercera edición (DSM-III). Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1984.
19. Medina-Mora ME, Padilla P, Mas C, et al: Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de la práctica médica general. *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat* 31:53-61, 1985.
20. Padilla GP, Pelaez O: Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica. *Salud Mental* 8:66-72, 1985.
21. Wing JK, Cooper JE, Sartorius N: *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge, Cambridge University Press, 1974.
22. Tapia CR, Sepúlveda AJ, Medina-Mora ME, et al: Prevalencia del síndrome de estrés postraumático en la población sobreviviente de un desastre natural. *Salud Pública Mex* 29:406-411, 1987.
23. De la Fuente JR: Las consecuencias del desastre en la salud mental. *Salud Mental* 9:3-8, 1986.
24. Murray PC: Bereavement. *Br J Psychiatry* 146:11-17, 1985.
25. Raphael B: Preventive intervention with the recently bereaved. *Arch Gen Psychiatry* 34:1450-1454, 1977.
26. Caraveo J, Ramos LL, González FC: Diferencias en la sintomatología psíquica de uno y otro sexo, en una muestra de pacientes de la consulta médica general. *Salud Mental* 9:85-90, 1986.
27. Ahearn F: Ingresos en servicios de psiquiatría después de un desastre natural. *Bol Of Sanit Panam* 97:325-335, 1984.

Apéndice

Prevalencia de trastornos emocionales asociados con los sismos ocurridos en la ciudad de México en septiembre de 1985

Albergue _____
 Nombre del jefe de familia _____
 Lista de las personas de 18 a 64 años que componen la familia

(Ordenar cronológicamente de mayor a menor)

Nombre	Sexo	Edad	Observaciones
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Número de la persona seleccionada			
¿Se realizó la entrevista?			
No se realizó la entrevista, motivo del rechazo			

1. El jefe de familia ya no vive en el albergue (entrevista no recuperable).
2. El jefe de familia no se encontraba en el albergue en ese momento (entrevista recuperable)
3. Se negó a dar información
4. Se encontraba imposibilitado para dar información (porque es sordo, está ebrio, enfermo, etc.)
5. Otros (especifique)_____

Presentación: Buenas tardes/noches, soy_____ y estoy trabajando en un estudio del Instituto Mexicano de Psiquiatría y de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud. Estamos interesados en hablar con la gente sobre las reacciones emocionales asociadas con eventos como los que ocurrieron en la ciudad de México los pasados días 19 y 20 de septiembre. Necesitamos la cooperación de todas las personas que al azar Fueron escogidas para formar esta muestra. Todas sus respuestas serán confidenciales, Ninguna persona puede ser identificada a partir de la entrevista ya que los resultados consisten en una tabulación de las respuestas de todos y no se usaran nunca los nombres de los entrevistador. La entrevista toma aproximadamente 15 minutos. ¿Podemos empezar?

REACCIONES EMOCIONALES EN SITUACIONES DE CRISIS

Eventos como fueron los sismos que ocurrieron en la Ciudad de México los pasados días 19 y 20 de septiembre, provocan una serie de efectos en el individuo que son normales y que, en gran medida, constituyen reacciones de ajuste ante una situación, inesperada y de crisis. A continuación le voy a leer una lista de las reacciones más comunes, a fin de que usted me diga si las ha experimentado. Es probable que usted haya sentido alguna de ellas antes de los sismos; en ese caso es importante que indique si se han intensificado a partir de ellos (encierre en un círculo la respuesta más apropiada).

¿Podemos empezar ahora?

I. SINTOMAS REPORTADOS A PARTIR DE LOS SISMOS

1. ¿Ha tenido recuerdos recurrentes y repetitivos del sismo (sonidos, imágenes, olores, etc.)?
2. ¿Ha tenido sueños repetitivos acerca del sismo?
3. ¿Ha actuado o ha sentido como si el sismo volviera a producirse? (ej.: asociado cuando se va la luz, tormentas, escucha ambulancias, etc.)
4. ¿Ha disminuido su interés en una o más actividades importantes para ud.?
5. ¿Ha sentido extraño, como si las cosas fueran un sueño, como si no tuviera sentimientos, como si estuviera actuando en un teatro?
6. ¿Ha sentido que ha perdido su capacidad de reaccionar emocionalmente?
7. ¿Se sobresalta o asusta fácilmente?
8. ¿Ha tenido dificultades con su sueño, se despierta continuamente, no puede dormir o duerme demasiado?

9. ¿Se ha sentido mal por haber sobrevivido cuando otros no pudieron hacerlo o por la manera que actuó para sobrevivir?
10. ¿Ha tenido dificultades con su memoria o con su concentración?
11. ¿Ha evitado situaciones o lugares que le recuerden el acontecimiento?
12. ¿Ha sentido que su miedo, temor, nervios, aumenta al recordar el desastre? (T.V., cine, periódico, etc.)
13. ¿Ha tenido ataques o episodios en que haya sentido miedo exagerado y repentino, sin existir un motivo aparente? En caso negativo pase a pregunta 17.
14. ¿Alguna vez en su vida ha experimentado por lo menos un episodio por semana, durante 3 semanas seguidas?
15. Durante esos episodios ha sentido:
- a) Falta de aire, no poder respirar
 - b) Palpitaciones (que su corazón late muy rápido)
 - c) Mareos
 - d) Hormigueo en pies o brazos
 - e) Dolores en el pecho
 - f) Sensación de sofocación o ahogo
 - g) Se sintió a punto de desmayarse
 - h) Sudoroso
 - i) Estremecimientos o temblores
 - j) Sensaciones de sudores o escalofríos repentinos
 - k) ¿Que las cosas a su alrededor parecían irreales?
 - l) ¿Miedo a morir o volverse loco?
16. ¿Hay situaciones o lugares que usted evita porque tiene miedo a tener un ataque de este tipo?
17. ¿Necesita a menudo un acompañante para asistir a los lugares que le provocan miedo?
18. ¿Ha sentido miedo o temor excesivo de estar solo o estar en lugares públicos de los que sea difícil escapar (túneles o puentes, en medio de mucha gente, transporte público, salir de su casa)?
19. ¿Ha sentido algún miedo o temor excesivo y duradero sin razón aparente hacia alturas, lugares cerrados, ver sangre?
20. Si ha sentido este tipo de miedos: ¿ha evitado situaciones o han interferido en sus actividades?
21. ¿Se ha sentido muy nervioso, tenso o ansioso la mayor parte del tiempo?
22. ¿Se ha sentido fatigado, inquieto, con dolores musculares o ceño fruncido?
23. ¿Ha presentado sudores, boca reseca, orinar con frecuencia o malestares estomacales?
24. ¿Se ha sentido temeroso, preocupado acerca del futuro o de que algo malo le pueda pasar a usted o a otros?
25. ¿Se ha sentido irritable, con los nervios de punta o impaciente?
26. ¿Se ha sentido triste, desganado, sin esperanza, negativo o que nadie lo quiere? En caso negativo pasar a la pregunta 28.
27. ¿Ha experimentado este sentimiento todos los días por lo menos durante dos semanas?
28. Ha sentido:
- a) ¿Falta/aumento de apetito o pérdida de peso?

b) Dificultades en el sueño:

- b.1. No concilia el sueño
- b.2. Se despierta constantemente
- b.3 Se despierta demasiado temprano
- b.4. Duerme demasiado
- b.5. Tiene pesadillas, sueños recurrentes

c) ¿Falta de energía o mucho cansancio?

d) ¿Que habla o se mueve lentamente, o que tiene movimientos involuntarios en brazos y piernas?

e) ¿Que no vale nada o que es inútil o culpable?

f) ¿Que ha disminuido su habilidad para pensar o que sus ideas vienen muy despacio?

g) ¿Que piensa constantemente en la muerte?

29. ¿Consumió alcohol en los últimos 12 meses?

30. ¿A partir del sismo ha bebido más de lo acostumbrado?

31. ¿Ha tenido algún problema por su forma de beber como peleas, discusiones familiares, etc.?

Ficha de identificación

Edad			Sexo:	masc.	1	
	60	61		fem.	2	62

ALBERGUE 1 2 3

No. DE CUESTIONARIO 4 5 6 7

Ausente	Presente antes del sismo	Intensificado a partir del sismo	Aparición u partir del sismo		
			Ausente en la última semana	Presente en la última semana	
1	2	3	4	5	
No			Sí		8
No			Sí		9
No			Sí		10
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	11
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	12
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	13
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	14

No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	15
No			Sí		16
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	17
No			Sí		18
No			Sí		19
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	20
No			Sí		21
No			Sí		22
No			Sí		23
No			Sí		24
No			Sí		25
No			Sí		26
No			Sí		27
No			Sí		28
No			Sí		29
No			Sí		30
No			Sí		31
No			Sí		32
No			Sí		33
No			Sí		34
No			Sí		35
No			Sí		36
No			Sí		37
No			Sí		38
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	39
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	40
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	41
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	42

				semana	
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	43
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	44
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	45
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	46
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	47
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	48
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	49
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	50
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	51
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	52
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	53
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en	54

				la última semana	
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	55
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	56
No	Sí				57
No			Sí		58
No	Sí, igual que antes	Sí, más que antes	A partir del sismo, ausente en la última semana	A partir del sismo, presente en la última semana	59

Escolaridad entrevistado	63	64	Escolaridad jefe de familia	65	66
--------------------------	----	----	-----------------------------	----	----

(AÑOS CURSADOS)

Ocupación 1. Trabaja 2. Estudia 3. Trabaja y estudia 4. Jubilado/incapacitado 5. Ama de casa 6. Desempleado antes del 7. Desempleado después del sismo	67
Estado civil 1. Soltero 2. Casado/unión libre 3. Divorciado/separado 4. Viudo	68
Domicilio antes del sismo _____ _____ _____	69
¿Su familia se ha separado a raíz del sismo? 1. Sí 2. No	70
¿Dónde estaba cuando ocurrió el sismo? 1. Casa 2. Trabajo, escuela 3. Calle 4. Transporte 5. Fuera del D. F.	71
¿Donde se encontraba, ¿presenció la caída de casas/edificios? 1. Sí 2. No	72
¿Quedó atrapado? 1. No 2. Si, sin daño físico 3. Sí, con daño físico temporal 4. Si, con daño físico permanente	73
¿Cuanto tiempo? (Horas)	74 75 76

¿A raíz del sismo, murió algún familiar o amigo? 1. Sí 2. No			
1. Cónyuge o pareja	77		
2. Padre o sustituto	78		
3. Madre o sustituto	79		
4. Hijos	80		
5. Hermanos	8		
6. Amigos	9		
7. Otros	10		
Después del sismo, ¿participó en labores de ayuda? 1. Sí 2 No (pase a preg.??)	15		
A. Zona de desastre			
1. Rescate de sobrevivientes	16		
2. Rescate de cadáveres	17		
3. Remoción de escombros	18		
4. Transporte/distribución de víveres u otros artículos	19		
B. En instituciones			
5. Manejo de heridos	20		
6. Manejo de cadáveres	21		
7. Toma de decisiones con respecto al rescate	22		
¿Actualmente está usted en tratamiento psiquiátrico o psicológico? 1. Sí 2. No (especifique)	23		
Pérdidas materiales			
	Parcial	Total	No.
Vivienda	1	2	9
Lugar de trabajo/escuela	1	2	3
Propiedades (negocios, bienes raíces)	1	2	9
Vehículos, otras pertenencias	1	2	9
Tipo de actividad realizada:	Código: 1. Sí 2. No		

6. Desastre crónico y salud mental

Napoleón Campos

Introducción

En el decenio de los ochentas, la región de América Central llegó a una situación límite en cuanto a turbulencias internas y el azote de una conflagración regional. El conflicto prolongado terminó por romper la cultura de sobrevivencia y la trocó en la de extinción a la que históricamente se ha visto sometida. Ello impuso una metamorfosis crítica al carácter de la vida misma, a la socialización y a la cotidianidad. Recientemente, Campos⁽¹⁾ introdujo el calificativo de "proceso de desastre total" (PDT) para referirse a esta crisis profunda.

Desde la perspectiva de la salud mental, Campos⁽²⁾ ha caracterizado los efectos de ese proceso en el surgimiento de un conjunto novedoso de actividades para los hombres y las mujeres centroamericanos, con la transformación de normas y valores, de lo bueno y lo malo, de lo normal y lo patológico. Sin duda, el