

TRASTORNO DE ESTRÉS AGUDO Y EPISODIO DEPRESIVO MAYOR EN VÍCTIMAS DE UNA INUNDACIÓN EN TINGO MARÍA: PREVALENCIA Y EFECTOS DE SU DESPLAZAMIENTO A UN ALBERGUE.

Yliana Rojas-Medina^{1,a}, Jeannette Avila Vargas Machuca^{2,b}, Omar V. Trujillo^{3,c}

RESUMEN

Objetivos. Determinar la prevalencia del trastorno de estrés agudo (TEA) y comorbilidad con episodio depresivo mayor (TEA+EDM) en víctimas de la inundación de la ciudad Tingo María-Huánuco, 20 días después del evento traumático. **Materiales y métodos.** Ciento veinte damnificados (personas del albergue) y 110 afectados (personas en sus viviendas) fueron encuestados y comparados. Se aplicó la entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV, versión clínica. Las prevalencias de los trastornos estudiados fueron estratificadas por edad, ser mujer, tener una pareja al tiempo de ocurrencia del desastre, estar desempleado cuando ocurrió el desastre, no hablar castellano y tener un nivel de instrucción bajo. Los datos fueron analizados en STATA v.8.0. **Resultados.** El 64,8% (IC95%: 58,6 -71,0) de la población estudiada fue diagnosticada con TEA y un 28,3% (IC95%: 22,4 - 34,1) tuvo TEA+EDM. Los damnificados mostraron prevalencias mayores de TEA, 80%, frente a 48,2% en los afectados ($p<0,001$). Para el caso de TEA+EDM las prevalencias fueron 40,0% y 15,5%, respectivamente ($p<0,001$). Las mujeres tienen mayor riesgo de desarrollar TEA (OR: 4,3; IC 95% 1,6-11,2) y TEA + EDM (OR: 8,7; IC 95% 1,9-40,9) independientemente de los otros factores. **Conclusiones.** Existe diferencias importantes entre las prevalencias de trastornos mentales de las personas que habitan en un albergue o en su vivienda; siendo mayor en quienes se ven obligados a vivir temporalmente en albergues. Las mujeres son más propensas a sufrir estos trastornos mentales.

Palabras clave: Trastornos de estrés agudo; Trastorno depresivo mayor; Inundaciones (desastres); Refugio temporal (fuente: DeCS BIREME).

ACUTE STRESS DISORDER AND MAJOR DEPRESSIVE DISORDER IN FLOOD VICTIMS FROM TINGO MARIA: PREVALENCE AND THE EFFECT OF RELOCATING

ABSTRACT

Objectives. To determine the prevalence of acute stress disorder (ASD) and comorbidity with major depressive disorder (ASD+MDD) in flood victims from Tingo María, Huánuco (Peruvian central jungle), 20 days after the traumatic event. **Material and methods:** One hundred and twenty injured (people relocated after disaster) and 110 affected (people living in their own homes) were surveyed and compared. Was applied to structured clinical interview for disorders axis I from DSM-IV, clinical version. The prevalence of the disorders studied were stratified by age, being a woman, having a partner at the time of occurrence of the disaster, unemployed time of the disaster, not to speak Spanish and have low levels of education. The data were analyzed in STATA v.8.0. **Results.** The 64.8% (95CI: 58.6-71.0) of the study population had ASD and the 28.3% (95CI: 22.4-34.1) had ASD+MDD. The people injured showed higher prevalence of ASD, 80%, compared with 48.2% for those affected ($P<0.001$). In the case of ASD+MDD prevalences were 40.0% and 15.5%, respectively ($P<0.001$). Women are more likely to develop ASD (OR: 4.3; 95CI: 1.6-11.2) and ASD+DDM (OR: 8.7; 95CI: 1.9-40.9) adjusted of other factors. **Conclusions.** There are significant differences between the prevalence of mental disorders of the people living in a shelter or in their own homes; being higher in those who are forced to live in temporary shelters. Women are more susceptible to these mental disorders.

Key words: Stress disorders, acute; Depressive disorder, major; Floods (disasters); Temporary housing (source: DeCS BIREME).

¹ Grupo Temático de Salud Mental, Dirección General de Epidemiología. Ministerio de Salud. Lima, Perú

² Unidad Técnica de Investigación, Dirección General de Epidemiología. Ministerio de Salud. Lima, Perú

³ Dirección de Inteligencia Sanitaria, Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud. Lima, Perú.

^a Psicóloga; ^b Enfermera epidemióloga; ^c Médico epidemiólogo.

INTRODUCCIÓN

En la madrugada del martes 26 de diciembre 2006, como consecuencia de precipitaciones pluviales intensas, se produjeron inundaciones por el desborde del río Huallaga y algunos tributarios (ríos Tulumayo, Tigre y Marona), afectando diversas localidades del departamento de Huánuco, principalmente aquellas ubicadas en las zonas ribereñas de la ciudad de Tingo María. La destrucción ocasionada por las inundaciones comprendió viviendas, carreteras, zonas agrícolas y obras de infraestructura.

Según datos del Instituto de Defensa Nacional del Perú el total de personas damnificadas en el departamento Huánuco fueron 3 058 y afectadas 8 947; de éstas personas 715 damnificados y 4 500 afectados fueron procedentes de Tingo María. En esta ciudad los sectores 12, 13 y 14 de la comunidad Brisas del Huallaga prácticamente desaparecieron al ser arrasadas por el desborde del río, dejando a la intemperie casi un centenar de familias, entre ellas la comunidad nativa Shipibo Conibo. Un total de 409 damnificados fueron trasladados a un albergue temporal, permaneciendo allí por dos meses.

La salud mental es uno de los aspectos más importantes en el proceso de atención en una intervención sanitaria a las poblaciones afectadas por un desastre. Las catástrofes naturales, como esta inundación, pueden tener impacto en la salud mental de la población, que requieren de una evaluación y tratamiento adecuado para evitar las secuelas a mediano y largo plazo en la capacidad funcional y en la calidad de vida de estas personas. La realización de estudios epidemiológicos sobre las consecuencias psicológicas postraumáticas se justifica para cuantificar los riesgos de desordenes psicológicos en función de distintos tipos de catástrofes colectivas, mejorar los conocimientos y determinar los factores de vulnerabilidad individual ⁽¹⁾.

Entre estas consecuencias tenemos el estrés postraumático, su frecuencia tras catástrofes naturales puede alcanzar un 50% en los grupos más expuestos, los desórdenes depresivos acompañan este trastorno o pueden ocurrir independientemente ⁽²⁾. Estos trastornos mentales pueden verse exagerados cuando la población es desplazada de su hábitat hacia lugares albergues temporales, lo que conlleva a ver alterado su sentido de identidad y pertenencia ⁽³⁾.

Las personas que sobreviven a un desastre natural suelen reportar síntomas de pánico durante el evento traumático e incluso después. Las enfermedades psíquicas más observadas son de tipo depresivo y de ansiedad, así como

los trastornos por estrés ⁽⁴⁾. Los diagnósticos frecuentes son el trastorno por estrés agudo (TEA) y trastorno de estrés postraumático (TEPT), los que son identificados con criterios internacionales estandarizados vigentes del DSM-IV ⁽⁵⁾ y de la CIE-10 ⁽⁶⁾.

El TEA es una reacción que empieza entre dos días y un mes después del evento traumático, y puede durar algunos días hasta cuatro semanas. Los individuos pueden presentar cinco grupos de síntomas: (a) *disociativos*, caracterizado por presentar al menos tres de los siguientes signos y síntomas: sensación de desapego, ausencia de reactividad emocional, reducción de la conciencia del entorno, desrealización, despersonalización o amnesia disociativa; (b) *intrusos*, el evento traumático es revivido persistentemente a modo de evocaciones recurrentes, imágenes, episodios de *flash backs*, etc; (c) *evitativos*, la persona presenta una conducta notable de evitación de los estímulos que pueden evocar el trauma como lugares, personas, etc; (d) *ansiedad*, como dificultad para dormirse, pobre concentración, hipervigilancia, una respuesta de sobresalto exagerado e inquietud motora; y (e) *deterioro de la capacidad funcional*, de tal manera que los síntomas pueden causar malestar o sufrimiento clínicamente significativo, que interfiere con el funcionamiento normal o compromete la capacidad para el desempeño de las actividades habituales.

Cuando los síntomas se prolongan por más de un mes hasta los tres meses es conocido como TEPT y se considera que es crónico si dura más de este tiempo ^(5,6). Las personas que pueden sufrir crónicamente síntomas de TEPT son aquellas que experimentan un impacto importante en el momento del trauma ⁽⁷⁾.

En el TEA puede presentarse otros síntomas, lo suficientemente graves y persistentes como para cumplir con los criterios de un episodio depresivo mayor (EDM). El EDM es caracterizado por la presencia de ánimo depresivo o pérdida del interés por hacer las cosas que habitualmente le gustaba, por un periodo de al menos dos semanas. Además, debe tener cuatro o más de los siguientes síntomas o signos: pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, presentar casi a diario insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes), disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, o pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Nuestro objetivo fue identificar la prevalencia de TEA y EDM en víctimas de la inundación de Tingo María, diferenciamos las prevalencias entre desplazados al albergue (damnificados) y personas de la comunidad (afectados), pues creemos que la población del albergue tiene prevalencias más elevadas de éstos trastornos mentales agudos que quienes aún continúan residiendo en sus viviendas.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio observacional, de diseño transversal, en la ciudad de Tingo María, departamento Huánuco, 20 días después de ocurrido el desastre.

ÁREA DE ESTUDIO

La ciudad de Tingo María es la capital de la provincia Leoncio Prado, se encuentra ubicada en la parte Nor-Oeste del departamento de Huánuco y a la margen derecha del río Huallaga. Cuenta con clima cálido y húmedo (tropical), temperatura promedio de 24 °C y los meses de precipitación pluvial con mayor frecuencia son de diciembre hasta abril. Su población estimada para el año 2007 fue de 55 mil habitantes.

Un total de 26 localidades fueron afectadas en Tingo María. Resultaron más dañadas aquellas viviendas ubicadas en las localidades asentadas en las riberas y antiguo cauce del río Huallaga, situación ocasionada por el fenómeno de migración de los pobladores desde las zonas rurales hacia la ciudad; el sector más afectado fue el denominado "Brisas del Huallaga".

La población damnificada que necesitaba ser derivada a un albergue temporal se ubicó en un colegio de nivel secundario, fue distribuida en 13 aulas, un promedio 31 personas por aula, con un rango de 6 a 49 personas por aula. Se alimentaron de olla común y los servicios básicos fueron adecuadamente suministrados.

POBLACIÓN

Se incluyó todas las personas víctimas de la inundación que antes del desastre residían en el sector Las Brisas del Huallaga (Comités 9, 12, 13 y 14), Comunidad Nativa Soibiri, además de los asentamientos humanos aledaños: Aguas Verdes, Villa Potokar, La Libertad y 30 de enero.

Estas personas fueron identificadas en dos lugares diferentes dependiendo de su condición de víctima. Los

damnificados, es decir aquellas personas que tuvieron que dejar su vivienda por estar destruidas, fueron identificados en el albergue; procedían principalmente de los Comités 12, 13, 14, Comunidad Nativa y de algunas viviendas que estuvieron ubicadas en Aguas Verdes, La Libertad y lo que quedó de Comité 9. Los **afectados**, aquellas personas que aún podían continuar habitando en su vivienda, aún cuando en muchas de éstas los servicios básicos fueron interrumpidos, fueron identificadas en sus viviendas (asentamientos humanos Aguas Verdes, Villa Potokar, La Libertad, 30 de enero y Comité 9).

RECOLECCIÓN DE DATOS

Se enroló a las personas de 18 años a más que aceptaron participar previa firma del consentimiento informado. Para encuestar a los damnificados se dispuso de la lista de personas albergadas de acuerdo a pabellones y aulas, esta lista era utilizada por el personal de salud destinado a brindar atención y realizar la vigilancia epidemiológica de daños frecuentes postdesastre. Se enroló a todas las personas presentes al momento de la aplicación de la encuesta, la cual se realizó durante cuatro días, desde las 17.00 a las 22.00 horas, a fin de incluir el mayor número posible de sujetos, teniendo en consideración que muchos de ellos salen a trabajar en la ciudad o fuera de ésta.

En cuanto a los afectados, se visitó todas las viviendas habitadas de las localidades seleccionadas desde las 8.00 hasta la 13.00 horas, se encuestó a un adulto por familia. Un total de cuatro días fueron empleados para desarrollar esta actividad. El trabajo de campo se realizó desde el 15 al 19 de enero de 2007.

Se utilizó un cuestionario para identificar las características sociodemográficas de los participantes (edad, sexo, estado civil, situación laboral, nivel de instrucción, idioma, lugar de procedencia y tiempo de permanencia en el albergue (sólo en el caso de personas damnificadas). Para diagnosticar el Trastorno de Estrés Agudo (TEA) y Episodio Depresivo Mayor (EDM) se aplicó la entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV versión clínica⁽⁴⁾. El cuestionario para TEA, según cinco criterios, fue valorado de la siguiente manera:

- A: La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático, 1 y 2 positivo.
- B: El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente, de cinco síntomas, por lo menos un síntoma es codificado positivo.
- C: Evitación, de siete síntomas, tres de los síntomas son codificados positivos.

D: Activación, de cinco síntomas, por lo menos dos son positivos.

E: Si los síntomas están presentes por más de un mes, es positivo.

En el caso de TDM, 5 respuestas de 9, son positivas.

El instrumento fue aplicado por personal de salud responsable de la vigilancia epidemiológica de daños trazadores dentro del albergue, previa capacitación en la aplicación correcta del instrumento y fue supervisado por una psicóloga y una epidemióloga.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Nacional Dos de Mayo (Lima, Perú). A todas las personas se les explicó el motivo del estudio y aceptaron su participación mediante la firma del consentimiento informado. La relación de personas diagnosticadas con TEA o EDM fue entregada a la entidad de salud local correspondiente a fin de que pudiesen brindar apoyo psicológico y terapia farmacológica según sea el caso.

ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recolectados previo control de calidad, fueron digitados en una base de datos elaborada en el *software* estadístico SPSS v.13. Se describieron las características sociodemográficas (covariables) diferenciándolas por condición de la víctima (damnificado o afectado). Se estimaron prevalencias puntuales de TEA y comorbilidad de TEA y EDM (TEA + EDM), con sus correspondientes intervalos de confianza al 95% (IC95%).

La magnitud de la asociación entre las prevalencias y las covariables se expresó como razón de odds (OR) combinada. Para establecer si las covariables modificaban el efecto de condición de la víctima sobre la prevalencia del trastorno, se contrastaron la OR

cruda con la combinada mediante la prueba de Mantel-Haenzel. Mediante el análisis estratificado se identificó las variables de control que modificaban el efecto, a partir de las cuales se generaron variables de interacción. Posteriormente, utilizando el programa STATA versión 8.0 se modeló la asociación entre variable de exposición y respuesta, considerando las variables que modificaban el efecto. Se consideró un $p < 0,05$ como significativo.

RESULTADOS

Se encuestó 230 adultos víctimas de la inundación; 52% (120) corresponden al grupo de damnificados (alojados en el albergue) y el 48% (110) al de afectados (habitan su propia vivienda). En el albergue, se logró encuestar al 62% del marco muestral (120/193), en las localidades se logró encuestar a un adulto en 67,5% (110/163) de las viviendas visitadas.

Las características de las víctimas de la inundación, según sean damnificadas o afectadas, se muestra en la tabla 1. Ambos grupos son homogéneos en cuanto a la edad, sexo, estado civil y grado de instrucción. Comparado a los damnificados, la población que resultó afectada refirió en mayor porcentaje no tener un empleo antes de la inundación. Se identificó cinco personas en quienes el idioma predominante fue el quechua o el idioma nativo (todas fueron damnificadas).

En general, la prevalencia de TEA fue de 64,8% (IC95%: 58,6 - 71,0), para TEA + EDM fue 28,3% (IC95%: 22,4 - 34,1) y 34,8% (IC95%: 28,6 - 41,0) no registró trastornos de acuerdo con los resultados de la escala aplicada. Las prevalencias de TEA, TEA+EDM y víctimas sin trastorno diagnosticado, de acuerdo con la condición de la víctima, ya sea damnificados o afectados, se muestra en la figura 1. La prevalencia de TEA en damnificados fue 80,0% (IC95%: 72,8-87,2), frente a 48,2% en los afectados (IC95%: 38,8-57,5), diferencia

Tabla 1. Características de las víctimas (N = 203) de la inundación de Tingo María, 2007.

Variables	Total		Damnificados		Afectados		Prueba	p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)		
Edad (x ± DE)	37,8 ± 13,0		37,9 ± 13,0		37,6 ± 13,1		t student	0,933
Género (femenino)	151	(65,7)	72	(60,0)	79	(71,8)	chi ²	0,081
Estado civil (sin pareja) ^a	53	(23,0)	27	(22,5)	26	(23,6)	chi ²	0,962
Ocupación (sin trabajo)	101	(43,1)	44	(36,7)	57	(51,8)	chi ²	0,029
Idioma (no castellano) ^b	5	(2,2)	5	(4,2)	0	(0,0)	— ^c	
Instrucción (nivel bajo) ^d	70	(30,4)	42	(35,0)	28	(25,0)	chi ²	0,153

^a Sin pareja = persona con estado civil soltera, viuda o separada cuando ocurrió la inundación.

^b No castellano = persona que habla idioma quechua o nativo predominantemente.

^c Chi cuadrado no fue calculada porque existía valor 0 en una de las celdas.

^d Nivel bajo de instrucción = persona sin estudios o primaria incompleta.

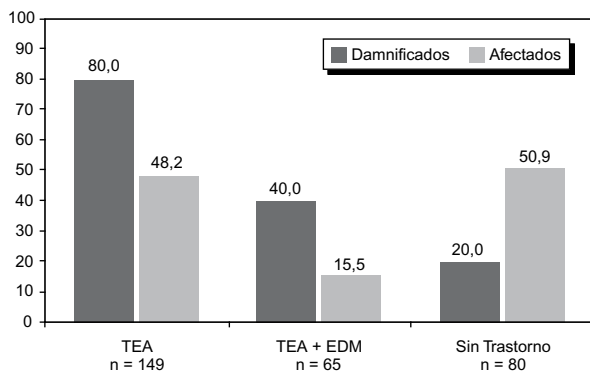


Figura 1. Prevalencia de TEA y TEA comorbilidad EDM según tipo de víctima de la inundación. Tingo María, 2007.

altamente significativa ($p < 0,001$); la prevalencia de TEA + EDM en damnificados fue 40,0% (IC95%: 31,2-48,8) mientras que en afectados se reduce a 15,5% (IC95%: 8,7-22,2; $p < 0,001$). Sólo 20,0% de los damnificados no reportan trastornos de conducta (IC95%: 12,8-27,2) en comparación a los afectados 50,9% (IC95%: 41,6-60,3; $p < 0,001$).

Se realizó un análisis bivariado y estratificado para conocer si las prevalencias de los trastornos estudiados en ambos tipos de víctimas se diferenciaban por efecto de las covariables. Los resultados se muestran en la figura 2a y 2b.

Con respecto al TEA, las mayores prevalencias se encuentran en el estrato “desempleado”, entre los damnificados, quienes reportaron no haber tenido un empleo precisamente antes de la ocurrencia de la inundación; excediendo en 44% a la prevalencia de TEA en las personas afectadas ($p < 0,001$). Encontramos que las mujeres damnificadas del albergue reportaron mayores prevalencias de TEA en comparación a

quienes resultaron afectadas, con una diferencia de 43% ($p < 0,001$). También se encontró diferencias en el estrato “sin pareja” y “nivel bajo de instrucción” ($p < 0,01$) entre las prevalencias encontradas dentro del albergue en comparación a las localidades.

Para el TEA + EDM la situación es similar pero con prevalencias menores, las diferencias entre prevalencias de damnificados y afectados continúan siendo estadísticamente significativas ($p < 0,001$) para el caso de las mujeres y los desempleados.

De acuerdo con estos resultados medimos el efecto de las covariables sobre la asociación entre condición de víctima (damnificado / afectado) y la variable respuesta (TEA/TEA+EDM). Se encontró que las cuatro covariables modifican el efecto de ser damnificado o afectado sobre el hecho de tener o no el trastorno estudiado. Ninguna de las covariables reportaron confusión. Se utilizó la prueba de Mantel-Haenzel y todas resultaron con significancia estadística ($p < 0,001$).

Con ésta información generamos un modelo de regresión logística múltiple que incluyó las cuatro covariables de interacción resultantes; al aplicar el mejor modelo, la magnitud de la asociación entre ser damnificado y tener TEA, siendo mujer, correspondió a un OR de 4,3 ($p = 0,003$; IC 95% 1,6-11,2); igualmente para el TEA + EDM correspondió a un OR de 8,7 ($p = 0,006$; IC 95% 1,9-40,9).

DISCUSIÓN

El impacto de las inundaciones en la salud de la población se describe en diversas publicaciones, se resalta las consecuencias psicológicas de estos desastres sobre

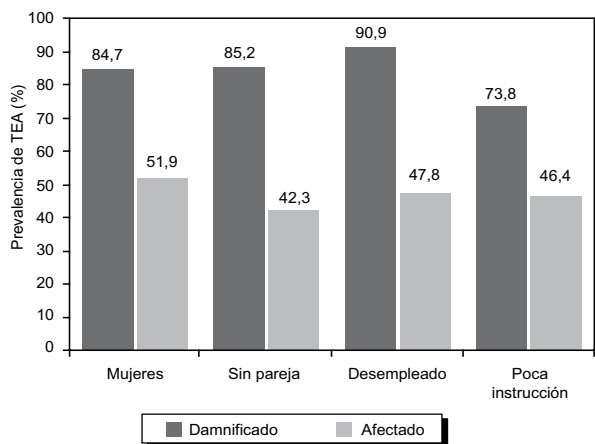


Figura 2a. Prevalencia de TEA según tipo de víctima de la inundación, estratificado por sexo, estado civil, ocupación y nivel de instrucción. Tingo María, 2007.

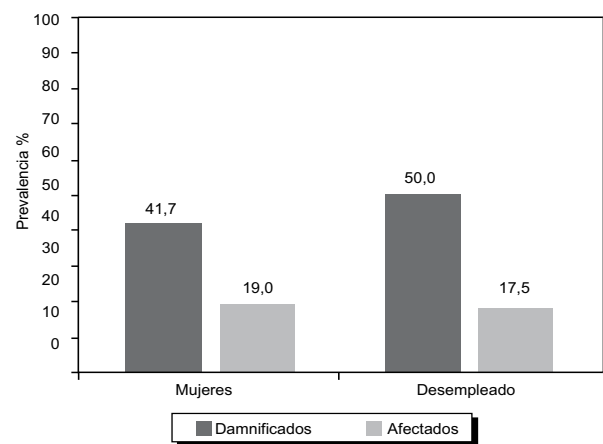


Figura 2b. Prevalencia de TEA y EDM según tipo de víctima de la inundación, estratificado por sexo y ocupación. Tingo María, 2007.

los individuos y las comunidades, las alteraciones graves son raras aunque los problemas emocionales leves y transitorios son comunes ⁽⁸⁻¹⁰⁾. Para muchas personas el trauma psicológico ocasionado por las inundaciones puede perdurar mucho tiempo después de superado el desastre natural reportando las víctimas con frecuencia episodios de depresión y aislamiento ⁽¹¹⁾. Esta situación se exacerba al verse obligados a desplazarse a otros lugares ⁽³⁾.

Considerando que la encuesta fue aplicada entre 20 y 24 días luego de ocurrida la inundación, la prevalencia global de trastorno de estrés agudo (TEA) es alta, 64,8%. La mayoría de los estudios publicados exploran la prevalencia de estrés postraumático, cuatro semanas después de ocurrido el evento estresor; el estrés traumático agudo es estudiado con mayor frecuencia en desastres antropogénicos como el caso de terrorismo, donde se reporta prevalencias de alrededor de 45% ^(12,13). En el caso de desastres naturales, algunas investigaciones sugieren que la prevalencia de estrés agudo varía de 7,2% ⁽¹⁴⁾ a 68% ⁽¹⁵⁾.

La prevalencia hallada de la comorbilidad de TEA más episodio depresivo mayor fue 28,3%. La depresión es otro trastorno psiquiátrico asociado con desastres naturales. Así, en un estudio realizado en los damnificados del terremoto ocurrido en la ciudad de México, en septiembre de 1985, encontraron una prevalencia en los diagnósticos de crisis de angustia, ansiedad generalizada y de depresión antes del terremoto de 6,4%, de los cuales el 3% se exacerbó a partir del sismo ⁽¹⁶⁾. 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%). En un estudio realizado en los pobladores de las comunidades alto andinas de Ayacucho, Perú, víctimas de la violencia política, encontraron síntomas de ansiedad y depresión en el 56% ⁽¹⁷⁾. Ello resalta la necesidad de atender y realizar el seguimiento respectivo y reevaluación en este tipo de poblaciones víctimas de desastres.

Este estudio demostró que las prevalencias de trastornos mentales en personas desplazadas en los albergues es mayor que en los no desplazados. El desplazamiento, el apartamiento del medio habitual, el hacinamiento, la incertidumbre y las múltiples necesidades de la población, es una condición de riesgo que incrementa la probabilidad de sufrir trastornos mentales en las víctimas de desastres, para este caso de una inundación. Estos resultados coinciden con otros estudios donde la población albergada resultó tener mayor incidencia de trastornos mentales, particularmente en las mujeres ⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

La reacción psicológica ante la situación vivida depende, entre otras variables, de la intensidad y las circunstancias del trauma, la edad, del historial de agresiones previas, sexo, estabilidad emocional anterior, de la autoestima, del apoyo social y familiar y de las relaciones afectivas actuales. Todos estos elementos, asociados con valores culturales, patrones familiares y educacionales, interactúan de forma variable en cada caso y configuran las diferencias individuales que se constatan entre las víctimas de un mismo hecho traumático ^(21,22). En nuestra investigación, el hecho de ser mujer, y proceder de un albergue (ser damnificado) incrementa la probabilidad de sufrir TEA y TEA+EDM. Al respecto, se tiene que el mayor porcentaje de encuestados (66%) fueron mujeres, por el hecho que las encuestas se tomaron en horarios diurnos y por lo regular a quienes se ubicaban en sus casas eran a las amas de casa, así mismo en el albergue, las mujeres era quienes tenían los turnos de cocina y por lo tanto a ellas se les ubicaba más fácilmente, por ello la probabilidad de escoger una mujer mayor de 18 años en este estudio fue mayor. Pero al utilizar un análisis diferenciado por la condición de ser damnificado o afectado se observa que el hecho de ser mujer continúa siendo un factor decisivo para incrementar el riesgo de sufrir estos trastornos conductuales luego de un desastre; situación que coincide con resultados de otras publicaciones ⁽²³⁻²⁶⁾.

Dentro de las otras variables exploradas el desempleo es un factor importante que influye sobre el hecho de desarrollarse estos trastornos, la estructura socioeconómica de esta población afectada y damnificada era básicamente el comercio ambulante de venta de golosinas y verduras, así como de artesanías elaboradas por ellos mismos y que, al momento de realizar el estudio, no les era posible seguir ejerciendo estos oficios que antes del desastre mantenían a la familia y el tejido social.

El riesgo que conlleva diagnosticar TEA y TEA+EDM en las poblaciones víctimas de desastres es el de desarrollar trastorno de estrés postraumático, la persona no termina de manejar el problema de estrés y representa una seria limitación para que la persona pueda asumir su vida con normalidad; se entorpecen las relaciones interpersonales y la capacidad de la persona para manejar las dificultades de la vida no directamente asociadas al acontecimiento traumático. El hecho de que no todos los individuos expuestos a un mismo estresor desarrollen el síndrome completo o algún subconjunto de síntomas que permita este diagnóstico, o que lo desarrollen con resultados muy distintos, ha dado lugar a muchos intentos tendientes a explicar estas diferencias y a predecir diferentes formas de vulnerabilidad personal. Se estima que la prevalencia de TEPT se encuentra entre 5% ⁽²⁷⁾ y 60% ⁽²⁸⁾ en los primeros uno a dos años

después de ocurrido el desastre. Algunos estudios reportan prevalencias más altas en grupos específicos; 63% en poblaciones desplazadas ⁽²⁹⁾ o 89% en personas reubicadas ⁽¹⁶⁾. Esta disparidad en la tasa del TEPT posterior al desastre se atribuye principalmente a las diferencias metodológicas, incluyendo las diferencias en la magnitud del desastre escogido para el estudio, el tiempo transcurrido entre la ocurrencia del desastre y la recolección de los datos, así como los métodos de muestreo y los instrumentos utilizados.

La principal limitación del estudio fue la cobertura en la aplicación de la encuesta. Aparentemente, 38% de las personas del albergue no habría sido encuestada, nosotros creemos que este porcentaje es menor, dado que la lista inicial que sirvió de referencia pudo haber estado sobreestimada pues al momento de la encuesta ya muchas personas se habían retirado del albergue o se vieron obligadas a salir fuera de la ciudad por motivos de trabajo o bienestar familiar. Por otro lado, en las localidades visitadas muchas viviendas estaban inhabitadas, más que por la destrucción ocasionada fue por el temor de las personas de continuar viviendo allí dada la situación de incertidumbre y miedo por un nuevo desborde del río. Estas situaciones pueden alterar las prevalencias encontradas en ambos lugares.

Es importante tomar en cuenta los resultados de estrés agudo, que pueden ser referentes para intervenciones posteriores en caso de desastres, con fines preventivos para evitar el desarrollo de TEPT, por lo que sirve de sustento para promover una intervención de salud mental desarrollando campañas y dando prioridad a las personas que se encuentran en el albergue, siendo el sexo femenino el que debe tener mayor atención, debido a que su situación de damnificadas las hace más vulnerables. La reevaluación de damnificados y afectados debería ser prioritario ya que la persistencia de los síntomas pone en riesgo a la persona de desarrollar un TEPT que asociado a la depresión podría requerir medicación psiquiátrica.

En conclusión, existen diferencias importantes entre la proporción de personas que sufren trastornos mentales luego de un desastre (TEA y TEA+EDM) siendo mayor en quienes se ven obligados a vivir temporalmente en albergues. Las mujeres son más propensas a sufrir éstos trastornos mentales.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación fue realizada con el apoyo técnico y financiero de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú, el apoyo de la Red de

Salud Leoncio Prado y la Dirección de Epidemiología de la Dirección de Salud Huánuco.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Alarcón R.** Trastornos de ansiedad. En: Perales A, Mendoza A, Vásquez-Caicedo G, Zambrano M (eds). Manual de Psiquiatría. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1998.
2. **McFarlane AC.** The phenomenology of posttraumatic stress disorder following a natural disaster. *J Nerv Ment Dis.* 1988; 176(1): 22-29.
3. **Fullilove MT.** Psychiatric implications of displacement: contributions from the psychology of place. *Am J Psychiatry.* 1996; 153(12): 1516-23.
4. **Organización Panamericana de la Salud.** Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Washington DC: OPS; 2002.
5. **American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
6. **World Health Organization.** The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Geneva: WHO; 1992.
7. **Tomb DA.** The phenomenology of post-traumatic stress disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 1994; 17(2): 237-50.
8. **Kinston W, Rosser R.** Disaster: effects on mental and physical state. *J Psychosom Res.* 1974; 18(6): 436-56.
9. **Logue JN, Hansen H, Struening E.** Emotional and physical distress following Hurricane Agnes in Wyoming Valley of Pennsylvania. *Public Health Rep.* 1979; 94(6): 495-502.
10. **Norris FH, Murrell SA.** Prior experience as a moderator of disaster impact on anxiety symptoms in older adults. *Am J Community Psychol.* 1988; 16(5): 665-83.
11. **Tapsell SM.** Followup study of the health effects of the Easter 1998 flooding in Banbury and Kadlington. Report to the Environment Agency. Enfield: Flood Hazard Research Centre; 2000.
12. **Schuster MA, Stein BD, Jaycox L, Collins RL, Marshall GN, Elliott MN, et al.** A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *N Eng J Med.* 2001; 345(20): 1507-12.
13. **Silver RC, Holman EA, McIntosh DN, Poulin M, Gil-Rivas V.** Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *JAMA.* 2002; 288(10): 1235-44.
14. **Staab JP, Guiguer TA, Fullerton CS, Ursano RJ.** Acute stress disorder, subsequent posttraumatic stress disorder and depression after a series of typhoons. *Anxiety.* 1996; 2(5): 219-25.
15. **Mills MA, Edmondson D, Park CL.** Trauma and stress response among Hurricane Katrina evacuees. *Am J Public Health.* 2007; 97(Suppl 1): S116-23.
16. **Caraveo J, Ramos L, Villatoro J.** Alteraciones psiquiátricas agudas en una muestra de damnificados por los terremotos en la Ciudad de México. En: Lima B (ed). Desastres. Serie de Monografías Clínicas N°2. Chicago: Centro de la Familia Hispánica; 1989. p. 63-75.
17. **Pedersen D, Gamarra J, Planas M, Errázuriz C.** Violencia política y salud en las comunidades alto-andinas de Ayacucho, Perú. Lima: VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud; 2001.

18. Najarian LM, Goenjian AK, Pelcovitz D, Mandel F, Najarian B. The effect of relocation after a natural disaster. *J Trauma Stress*. 2001 Jul; 14(3): 511-26.

19. Kiliç C, Aydin I, Taskintuna N, Özçürümez G, Kurt G, Eren E, et al. Predictors of psychological distress in survivors of the 1999 earthquakes in Turkey: effects of relocation after the disaster. *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 114(3): 194-202.

20. Yzermans CJ, Donker GA, Kerssens JJ, Dirkzwager AJ, Soeteman RJ, ten Veen PM. Health problems of victims before and after disaster: a longitudinal study in general practice. *Int J Epidemiol*. 2005; 34(4): 820-26.

21. Lima BR. La atención comunitaria en salud mental en situaciones de desastre. En: Levan I. *Temas de salud mental en la comunidad*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p. 218-36.

22. Freedman SA, Brandes D, Peri T, Shalev A. Predictors of chronic post-traumatic stress disorder. A prospective study. *Br J Psychiatry*. 1999; 174: 353-59.

23. Shore JH, Tatum EL, Vollmer WM. Evaluation of mental effects of disaster, Mount St. Helens eruption. *Am J Public Health*. 1986; 76 (3 Suppl): 76-83.

24. Pucheu Regis C, Sánchez Báez J, Padilla Galina P. Planificación en salud mental para desastres. En: Lima BR, Gaviria M, *Las consecuencias psicosociales de los desastres: La experiencia latinoamericana*. Chicago: Hispanic American Family Center; 1989.

25. Ehlers A, Mayou RA, Bryant B. Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *J Abnorm Psychol*. 1998; 107(3): 508-19.

26. Dougall AL, Ursano RJ, Posluszny DM, Fullerton CS, Baum A. Predictors of posttraumatic stress among victims of motor vehicle accidents. *Psychosom Med*. 2001; 63(3): 402-11.

27. Canino G, Bravo M, Rubio-Stipec M, Woosbury M. The impact of disaster on mental health: prospective and retrospective analyses. *Int J Ment Health*. 1990; 19(1): 51-69.

28. Madakasira S, O'Brien KF. Acute posttraumatic stress disorder in victims of a natural disaster. *J Nerv Ment Dis* 1987; 175(5): 286-90.

29. Livanou M, Basoglu M, Salcioglu E, Kalender D. Traumatic stress responses in treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *J Nerv Ment Dis*. 2002; 190(12): 816-23.

Correspondencia: Mg. Jeannette Ávila Vargas Machuca, Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud. Lima, Perú.
 Dirección: Jr. Camilo Carrillo 402, Lima 11.
 Teléfono: (511) 433-5859 anexo 116.
 Correo electrónico: javila@dge.gob.pe

Suscríbete en forma electrónica y gratuita a los contenidos de la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, ingresa a www.ins.gob.pe, selecciona el icono de la revista y envíanos tus datos.