

REVISTA DE NEURO-PSIQUIATRIA

Lima, Perú

Marzo, 1989

T. LII. N° 1

*Revista de Neuro-Psiquiatría, 52: 1-16, 1989*SERIEDAD DE LOS DESASTRES Y TRASTORNO EMOCIONAL:
IMPLICACIONES PARA LA ATENCION PRIMARIA
EN SALUD MENTAL EN PAISES EN DESARROLLO **Por BRUNO LIMA¹, HERNAN CHAVEZ², NELSON SAMANIEGO³, SILVIA POMPEI⁴, HERNAN SANTA CRUZ⁵, JULIO LOZANO⁶ y SHAILA PAI⁷.*

RESUMEN

Dos meses después de los terremotos de 1987 en el Ecuador, 150 pacientes en las clínicas de atención primaria del área fueron evaluados con relación a problemas emocionales: 40% presentaban alteraciones emocionales. Los factores de riesgo incluían el no estar casado, el indicar que tenía una pobre salud física o emocional, y estar padeciendo quejas físicas no bien definidas. Los resultados de esta investigación se discuten en relación a un desastre de mayor intensidad cuyas víctimas fueron estudiadas por los autores, utilizando los mismos instrumentos y diseño de investigación. Una comparación entre estos dos grupos de víctimas de desastres reveló que: 1) la prevalencia de los trastornos emocionales era menor entre las víctimas de Ecuador, pero la frecuencia de síntomas entre las víctimas fue similar en ambos grupos; 2) los perfiles sintomáticos fueron muy similares; y 3) los síntomas más frecuentes y los más fuertes predictores de trastorno emocional fueron muy similares. Estos resultados apoyan un entrenamiento para los trabajadores de atención en salud focalizado en ciertos problemas emocionales que se presentan con regularidad en las víctimas de diferentes desastres.

* Traducción del trabajo publicado originalmente en *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79: 74-82, 1989, con licencia de la misma.

1 Profesor Asociado, Departamento de Psiquiatría, Universidad Johns Hopkins, Baltimore.

2 Profesor Asistente, Área de Salud Mental, Universidad Central del Ecuador.

3 Profesor Principal, Área de Salud Mental, Universidad Central del Ecuador. Jefe, División Nacional de Salud Mental, Ecuador.

4 Profesora Asistente, Departamento de Psiquiatría, Universidad del Estado de São Paulo, Botucatu, São Paulo.

5 Profesor Asistente, Departamento de Psiquiatría, Universidad Javeriana, Bogotá.

6 Profesor Asistente, Departamento de Psiquiatría, Universidad Javeriana, Bogotá.

7 Investigadora Asociada, Programa de Psiquiatría Comunitaria, Universidad Johns Hopkins Baltimore.

S U M M A R Y

Two months following the 1987 earthquakes in Ecuador, 150 patients in the primary health care clinics of the area were screened for emotional problems: 40% of them were emotionally distressed. Risk factors included not being married, reporting poor physical or emotional health, and having ill-defined physical complaints. The findings from this research are discussed in relation to a disaster of much greater intensity, whose victims were studied by the authors, utilizing the same instrument and research design. The comparison between these 2 groups of disaster victims revealed that: 1) the prevalence of emotional distress was smaller among the Ecuador victims, but the frequency of symptoms among the distressed was similar for both groups; 2) the symptom profiles were remarkably similar; and 3) the most frequent symptoms and the strongest predictors of emotional distress were very similar. These findings support a focused training of health care workers on selected emotional problems that are regularly present among victims of different disasters.

PALABRAS-CLAVE: Atención primaria en salud, salud mental, desastres.

KEY WORDS : Primary health care, mental health, disasters.

Las consecuencias de los desastres sobre la salud mental han sido ampliamente reconocidas (3, 12, 23), y se han diseñado diferentes intervenciones para manejarlas. Estas intervenciones, sin embargo, se han centrado mayormente en el periodo post-impacto inmediato (5, 24) y han descansado en forma marcada en la provisión de servicios a través del sector especializado de salud mental (6), sin un compromiso efectivo de los sistemas corrientes que proporcionan cuidados de salud (34). Este enfoque puede ser inadecuado en cuanto a satisfacer las necesidades de salud mental de las víctimas de desastres, por varias razones:

1. Las víctimas de desastres se ven a sí mismas como individuos normales que están haciendo un esfuerzo por adaptarse a dificultades extremas (4). Como tales, pueden percibir al trabajador de salud mental como alguien que proporciona servicios especializados que ellos no necesitan. Las víctimas de desastres podrían estar más dispuestas a solicitar ayuda para sus dificultades emocionales de las redes de apoyo naturales, líderes comunitarios o trabajadores de atención de salud general, tales como auxiliares de enfermería o el médico de atención primaria.
2. La población de los estratos económicos más bajos, tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, está en mayor riesgo de ser víctima de catástrofes naturales, o de catástrofes producidas por el hombre (28).

Como es sabido, los individuos más desventajados socioeconómicamente tienen mayor dificultad en lograr acceso al sector de salud mental especializado (29).

3. Los desastres son más frecuentes y causan más daño humano en los países en desarrollo (35), cuyos recursos de salud mental especializados son inadecuados aún para satisfacer las necesidades ordinarias (1).
4. Las víctimas de desastres con mayor probabilidad presentarán problemas emocionales a lo largo de un extenso periodo (8), necesitando, por tanto, una atención de salud a largo plazo con un apoyo comunitario activo. Los trabajadores de atención primaria trabajan muy estrechamente con la comunidad, pueden hacer un seguimiento longitudinal de las víctimas y de sus familias, y están en una mejor posición que los trabajadores de atención especializada en salud mental para ofrecer los servicios necesarios (15).

Cuando se toma en cuenta todos estos factores, pareciera que para obtener un control más efectivo de las consecuencias emocionales de los desastres, a largo y mediano plazo, es necesario darle capacitación al trabajador de atención primaria para que pueda realizar actividades básicas y bien definidas de salud mental. Esta estrategia concuerda con el enfoque de la O.M.S., en cuanto a atención en salud, la cual, para países desarrollados y para países en desarrollo, ha establecido que la atención primaria es la estrategia más efectiva para lograr la meta de "salud para todos en el año 2000" (37), donde la salud mental es uno de sus ingredientes esenciales (36).

En condiciones de rutina se sabe que los pacientes traen al trabajador de atención primaria la mayor parte de sus problemas psicológicos. El trabajo inicial en cuanto a los cuidados mentales en el nivel primario de atención fue realizado en Inglaterra, por SHEPHERD (30), quien mostró que 14% de los pacientes que iban a consultas de varios médicos sufría de desórdenes emocionales. Observaciones similares se produjeron en los Estados Unidos, donde 60% de los individuos con problemas emocionales obtuvieron servicios en el sector de cuidado general primario (25), donde casi la mitad de las visitas clínicas que resultan ser diagnósticos psiquiátricos son hechas por un médico que no es psiquiatra (27) y donde 20% de la población general parece padecer un desorden mental diagnosticable (26). En países en desarrollo se observa una situación similar: los pacientes que están emocionalmente trastornados y que son vistos en clínicas de cuidados primarios constituyen aproximadamente 15% de todos los adultos atendidos (11), y de 12% a 29% entre los niños (7). Hay razón para creer que en una situación posterior a un desastre este patrón de utilización de los servicios probablemente no cambie. Además las víctimas de desastres, individuos generalmente con privación socioeconómica, están incluidos en estos grupos, para

quienes los cuidados primarios son vistos como la única estrategia capaz de lograr que los alcance los servicios efectivos de salud y de la salud mental.

Parece lógico, entonces, que se explore, desarrolle y evalúe ampliamente la función del trabajador de atención primaria en cuanto al suministro de servicios de salud a las víctimas de desastres. Este artículo se dedica al tema de la frecuencia de los problemas emocionales de los pacientes adultos que asisten a las clínicas de atención primaria en Ecuador después de un terremoto de gran magnitud. Los resultados son comparados con nuestra investigación anterior llevada a cabo en Armero, Colombia. También se hace un intento por identificar las semejanzas en cuanto a las respuestas emocionales de las víctimas, de modo que permita utilizar esta información para el entrenamiento de los trabajadores de atención primarios (TAP) en los aspectos de salud mental en el caso de desastres.

La investigación de Armero utilizó un instrumento de tamizado para los problemas emocionales, el Cuestionario de Auto-Reportaje. Los resultados de la encuesta indicaron que entre los sobrevivientes en los campamentos y en los pacientes que asisten a las clínicas de cuidados primarios en el área, en un período que va desde 7 hasta 12 meses después de la catástrofe, la frecuencia de trastornos emocionales fue muy alta, siendo, respectivamente, de 55% y 45% (18, 20). Estos datos enfatizan la magnitud de los desórdenes mentales entre las víctimas y destacan la necesidad de ofrecerles servicios de salud mental no solamente en el período post-impacto inmediato sino, más bien, a lo largo de un período de tiempo prolongado. De hecho, las observaciones clínicas hechas dos años después del impacto parecen indicar la persistencia de los problemas entre las víctimas y en las comunidades afectadas (17).

Sin embargo, el desastre de Armero fue una situación extrema (31), donde una comunidad entera de 30,000 personas fue completamente destruida, con una tasa de letalidad de 80% y una multiplicidad de problemas de salud entre los sobrevivientes (9). La aplicabilidad de nuestros resultados a desastres de una magnitud menor —que en realidad son los eventos más frecuentes— puede ser cuestionada. Era importante, entonces, replicar nuestra investigación original en un desastre menos severo, utilizando el mismo diseño de investigación y el mismo instrumento de tamizaje, lo cual puede incrementar la validez de nuestros datos (14). Esta replicación también proporcionará una importante fuente de datos empíricos en cuanto a los niveles y tipos de problemas emocionales, los cuales pueden ser empleados para desarrollar intervenciones efectivas de salud mental a nivel de cuidados primarios. La oportunidad para replicar el estudio anterior surgió cuando el terremoto del 5 de marzo de 1987 afectó la Provincia de Imabura en el norte del Ecuador.

METODOLOGIA

Tres meses después del terremoto, 150 pacientes adultos de las clínicas de cuidados primarios en el área afectada fueron estudiados. Se incluyó en el estudio cada tercera persona que se inscribió en la clínica. Ningún paciente se negó a participar del estudio.

Los pacientes fueron tamizados con el Cuestionario de Auto-Reportaje (CAR). El tamizaje fue llevado a cabo por estudiantes de medicina quienes habían sido entrenados por los investigadores en cuanto a la utilización del instrumento. Este instrumento ha sido ampliamente utilizado en situaciones clínicas de rutina en países en desarrollo con adecuada validez (11). También fue utilizado en el caso de las víctimas del desastre en Colombia con rendimiento confiable (21). Dada la importancia del abuso del alcohol, nosotros incluimos 4 preguntas con relación al alcohol, las cuales fueron preparadas en consulta con el equipo del programa de alcoholismo del Ecuador. Se decidió que un sujeto sería identificado como emocionalmente trastornado, y por tanto, como un "caso psiquiátrico probable", si obtenía un puntaje de 8 o más puntos en la subescala neurótica, o 1 o más puntos en la subescala psicótica, o en las preguntas sobre alcoholismo. Estos puntajes de corte habían probado ser adecuados en el caso de las víctimas de Armero. Se obtuvo información adicional de los pacientes con relación a datos socio-demográficos, la experiencia del desastre, la salud física y mental señalada, los eventos vitales a partir del desastre, y el nivel de apoyo social.

La muestra fue dividida de acuerdo a los resultados del inventario de tamizaje en "casos probables" (positivos en el CAR) y "probables normales" (negativos en el CAR). Nosotros investigamos la frecuencia de los trastornos emocionales según la definición del CAR, el poder predictivo de cada uno de los síntomas individuales del CAR y la asociación entre el trastorno emocional y diversas variables relevantes. Estos resultados son comparados con los obtenidos en el estudio anterior de las víctimas de Armero.

RESULTADOS

La Tabla I enumera las características socio-demográficas de nuestra muestra. Tres cuartas partes de ella eran mujeres y 80% tenía menos de 44 años de edad. Dos terceras partes estaban casados o vivían en unión libre, y tenían una educación de hasta 6 años de escolaridad. Todos los sujetos tenían una composición racial mixta.

La prevalencia de alteración emocional, tal como lo define el CAR, fue de 40%. El puntaje promedio para la subescala neurótica del CAR para aquellos con un resultado positivo fue 9.73 ± 3.9 , lo que es dos veces y media el puntaje promedio de aquellos sujetos con un puntaje negativo (3.76 ± 1.93), una diferencia que es muy significativa ($P < .0001$).

TABLA 1

CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS DE LAS VICTIMAS
DEL DESASTRE DEL ECUADOR (N=150)

		N	%
Sexo	Hombres	28	18.7
	Mujeres	122	81.3
Edad (años)	<18	9	6.0
	18-44	113	75.3
	45-64	14	9.3
	65+	14	9.3
Estado Civil	Soltero	33	22.1
	Casado/Unión Libre	102	68.5
	Separado	3	2.0
	Viudo	11	7.4
Escolaridad (años)	Ninguna	12	8.4
	1- 6	83	58.0
	7-12	42	29.4
	13+	6	4.2

Se investigó los síntomas individuales del CAR para determinar si éstos podían predecir la alteración emocional. La Tabla II muestra que todos los síntomas del CAR predijeron trastorno emocional con un alto nivel de significación estadística. Los síntomas más frecuentes fueron: "se asusta con facilidad" (pregunta 4, N=105) "sentirse nervioso, angustiado o preocupado" (pregunta 6, N=101), "tener dificultades para dormir" o "sentir cansancio con facilidad" (preguntas 3 y 20, N=65). Sin embargo, estos síntomas estaban entre los predictores más débiles en cuanto a alteración emocional ya que únicamente la mitad de los pacientes con estos síntomas fueron identificados por el instrumento como emocionalmente alterados. Los predictores de alteración emocional más efectivos están encluidos entre los síntomas menos frecuentes: "ser incapaz de gozar con sus actividades" (pregunta 11, N=28), "sentir que no vale nada" (pregunta 16, N=21), y "sentirse incapaz de ser útil en la vida" (pregunta 14, N=22). Cuando un paciente presentaba uno de estos síntomas no obstante, infrecuentes, en aproximadamente 8 de cada 10 veces era identificado por el instrumento como padeciendo de una alteración emocional.

TABLA II

PREVALENCIA (%) DE TRASTORNO EMOCIONAL DEFINIDO POR EL
CAR * POR SINTOMAS NEUROTICOS INCLUIDOS EN EL CAR
ENTRE LAS VICTIMAS DEL DESASTRE DEL ECUADOR (N=150)

SINTOMAS NEUROTICOS	SINTOMA PRESENTE				
	N	SI	N	NO	P
		% Con Trastorno Emocional		% Con Trastorno Emocional	
1 ¿Tiene dolores de cabeza?	54	69	96	24	<.0001
2 ¿Tiene falta de apetito?	51	67	98	27	<.0001
3 ¿Tiene dificultades para dormir?	65	60	85	25	<.0001
4 ¿Se asusta con facilidad?	105	47	44	25	<.02
5 ¿Le tiemblan las manos?	59	56	91	30	<.002
6 ¿Se siente angustiado o preocupado?	101	53	48	15	<.0001
7 ¿Tiene problemas con la digestión?	26	62	124	36	<.02
8 ¿Tiene problemas en pensar claramente?	49	70	101	26	<.0001
9 ¿Se siente infeliz?	37	70	112	30	<.0001
10 ¿Llora más de lo normal?	47	70	103	26	<.0001
11 ¿Es incapaz de gozar con sus actividades?	28	93	121	27	<.0001
12 ¿Tiene dificultad de tomar decisiones?	46	65	104	29	<.0001
13 ¿Su trabajo diario es un sufrimiento?	25	68	124	34	<.002
14 ¿Se siente incapaz de ser útil en la vida?	22	87	126	32	<.0001
15 ¿Ha perdido el interés por las cosas?	25	84	125	31	<.0001
16 ¿Siente que Ud. no vale nada?	21	91	128	31	<.0001
17 ¿Piensa en quitarse la vida?	17	71	133	36	<.01
19 ¿Tiene sensaciones desagradables en el estómago?	44	59	105	31	<.002
20 ¿Siente cansancio con facilidad?	65	57	84	26	<.0001

* Cuestionario de auto-reportaje.

La Tabla III enumera diversas variables asociadas con trastorno emocional. De las variables socio-demográficas estudiadas sólo el estado civil fue predictivo de alteración emocional: los pacientes que eran solteros, separados o viudos, padecían una alteración emocional con mayor probabilidad que aquellos casados. La auto-percepción de un pobre estado de salud física o emocional también se asociaba en forma significativa con la alteración emocional. Cuando se hizo un estudio de los síntomas físicos que presentaba el paciente, únicamente las condiciones pobremente definidas se asociaron en forma significativa con un puntaje positivo en el CAR. Estas condiciones incluyeron dolores y malestares

pobremente definidos, fatiga y quejas gastrointestinales inespecíficas. No se observó asociación entre puntajes en el CAR y la edad, el sexo, la escolaridad, la ocupación, la pérdida o el cambio de empleo, la razón para ir a la clínica, varios aspectos de las lesiones físicas provocadas por el desastre, los eventos vitales entre el desastre y el tamizaje, el nivel de apoyo social, y la idea de tener planes para el futuro.

TABLA III

VARIABLES SELECCIONADAS ASOCIADAS CON TRASTORNO EMOCIONAL DEFINIDO POR EL CAR * ENTRE LAS VICTIMAS DEL DESASTRE DEL ECUADOR (N=150)			
<i>Variables Personales</i>	<i>CUESTIONARIO DE AUTO-REPORTAJE</i>		<i>P</i>
	<i>Negativo (N=93)</i>	<i>Positivo (N=57)</i>	
Estado Civil			
Soltero	42.4	57.6	
Casado/unión libre	68.6	31.4	< .03
Separado	33.3	66.7	
Viudo	36.4	63.6	
Auto-percepción de la salud			
Estado Físico			
Excelente/bueno	75.7	24.3	< .001
Regular/malo	46.3	53.8	
Estado Emocional			
Excelente/bueno	71.3	28.8	< .03
Regular/malo	47.1	52.9	
Quejas físicas indefinidas			
Presentes	45.8	54.2	< .005
Ausentes	69.2	30.8	

* Cuestionario de auto-reportaje.

DISCUSION

Los resultados de esta investigación indican una frecuencia alta de alteración emocional entre los pacientes que asisten a las clínicas de cuidados primarios en el área afectada por el terremoto en Ecuador. La prevalencia de los desórdenes emocionales entre los pacientes que asisten a las clínicas de cuidados primarios en Ecuador fue casi tres veces más alta que la prevalencia observada entre los pacientes que reciben atención en las situaciones clínicas de rutina cuando se utiliza el mismo instrumento (11). Nosotros no estudiamos un grupo control, dado que la población total, de un área muy extensa, había sido

afectada por el terremoto. Se hubiera tenido que reclutar un grupo control de otra parte, lo cual no era práctico y en una situación de post-desastre, realmente imposible. Sin embargo, la marcada diferencia en cuanto a las tasas de prevalencia en una situación de post-desastre y en los contextos de atención clínica rutinaria, apoyan la naturaleza causal de la asociación entre el desastre y los niveles identificados de los problemas emocionales.

Algunas variables se relacionan a la presencia de alteración emocional entre las víctimas. Las víctimas que eran solteras, separadas, o que habían enviudado, tenían una mayor probabilidad de sufrir una alteración emocional. Una salud física señalada como buena se asoció en forma importante con un estado de estabilidad emocional. Por supuesto, es difícil establecer la dirección de esta asociación: los problemas físicos pueden haber conducido a los problemas emocionales; o bien, la alteración emocional puede haberse percibido y traducido como problemas físicos. El resultado final, sin embargo, es que la presencia de problemas físicos reales o la percepción de una pobre salud física parece estar asociada con alteraciones emocionales. Esto es particularmente cierto cuando los pacientes se quejan de síntomas físicos pobremente definidos. Estos pacientes, con un mayor margen de probabilidad, tendrán una alteración emocional que aquellos cuyas quejas tenían una estrecha relación con desórdenes físicos bien definidos. Esto ha sido observado en varias situaciones de rutina (10); los datos de nuestro estudio de Armero en el caso de víctimas ubicadas en los campamentos mostraron el mismo patrón (19).

Los datos obtenidos son consistentes con los datos anteriormente producidos por la investigación de Armero. Al interpretar los datos del terremoto de Ecuador, es importante anotar las diversas semejanzas con los pacientes encuestados en las clínicas de Armero. Comparada con la muestra de Armero, los sujetos de Ecuador incluían una mayor proporción de mujeres; no se observó diferencia significativa en las otras variables socio-demográficas.

Cuando se compara la prevalencia de alteración emocional entre las víctimas de Ecuador con las tasas de las víctimas de Armero, se observa una relación importante. En Armero, la prevalencia más alta (55%) se dio entre las víctimas de los campamentos, quienes estaban directa y en forma seria afectadas por el desastre, habiendo quedado sin hogar (18); una tasa intermedia (45%) fue detectada en una muestra de pacientes que asistían a las clínicas de cuidados primarios en el área del desastre. La mitad de esta muestra estaba constituida por sujetos de los pueblos circunvecinos, quienes no habían sido directamente afectados por el deslizamiento de tierra, pero cuyas vidas habían sido significativamente cambiadas por la tragedia y por la amenaza continua de nuevas erupciones (20). La tasa más baja (40%) fue hallada en el estudio de Ecuador, donde hubo muy pocas víctimas y el daño a la propiedad fue significativamente menos severo. Estas tasas sugieren que la proporción de víctimas con alteración emocional se relaciona en forma directa con la magnitud del desastre. No obstante, los puntajes prome-

dio para la subescala neurótica muestra que la severidad de los síntomas para estos tres grupos de sujetos con un puntaje positivo en el CAR era muy similar. En Armero, para las víctimas en los campamentos era 9.8 ± 4.4 ; y para los pacientes en las clínicas, 8.9 ± 3.8 ; en Ecuador, 9.7 ± 3.8 . Para los sujetos con un puntaje negativo en CAR, los puntajes promedios para las subescalas neuróticas fueron 3.4 ± 2.1 , 4.2 ± 2.0 y 3.8 ± 1.9 , respectivamente.

Estos resultados indican que una vez que la víctima se altera emocionalmente, el nivel de sintomatología es similar, independientemente de la magnitud del desastre; pero aquellas personas que no se alteran emocionalmente presentan una notable disminución de síntomas. Esto sugiere un modelo "dosis-respuesta" en cuanto a la prevalencia de perturbación emocional, y un fenómeno de umbral para la severidad de los síntomas: la proporción de víctimas emocionalmente alteradas es mayor en los desastres de mayor magnitud, pero el número de síntomas entre los afectados y la ausencia relativa de problemas emocionales entre los no-alterados son similares, independientemente del desastre.

Cuando se analiza la frecuencia de los síntomas y su capacidad para pronosticar la perturbación emocional, tal como se define de acuerdo al CAR, se detecta una relación inversa: los síntomas que más frecuentemente se registran son pobres predictores mientras que los síntomas que menos frecuentemente se anotan son buenos predictores. Se observó un patrón similar entre las víctimas del desastre de Armero. En las muestras de Ecuador y de Armero, los síntomas más frecuentes fueron "sentirse nervioso, angustiado o preocupado" y "se asusta con facilidad". El "sentir cansancio con facilidad" fue el tercer síntoma más frecuente en el caso de Ecuador y el cuarto en la muestra de Colombia. Estos síntomas tienen los más bajos rangos en cuanto a predecir perturbación emocional. Cuando se examina los más fuertes predictores de tensión emocional, vemos que experimentarse como "incapaz de ser útil en la vida" y "sentir que no vale nada" están clasificados entre los tres más fuertes predictores en ambas localidades, aunque su orden en la escala de frecuencia sea la más baja.

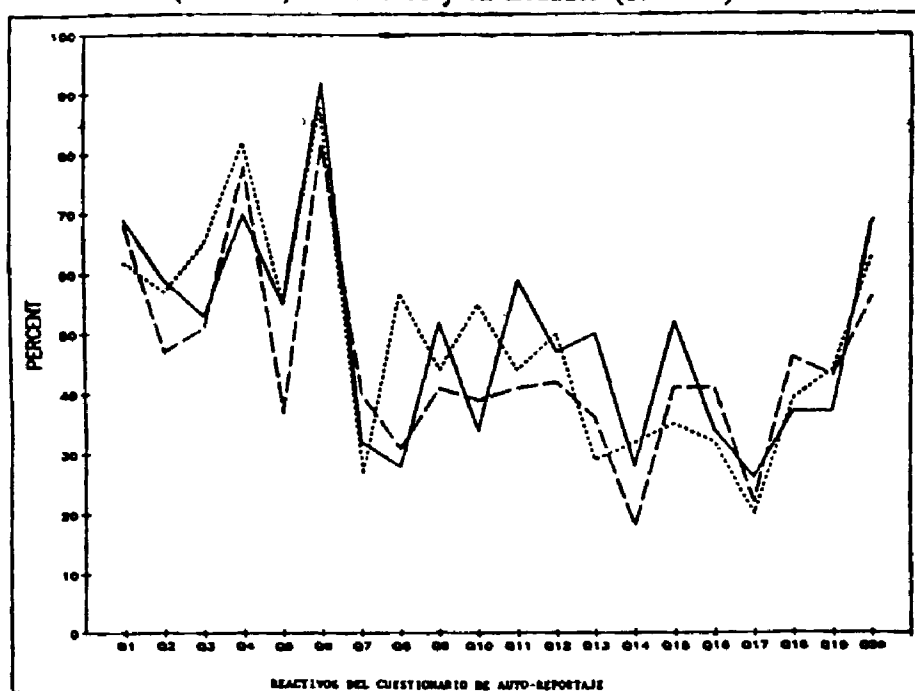
Es interesante anotar que los síntomas más frecuentes registrados por el CAR entre las víctimas tanto en Armero como en Ecuador hacen referencia básicamente a ansiedad, mientras que los mejores predictores hacen referencia principalmente a la depresión y a la disfunción social. El examen clínico de una sub-muestra de las víctimas de Armero en los campamentos mostró que los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes entre los sujetos con un puntaje positivo en el CAR fueron desorden de estrés post-traumático y depresión mayor (19), lo cual sugiere que la ansiedad y la depresión pueden en efecto ser los síntomas más frecuentes y pertinentes entre las víctimas de varios tipos de desastres.

Finalmente, los perfiles sintomáticos de la subescala neurótica para estos conjuntos de datos indican una marcada semejanza entre los sujetos con un puntaje positivo en el CAR (Figura 1): las curvas muestran una superposición en los puntajes de las víctimas de los campamentos en Armero y de los pa-

cientes en las clínicas de cuidados primarios en Armero y en Ecuador. Estos datos, una vez más, enfatizan las semejanzas en cuanto a la respuesta emocional de las víctimas a diferentes desastres.

FIGURA 1

Perfil sintomático de víctimas con trastorno emocional según el Cuestionario de Auto-Reportaje en campamentos (N = 111) y clínicas (N = 45) en Armero y en Ecuador (N = 60).



— Campamento Armero
 - - - Ecuador
 . . . Clínicas Armero

* Ver apéndice para los síntomas individuales del Cuestionario de Auto-Reportaje.

La utilización del Trabajador de Atención Primaria (TAP) en proporcionar atención de salud mental a las víctimas de desastres se beneficiará de estos resultados los cuales representan guías empíricas para diseñar un entrenamiento en salud mental focalizado en ellas. Estos resultados, sin embargo, son en ciertas medidas sorprendentes pero muy prometedores. Los desastres con diferentes impactos podrían provocar diferentes patrones de respuesta emocional, pero la consistencia de los síntomas emocionales identificados en las víctimas de Armero y Ecuador parece indicar que los seres humanos, bajo un marcado estrés, pueden presentar respuestas emocionales relativamente similares una vez alcan-

zado un cierto umbral. Esto parece indicar que en los desastres más pequeños, uno podrá encontrar un menor número de víctimas con trastorno emocional, pero los individuos que desarrollan estos trastornos serán tan sintomáticos como las víctimas de una gran catástrofe y necesitarán los mismos servicios de salud. El TAP necesita estar adecuadamente preparado para identificar y manejar estos problemas emocionales.

La baja identificación de los trastornos emocionales por el TAP, sin embargo, ha sido ampliamente documentada en diversas clínicas, tanto en países desarrollados (33) como en aquellos en desarrollo (38). Observaciones semejantes se hicieron por nosotros entre las víctimas que venían a las clínicas de atención primaria en Armero, en donde el TAP no identificó el 75% de los pacientes que habían sido detectados por el CAR como emocionalmente trastornados (20). Aunque la capacitación del TAP en acciones básicas de salud mental haya sido implementada con éxito en situaciones rutinarias (13, 32), conocimientos nuevos en los aspectos de salud mental de las víctimas de desastres necesitan ser generados para la capacitación adecuada del TAP. Dada la magnitud del problema, la escasez de los recursos y el apremio de tiempo, la capacitación del TAP en salud mental para situaciones de desastres necesita ser cuidadosamente diseñada para atender las necesidades de las víctimas. La capacitación propuesta no puede ser muy limitada, pues el TAP no sería capaz de detectar y manejar los trastornos que no son enfatizados en el adiestramiento rutinario, como el trastorno de estrés post-traumático. La capacitación tampoco puede ser muy amplia pues los recursos escasos serían desperdiciados en el adiestramiento del TAP para el manejo de condiciones poco comunes entre las víctimas de desastres, como los estados psicóticos agudos. Nuestros hallazgos también subrayan la necesidad que el TAP sea capaz de identificar y manejar trastornos emocionales relativamente graves en las víctimas, independientemente de la magnitud del desastre. La frecuencia de las víctimas con trastorno emocional podrá variar según el impacto del desastre, pero una vez que la víctima se trastorna emocionalmente, los tipos y la gravedad de los síntomas tienden a ser los mismos. El programa de capacitación propuesto también deberá llamar la atención del TAP sobre aquellos factores que tienden a estar asociados a trastorno emocional significativo entre las víctimas de un desastre, tales como ciertas características personales (por ejemplo, quejas físicas inespecíficas), o bien síntomas emocionales específicos (por ejemplo, dificultad para disfrutar de las actividades diarias).

CONCLUSIONES

Este estudio produjo información importante para la comprensión de la relación entre desastres y problemas psicológicos. Se puso en evidencia que los terremotos de Ecuador produjeron un alto nivel de perturbación emocional entre los pacientes de las clínicas de cuidados primarios. También permitió la identificación de síntomas y de variables que parecen producir problemas emocionales.

Este informe también se beneficia del hecho que la misma estrategia de investigación y los mismos instrumentos fueron utilizados por los autores en Armero y en el Ecuador, lo cual permite hacer una comparación entre los conjuntos de datos. Sus principales resultados son los siguientes: 1) la frecuencia de perturbación emocional entre las víctimas de un desastre es proporcional a la magnitud de los eventos catastróficos, 2) el nivel y patrón de los síntomas entre los individuos afectados son similares para víctimas de diferentes desastres; y 3) los predictores más fuertes y más comunes para la perturbación emocional son esencialmente los mismos para todos los sujetos estudiados.

Los resultados iniciales de Armero habían proporcionado las pautas para producir un manual, el cual ha sido sometido a una evaluación piloto en el entrenamiento en salud mental de los trabajadores de salud locales en las áreas del desastre (16). Los resultados del presente estudio reproducen mucho de las observaciones originales hechas con las víctimas de Armero, enfatizan la semejanza en cuanto a los problemas emocionales entre las víctimas de desastres con diferentes magnitudes, y respaldan nuestros esfuerzos para desarrollar e implementar un manual de salud mental en el caso de desastres para el entrenamiento de los TAPs, con amplia aplicabilidad en América Latina. Un estudio posterior evaluará la eficacia de un programa de entrenamiento diseñado para mejorar la habilidad de los TAPs en detectar los desórdenes mentales entre las víctimas de desastres. Se necesitan investigaciones posteriores para determinar si los TAPs tienen las habilidades necesarias para el manejo de estos trastornos emocionales y si estas habilidades pueden efectivamente traer cambios significativos en la evolución clínica de las víctimas.

A P E N D I C E

CUESTIONARIO DE AUTO-REPORTAJE

- 1 ¿Tiene dolores de cabeza?
- 2 ¿Tiene falta de apetito?
- 3 ¿Tiene dificultades para dormir?
- 4 ¿Se asusta con facilidad?
- 5 ¿Le tiemblan las manos?
- 6 ¿Se siente angustiado o preocupado?
- 7 ¿Tiene problemas con la digestión?
- 8 ¿Tiene problemas en pensar claramente?
- 9 ¿Se siente infeliz?
- 10 ¿Llora más de lo normal?
- 11 ¿Es incapaz de gozar con sus actividades?
- 12 ¿Tiene dificultad de tomar decisiones?
- 13 ¿Su trabajo diario es un sufrimiento?
- 14 ¿Se siente incapaz de ser útil en la vida?

- 15 ¿Ha perdido el interés por las cosas?
- 16 ¿Siente que Ud. no vale nada?
- 17 ¿Piensa en quitarse la vida?
- 18 ¿Siente cansancio todo el tiempo?
- 19 ¿Tiene sensaciones desagradables en el estómago?
- 20 ¿Siente cansancio con facilidad?

R E S U M E

Deux mois apres les tremblements de terre de 1987 en Equateur, des cliniques de première attention de cet aire ont été évaluées en relation a des problèmes emotioneles. Les facteurs du risque comprennent être célibateur, une pauvre santé physique et émotionel et des ennuis physiques pas bien définis. Les résultats des investigations ont été discuté en rélation à un désastre de une majeur intensité qui a été étudié par les auteurs avec les mêmes instruments et désigne d'investigation. Une comparaison entre les deux groupes a révèle que: (1) la prévalence des problèmes émotionels est mineur parmi les patients d'Equateur, mais la fréquence des symptômes est la même, (2) le profil des symptômes est très semblable, (3) les symptômes, les plus souvent et les plus prédictors de problemes emotionels ont été très semblables. Des résultats favorissent un entraînement pour les travailleurs d'attention de la santé adressé a des problèmes emotionels speciels, qui sont fréquents entre les patients des désastres.

ZUSAMMENFASSUNG

2 Monaten nach den Erdbeben in Aquator 1987, 150 Patienten wurden hinsichtlich emotioneller Probleme evaluiert. 40% zeigte emotionelle Störungen. Risikofaktoren waren ledig zu sein und schlechte körperliche und psychische Gesundheit. Die Ergebnisse dieser Untersuchung wurden mit anderen verglichen, die von einer Untersuchung kamen, die nach einem noch stärkeren Erdbeben durchgeführt wurde. Der Vergleich zeigte dass die Symptomen fast diesselben waren und dass die Risikofaktoren auch ähnlich waren. Der V. weiss darauf hin, dass die Zuständige fürs Gesundheitswesen auf solche Symptomen und Indikatoren sehr aufmerksam sein sollten.

AGRADECIMIENTO

Queremos expresar nuestra gratitud a los estudiantes de la Escuela de Medicina de la Universidad Central del Ecuador que recolectaron los datos utilizados en este trabajo con gran habilidad y entusiasmo: Ivan Balarezo, Manuel Balzon, Arturo Bravo, Marco Cruz, Paul Dávila, Galo Enriquez, Mauricio Guerrero, Ramiro Rueda, Edgar Samaniego, y Luis Vieira. Esta investigación contó con los auspicios del "Natural Hazards Research and Applications Information Center" de la Universidad de Colorado; de la División de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública del Ecuador; y del Departamento de Psiquiatría de la Escuela de Medicina de la Universidad Johns Hopkins

REFERENCIAS

1. BAASHIEH, T.A., CANSTAIRS, G.M., GIEL, R. & HASSLER, F.R. (1975): *Mental health services in developing countries*, Geneva, World Health Organization.— 2. BRODY, D.S. (1980): "Physician recognition of behavioral, psychological, and social aspects of medical care", *Arch. Intern. Med.* 140: 1286-1289.— 3. BROMET, E.J., SCHULBENC, H.C. & DUNN, L. (1982): "Reactions of psychiatric patients to the Three Mile-Island nuclear accident", *Arch. Gen. Psychiatry*, 39: 725-730.— 4. COHEN, R.E. (1985): "Reacciones individuales ante desastres naturales". *Bol. Of. Sanit. Panam.* 98: 171-180.— 5. COHEN, R.E., & AMEARN, JR. F.L. (1980): *Handbook for mental health care of disaster victims*, Johns Hopkins University Press, Baltimore.— 6. FREDERICK, C.J. (1977): "Current thinking about crisis or psychological intervention in United States disasters", *Mass. Emergencies*, 2: 43-50.— 7. GIEL, R., DEARANGO, M.V., CLIMENT, C.E., HARDING, T.W., IBRAHIM, H.H.A., LADRIDO-IGNACIO, L., SRINIVASA MURTHY, R., SALAZAR, M.C., WIG, N.N., & YOUNIS, Y.O.A. (1981): "Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries", *Pediatrics*, 68: 677-683.— 8. GLENER, G., GREEN, B., & WINCLT, C. (1981): *Prolonged psychosocial effects of disaster: A study of Buffalo Creek*, Academic Press, New York.— 9. GUERRI, M., & PEREZ, L.A. (1986): "Medical aspects of the "El Ruiz" avalanche disaster, Colombia", *Disasters*, 10: 150-157.— 10. HANKIN, J.R., STRINWACHS, D.M., & REGIER, D.A. (1982): "Use of general medical services by persons with mental disorders", *Arch. Gen. Psychiatry*, 39: 225-231.— 11. HARDING, T.W., DEARANGO, M.V., BALTAZAR, D., CLIMENT, C.E., IBRAHIM, H.H.A., LADRIDO-IGNACIO, L., SRINIVASA MURTHY, R., & WIG, N.N. (1980): "Mental disorders in primary health care: a study of their frequency in four developing countries", *Psychol. Med.* 10: 231-241.— 12. KINSTON, W. & ROSSER, R. (1974): "Disaster: Effects on mental and physical state", *J. Psychosom. Res.* 18: 437-456.— 13. LADRIDO-IGNACIO, L., CLIMENT, C.E., DEARANGO, M.V., & BALTAZAR, J. (1983): "Research screening instruments as tools in training health workers for mental health care", *Trop. Geogr. Med.* 35: 1-7.— 14. LILIENFELD, A.M. (1976): *Foundations of Epidemiology*, Oxford University Press, New York.— 15. LIMA, B.R. (1986): "Primary mental health care for disaster victims in developing countries", *Disasters*, 10: 203-204.— 16. LIMA, B.R. (1987): *La atención primaria en salud mental para víctimas de desastres*. Manual para la capacitación del trabajador de atención primaria, Ministerio de Salud, Colombia.— 17. LIMA, B.R., LOZANO, J., & SANTACRUZ, H. (1983): "Atención en salud mental para víctimas de desastres. Actividades desarrolladas en Armero, Colombia". *Bol. Of. Sanit. Panam.* 104: 593-598.— 18. LIMA, B.R., PAI, S., SANTACRUZ, H., LOZANO, J., & LUNA, J. (1987): "Screening for the psychological consequences of a major disaster in a developing country", *Acta Psychiatr. Scand.* 76: 561-567.— 19. LIMA, B.R., PAI, S., SANTACRUZ, H., LOZANO, J., & LUNA, J. (1988): *Primary mental health care in disasters: Armero Colombia*. The prevalence of psychiatric disorders among victims in tent camps. Working Paper Series N° 62, Institute of Behavioral Science, University of Colorado, Boulder, Colorado.— 20. LIMA, B.R., POMPEI, M.S., SANTACRUZ, T., LOZANO, J., & PAI, S. (in press): "La detección de problemas emocionales por el trabajador de atención primaria en situaciones de desastre. Experiencia en Armero, Colombia", *Salud Mental*.— 21. LIMA, B.R., SANTACRUZ, H., LOZANO, J., LUNA, J., & PAI, S. (1988): "La atención primaria en salud mental para víctimas de desastres. Armero, Colombia", *Acta Psychiatr. Psicol. Am. Lat.* 34: 13-32.— 22. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (1982): *Plan of Action for the Implementation of Regional Strategies*. Pan American Health Organization, Official Document N° 179. Washington D.C.— 23. RAPHAEL, B. (1984): "Psychiatric consulting in major disasters", *Aust. New Zealand J. Psychiatry*, 19: 1-7.

- land. J. Psychiatry, 18: 303-306.— 24. RAPHAEL, B. (1986): *When disaster strikes*. Basic Books, New York.— 25. REGIER, D.A., GOLDBERG, I.D. & TAUBE, C.A. (1978): "The De Facto US Mental Health Services System", *Arch. Gen. Psychiatry*, 35: 685-693.— 26. REGIER, D.A., MYERS, D.K., KRAMER, M., ROBINS, L.N., BLAZER, D.G., HOUGH, R.L., EATON, W.W., & LOCKE, B.Z. (1984): "The NIMH epidemiologic catchment area program", *Arch. Gen. Psychiatry*, 41: 934-941.— 27. SCHURMAN, R.A., KRAMER, P.D., & MITCHELL, J.B. (1985): The hidden mental health network. Treatment of mental illness by nonpsychiatrist physicians", *Arch. Gen. Psychiatry*, 42: 89-94.— 28. SEAMAN, J. (ed.), (1984): *Epidemiology of natural disasters*, Karger, Basel.— 29. SHAPIRO, S., SKINNER, E.Z., KRAMER, M., STEINWACHS, D.M., & REGIER, D.A. (1985): "Measuring needs for mental health services in a general population", *Med. Care*, 23: 1033-1043.— 30. SHEPHERD, M. (1967): *Psychiatric Illness in General Practice*, Oxford University Press, London.— 31. SIRCUBSSON, H., & CAREY, S. (1986): "Volcanic disaster in Latin America and the 13th November 1985 eruption of Nevado del Ruiz Volcano in Colombia", *Disasters*, 10: 205-217.— 32. SRINIVASA MURTHY, R. & WIG, N.N. (1983): "The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, IV: A training approach to enhancing the availability of mental health manpower in a developing country", *Am. J. Psychiatry*, 140: 1486-1490.— 33. THOMPSON, T.L., STOUDEMIRE, A., MITCHELL, W.D., & GRANT, R.L. (1983): "Underrecognition of patients' psychosocial distress in a University Hospital medical clinic", *Am. J. Psychiatry*, 140: 158-161.— 34. TUCKMAN, A.J. (1973): "Disaster and mental health intervention", *Community Ment. Health J.*, 9: 151-157.— 35. UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT, (1986): *Office of U.S. Foreign Disaster Assistance. Disaster History. Significant data on major disasters worldwide 1900-Present*, Washington, D.C. 36.— WORLD HEALTH ORGANIZATION (1973): *Psychiatry and primary medical care*. Report on a working group, World Health Organization, Copenhagen.— 37. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1978): *Primary Health Care: A joint report by the Director-General of the World Health Organization, and the Executive Director of the United Nations Children's Fund*, World Health Organization, Geneva.— 38. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1984): *Mental health care in developing countries: A critical appraisal of research findings*. Report of a WHO study group. WHO Tech. Rep. Ser. 698.