

## Resumen

El objetivo del trabajo fue establecer la incidencia de trastornos psiquiátricos asociados con los sismos ocurridos en nuestro país el 19 de septiembre de 1985.

Se estudió a la población de 18 a 64 años, que en el momento de la encuesta se encontraba en los albergues coordinados por el Departamento del Distrito Federal.

Se siguió un esquema de muestreo por conglomerados con dos etapas de selección. En la primera se seleccionaron con probabilidad igual los albergues y en la segunda, con probabilidades iguales, a familias albergadas. Se incluyeron un total de 75 albergues y la selección de las familias se hizo con base en los listados disponibles en cada uno. Se efectuó un conteo de los integrantes de cada familia entre 18 y 64 años, que pasaron la noche de la encuesta en los albergues. Se seleccionó para entrevista a una persona por familia. En forma adicional, debido al continuo cambio de la población de los albergues, se seleccionó al azar una de cada tres familias que no aparecían en los listados y de ellas uno de sus miembros, también al azar.

El cuestionario utilizado, cuya confiabilidad entre entrevistadores fue aprobada en una fase previa ( $K=.86$ ) evalúa cuatro entidades definidas de acuerdo con el DSM-III:

trastorno por estrés post-traumático, crisis de angustia, estados de ansiedad y depresión.

Se realizaron un total de 524 entrevistas en un lapso de dos meses (octubre y noviembre de 1985). El 26% de la población fue del sexo masculino y el 62% femenino con una edad ( $\bar{X} \pm DE$ ) de  $35 \pm 12$  años y una escolaridad  $5.7 \pm 4$  años.

El 96% de la población entrevistada había sufrido pérdidas materiales; el 53% reportó pérdida parcial de su vivienda y el 39% pérdida total. El 28% reportó la muerte de familiares y/o amigos. 49 personas (8%) reportaron haber quedado atrapados, en su mayoría sin daño físico aparente.

El 28% de la población reportó padecer estrés post-traumático, 18% ansiedad generalizada, 14% depresión y solamente 2% crisis de angustia. El 12% de la población presentó estados de depresión y/o ansiedad generalizada, asociadas con estrés post-traumático.

## Introducción

Los desastres naturales (como los que ocurrieron en la Ciudad de México el pasado mes de septiembre), causan una serie de reacciones emocionales que van desde una situación de shock inicial hasta reacciones cuya intensidad y duración requieren intervención especializada a largo plazo. Este tipo de manifestaciones está relacionado tanto con la experiencia traumática personal, como con las pérdidas humanas y materiales sufridas. Intervienen también, la historia del desarrollo psicosocial, factores de riesgo previos que hacen vulnerable al individuo, y también, factores protectores, como podría ser el apoyo familiar o social que lo ayudan a sobreponerse más rápidamente.

Existen diferentes tipos de población afectada que incluyen desde aquellos directamente involucrados, los que prestaron ayuda, los espectadores, y la comunidad en general. Esta experiencia puede definirse de acuerdo con el tipo y magnitud de la pérdida y la cercanía física o afectiva con la zona de desastre.

Son muchas las manifestaciones que pueden asociarse con esta experiencia, en la fase aguda, predominan los estados de angustia, la confusión, la fatiga, y en general, diversos grado de incapacidad.

A mediano y largo plazo pueden manifestarse otras secuelas psicológicas que están más directamente relacionadas con las condiciones previas del sujeto. Sin embargo, también se observan otras como son las reacciones volentas, el suicidio o el intento de suicidio, el abuso de drogas o alcohol y la desintegración familiar; así como problemas en el funcionamiento social y/o laboral.

Otras manifestaciones están asociadas con la respuesta que se da al fenómeno: abuso en la prescripción de fármacos, inadecuada canalización de la agresión, falta de seguridad personal que ocasiona incertidumbre (aumento en el índice de robos, lesiones, etc.).

Con el objeto de conocer mejor algunas de las consecuencias que ocasionó el desastre en nuestro medio, se realizó un estudio orientado a establecer la incidencia de casos que ameritaban atención psicológica en un grupo considerado como de alto riesgo, que fue la población de damnificados por el sismo ocurrido en septiembre de 1985, ubicada en albergues. Este estudio fue llevado a cabo conjuntamente por la Dirección General de Epidemiología y por el Instituto Mexicano de Psiquiatría de la Secretaría de Salud.

## Antecedentes

Las consecuencias psicológicas de los desastres naturales, han sido motivo de estudio de los especialistas en el campo desde hace varios años (1). Una subdivisión generalmente aceptada, ha sido la de dividir los desastres naturales, como es el caso de los terremotos, de los desastres inducidos por el hombre, como puede ser el caso de las guerras. La discusión también se ha dado en torno a la definición de desastre (2).

Para fines prácticos, un desastre puede definirse como un evento que altera el funcionamiento vital de una sociedad. Se refiere a situaciones extraordinarias que destruyen o amenazan con destruir a gran escala, la vida humana y los bienes materiales.

Las investigaciones sobre las consecuencias psicológicas de estos eventos, se han llevado a cabo fundamentalmente mediante tres estrategias (3): la primera ha tenido como objeto el definir el grado con el que un desastre ha afectado a sus víctimas desde un punto de vista de su salud mental; la segunda, ha centrado su interés en las respuestas grupales a los desastres y los fenómenos de adaptación social que se estructuran como consecuencia de los mismos; y el tercero, en la interacción de los lazos interpersonales y sociales que ocurren en estas circunstancias y los sistemas

de apoyo que se generan.

Una característica de las investigaciones sobre desastres, es que son necesariamente oportunistas; esto se refleja en las limitaciones que impiden el diseño prospectivo experimental y la conformación de grupos controles bien definidos (4). No obstante, experiencias recientes, han puesto de manifiesto que este tipo de eventos son capaces de inducir trastornos psiquiátricos en la población. Dentro de los estudios realizados específicamente en relación a los desastres naturales, destacan el del ciclón Tracy en Australia en 1974 (5), y la erupción del Monte Santa Elena en Estados Unidos, en 1980 (3). En este último, se usó por primera vez una entrevista estructurada con el fin de establecer diagnósticos psiquiátricos, tomando en consideración los antecedentes de los sujetos estudiados, la duración de los patrones sintomáticos, y su recurrencia eventual.

En este estudio, nosotros hemos usado una metodología similar, con el propósito de definir la presencia de cuadros clínicos diagnosticables como consecuencia del desastre, sobre la hipótesis de que podía haber trastornos psiquiátricos inducidos por éste, susceptible de definirse mediante el uso de criterios diagnósticos estrictos.

En este trabajo se presenta la prevalencia de depre- sión, ansiedad generalizada y angustia por grupos demográficos. El estrés post-traumático ha sido objeto de análisis de otros artículos\*.

## Metodología y material

### Método

El estudio se llevó a cabo de octubre a noviembre de 1985. Se utilizó el método de encuestas, haciendo de éste un estudio transversal, descriptivo y analítico.

### Población objetivo

La población objeto de estudio estuvo constituida por las personas de 18 a 64 años de edad, que en el momento de la encuesta se encontraban en los albergues coordinados por el Departamento del Distrito Federal, que alojaban a población damnificada por los sismos en la ciudad de México. El total de albergues considerados fue de 144 que alcanzaban un total de 3,548 familias inscritas.

### Determinación del tamaño de la muestra

El procedimiento para determinar el tamaño de la muestra partió de la siguiente expresión para obtener el ta-

\* Tapia, Sepúlveda, Medina-Mora, Caraveo, De la Fuente, "Prevalencia del síndrome de estrés post-traumático en la población sobreviviente a un desastre natural". En proceso de publicación.

maño mínimo necesario para realizar un muestreo aleatorio simple.

$$Ne = \frac{1}{K^2} \left( \frac{1}{P} - 1 \right)$$

Donde:

Ne = es el tamaño de la muestra efectivo

P = es el valor de la proporción a estimar

K = es el coeficiente de variación esperado en la estimación.

Un elemento esencial de los cálculos del tamaño de la muestra es la tasa de no respuestas, la cual está dada primero, por la ausencia del informante seleccionado o la incapacidad para presentar los datos y segundo, por aquellos que rehusan el contestar el cuestionario. Si se considera la no respuesta que se espera tener en la encuesta, la expresión anterior se transforma en:

$$Ne = \frac{1}{K^2} \left( \frac{1}{P} - 1 \right) \frac{1}{(1-TNR)}$$

Donde:

TNR = es el porcentaje de no respuesta.

Tomando en cuenta lo reportado en la literatura sobre desastres naturales y su repercusión en la salud mental, se consideró que el evento tendría una probabilidad de ocurrencia del 10%. Por otro lado, se estimó que la tasa de no respuesta en la encuesta sería del 25%. En la muestra calcu-

lada se consideró un coeficiente de variación del 15%.

Sustituyendo en la expresión para calcular el tamaño de la muestra, se tiene:

$$N = \frac{1}{(.15)^2} \left( \frac{1}{(.10)^2} - 1 \right) \frac{1}{.75}$$

$$N = 480$$

Se redondearon las cifras con fines operativos para tener 500 entrevistas, con un error relativo igual a 0.015 con una confianza del 95%.

Esquema de muestreo

El esquema de muestreo consistió en dos etapas: en la primera se seleccionaron, con probabilidades iguales, las familias; y en la segunda, también con probabilidades iguales, personas.

Se seleccionó un total de 75 albergues, y la selección de las personas se hizo con base en los listados de familias albergadas proporcionados por el Departamento del Distrito Federal.

Se hizo un conteo de los integrantes de cada familia entre 18 y 64 años, que pasaron la noche de la encuesta en los albergues. Y se seleccionó para entrevista a una persona por familia. En forma adicional, debido al continuo cambio de la población adscrita a los albergues, se seleccionó al azar una

de cada tres familias que no aparecían en los listados y de ellas también al azar, a uno de sus miembros.

## Material

Para obtener la información se elaboró un cuestionario que fue aplicado mediante una entrevista directa. El cuestionario estuvo compuesto por tres secciones: 1. Ficha de identificación; 2. Circunstancias asociadas con el sismo, y 3. Posibles trastornos emocionales. De éstos se seleccionaron 4, que eran los más probables: trastorno de estrés post-traumático, depresión, estados de ansiedad y crisis de angustia según aparecen definidos en el DSM-III (6). Para evaluar estos estados se elaboraron 54 preguntas con base en la Entrevista de Diagnóstico Psiquiátrico (7) y el Cuestionario de Entrevista Diagnóstica (DIS)(8).

El trastorno de estrés post-traumático ocurre con frecuencia después de un desastre y se caracteriza en lo general por sueños o recuerdos recurrentes, estados de miedo intenso, sentimientos de culpa e insomnio, entre otros. La depresión se define como la existencia de ánimo triste y melancólico diario y persistente, por lo menos durante dos semanas acompañado de síntomas tales como disminución del apetito, dificultades en el sueño, y sentimientos de minusvalía entre otros. En los estados de ansiedad se observa tensión o nerviosismo generalizado persistente. Generalmente se asocia

con tensión motora, hiperactividad vegetativa, expectación aprehensiva, hipervigilia y escrutinio. Finalmente, las crisis de angustia consisten en estados repentinos de pánico que ocurren sin un motivo aparente que se caracterizan por una ansiedad muy intensa y se acompañan de una variedad de síntomas tales como palpitaciones, disnea, mareos, sudores, etc. Para diagnosticar este síndrome es necesario que la persona haya experimentado por lo menos un episodio por semana durante 3 semanas seguidas.

Con excepción de los del estado de estrés post-traumático cada síntoma tenía 4 opciones de respuesta. Con el propósito de conocer su presencia y/o ausencia antes del evento y/o su posible intensificación a partir del mismo. Para los síntomas que aparecieron a partir del sismo se distinguió entre aquellos que desaparecieron un mes después, de aquellos que se encontraban presentes en el momento de la entrevista.

#### Prueba de confiabilidad

Una vez elaborado el instrumento y sujeto a revisión de especialistas en la materia, se procedió a probar su confiabilidad.

Los aplicadores fueron psiquiatras y psicólogos clínicos con experiencia previa en entrevistas diagnósticas. Todos ellos fueron previamente entrenados en el manejo del cues-

tionario. El curso de capacitación tuvo una duración total de 6 horas y abarcó los siguientes aspectos: a) Síndromes a investigar, definición, e indicadores incluidos en el cuestionario (1 hora); b) Revisión del cuestionario y propósito de cada pregunta (1 hora); c) Formas de respuesta (1 hora); d) Práctica supervisada (2 horas); e) Procedimiento para probar la confiabilidad del instrumento (1 hora).

La prueba se llevó a cabo en un albergue de damnificados que no había sido seleccionado en la muestra definitiva en el que se entrevistaron a 23 sujetos.

Los aplicadores fueron agrupados en parejas con roles alternos de entrevistador-observador, llenando cada uno los cuestionarios en forma independiente. Las personas a ser entrevistadas se seleccionaron al azar.

Se analizó el índice de acuerdo por síntoma y síndrome. La consistencia se midió a través del estadístico Kappa, que es una medida que corrige por el nivel de acuerdo debido al azar. Asimismo, se valoró el grado de acuerdo ante la ausencia y presencia del síntoma; la confiabilidad global fue de  $K=.86$ , el 74% de los reactivos fueron Kappas superiores a .80 y el 92% superiores a .60. Solamente 6 reactivos resultaron no significativos con Kappas inferiores a .60. Dos de ellos evaluaban el estrés post-traumático de un total de 12

reactivos y 3 crisis de angustia, de un total de 14 reactivos. En estos casos los reactivos no afectaban el diagnóstico del síndrome. El 6º reactivo cuya consistencia fue baja, evaluaba reacciones fóbicas de un total de 5 síntomas. Debido a que el reactivo era básico para determinar la ausencia o presencia de estos estados, el síndrome fue eliminado del análisis (Cuadro 1).

## Resultados

### Características sociodemográficas

El 69% de la población eran mujeres y el 28% hombres, cifra explicable por el hecho de que estos últimos, por lo general pasaban la noche velando sus pertenencias en las zonas de derrumbe; el 60% estaban casados, un 40% no había terminado la educación primaria (Cuadro 2).

Un 91% había perdido su vivienda en forma total o parcial. La mayor parte se encontraba (79%) en su casa en el momento del sismo, en un 11% de los casos se registró la muerte de familiares y en un 18% adicional, de amigos (Cuadro 3).

Un 30% había participado en labores de ayuda; rescate de sobrevivientes 9%; de cadáveres 5%; de escombros 10%; y otros 16% (Cuadro 4).

## Reacciones emocionales

El 20% de los entrevistados presentaron sintomatología mental. De éstos solamente un 0.3% requirieron internamiento psiquiátrico (Cuadro 5).

Las manifestaciones severas de patología, incluyeron lenguaje incoherente (2.4%); confusión mental (1.7%); alucinaciones (0.5%) y conducta bizarra (2.6%).

El síndrome de estrés post-traumático estuvo presente en un 38% de los casos, pero sólo en un 32% continuaba presente al mes del sismo.

Un 20% presentó ansiedad generalizada; 13% depresión y 2% crisis de angustia.

En la mayor parte de los casos que manifestaron crisis de angustia, ansiedad generalizada y todos los casos depresión, la patología estaba presente al mes del sismo.

Menos del 3% de los casos entrevistados reportaron patología previa al terremoto (Cuadro 6).

Los síntomas específicos de cada entidad estudiada y el criterio para determinar su presencia aparecen en los

Cuadros 7 a 9. En este análisis se consideró únicamente a los sujetos con síntomas un mes después del evento (Cuadros 7 a 9).

Depresión. Un 33% reportó sentirse triste, sin esperanza, pero sólo un 24% experimentó este sentimiento diario por lo menos durante dos semanas, criterio necesario para considerar la probabilidad de un caso de depresión. Dentro de los síntomas específicos los más frecuentes fueron los cambios en el peso corporal, despertarse demasiado temprano, y la falta de energía. Un 13% alcanzó el criterio de depresión.-Cuadro 7-

Ansiedad generalizada. Este fue el trastorno más frecuente después del estrés post-traumático. Un 37% manifestó sentirse tenso o nervioso la mayor parte del tiempo (37%) el síntoma más frecuente fue el sentirse preocupado acerca del futuro, que algo malo pudiera pasarle a él o a otras 49%. Un 19% alcanzó el criterio diagnóstico. -cuadro-

Crisis de angustia. Este estado se manifestó en un número reducido de sujetos (1.9%). 7% de la población estudiada manifestó haber experimentado episodios repentinos de miedo exagerado sin motivo aparente, pero solamente

un 4% manifestó un episodio por semana durante tres semanas seguidas. Los síntomas específicos más frecuentes fueron las palpitaciones, mareos y miedo a morir o volverse locos.

Subgrupos afectados. Al igual que lo que ocurre en la población general bajo condiciones normales, las mujeres reportaron un índice mayor de trastornos, 16% de ellas presentó depresión en contraste con solamente el 7% de los hombres. En el caso de la ansiedad generalizada, los problemas fueron 24% y 9% respectivamente.

Los trastornos por edad, escolaridad del entrevistado y escolaridad del jefe de familia, se muestran en el Cuadro 10. Como puede observarse, la edad no resultó significativa, la escolaridad del entrevistado y la del jefe de familia que constituyeron un indicador del nivel económico, resultaron significativas para la de presión. Los sujetos que manifestaron esta patología habían cursado un menor número de años. -Cuadro 10-

## B I B L I O G R A F I A

1. Kinston, W.; et al: Disaster: Effects on mental and physical state. J. Psychosom Res, 18: 437, 1974.
2. Wilkinson, C.B.: The psychological consequences of disasters. Psychiat Ann, 15: 135, 1985.
3. Shane, J.H. et al: Psychiatric Reactions to disaster: The Mount St. Helens Experience. Am J. Psychiatry, 143: 590, 1986.
4. Logue, J.N. et al: Research issues and directions in the epidemiology of health effects of disasters. Epidemiol Rev., 3: 140, 1981.
5. Parker, G.: Cyclone Tracy and Darwin evacuees. Br. J. Psychiatry, 130: 548, 1977.
6. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition. Washington D.C. APA, 1980.
7. Robins, L.N.; Helzer, J.E.: National Institute of Mental Health. Diagnostic Interview Schedule. Its history Characteristics and validity Arch Gen Psychiatry, 38: 381-389, 1981.
8. Spitzer, R.L.; Williams-Javier, G.W.: Structural Clinical Interview for DSM-III (SCID S/1/84) Biometric Research Department. New York State Psychiatric Institute. New York.

REACCIONES EMOCIONALES ANTE EL SISMO  
PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

DIAGNOSTICO DSM-III	TOTAL DE REACTIVOS	VALOR DE KAPPA .80 A 1 .60 A 1 < .60	TOTAL NO SIGNIFICATIVO
ESTRES POST-TRAUMATICO	12	75% 92% 8%	2
CRISIS DE ANGUSTIA	14	71% 93% 7%	3
ANSIEDAD GENERALIZADA	5	100% 100% -	-
DEPRESION	13	85% 100% -	-
REACCIONES FOBICAS.	5	40% 60% 40%	1
TOTAL	50	74% 92% 8%*	6

CONFIABILIDAD GLOBAL:  $K = .86; \sqrt{K} = .10; Z = 8.6$

\* 4 REACTIVOS

MEDINA-MORA, TAPLA, CARAVEO, SEPULVEDA,  
DE LA FUENTE.  
INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA  
DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, SS

CUADRO 2

TRASTORNOS EMOCIONALES ASOCIADOS CON EL SISMO  
 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LA  
 MUESTRA ESTUDIADA (N=573)

SEXO/EDAD	MASCULINO (N=163)	FEMENINO (N=395)
18-25	31	22
26-30	17	18
31-40	28	32
41-50	14	13
51-64	9	14
TOTAL	28%	69%

ESTADO CIVIL

SOLTERO	18%	DIVORCIADO	9%
CASADO	59%	VIUDO	13%

ESCOLARIDAD DEL ENTREVISTADO      ESCOLARIDAD DEL  
JEFE DE FAMILIA

0-5	39%	31%
6	26%	24%
7-9	17%	13%
10-12	10%	8%
13 o MAS	5%	3%

REACCIONES EMOCIONALES ANTE LOS SISMOS  
 DESCRIPCION DE LA MUESTRA ESTUDIADA  
 VARIABLES RELACIONADAS CON EL SISMO

<u>PERDIDAS MATERIALES</u>		<u>MUERTE DE FAMILIARES O AMIGOS</u>
VIVIENDA	PARCIAL TOTAL	50% 41%
LUGAR DE TRABAJO/ESCUELA	PARCIAL TOTAL	7% 13%
<u>LUGAR DONDE ESTABA</u>		
CASA		43. %
TRABAJO/ESCUELA		8%
CALLE		
TRANSPORTE		
FUERA DEL D.F.		25. %

N=573

MEDINA-MORA, TAPIA, CARAVEO, SEPULVEDA,  
 DE LA FUENTE  
 INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA  
 DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, SS

CUADRO 4

REACCIONES EMOCIONALES ANTE LOS SISMOS.  
PARTICIPACION EN ACTIVIDADES COLECTIVAS

PARTICIPO EN LABORES DE AYUDA 30%

TIPO DE ACTIVIDAD

RESCATE DE SOBREVIVIENTES	9%
RESCATE DE CADAVERES	5%
REMOCION DE ESCOMBROS	10%
TRANSPORTE/DISTRIBUCION DE VIVERES U OTROS ARTICULOS	16%

N=573

MEDINA-MORA, TAPIA, CARAVEO, SEPULVEDA  
DE LA FUENTE.

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA  
DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA

CUADRO 5

REACCIONES EMOCIONALES ASOCIADAS  
CON LOS SISMOS

EVALUACION DE SEVERIDAD

AUSENTE	
SUJETO ASINTOMATICO	30%
LEVE	
ALGUNAS ALTERACIONES, SIN NECESIDAD DE INTERVENCION	22%
MODERADO	
SINTOMATOLOGIA MODERADA REQUIERE AYUDA EN EL LUGAR O EN CONSULTA EXTERNA	16%
INTENSO	
REQUIERE AYUDA PSIQUIATRICA EN CONSULTA EXTERNA	4%
MUY INTENSO	
INTERNAMIENTO PSIQUIATRICO	0.3%

N = 573

MEDINA-MORA, TAPIA, CARAVEDO, SEPULVEDA,  
DE LA FUENTE,  
INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA  
DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, SS

REACCIONES EMOCIONALES ASOCIADAS CON LOS SISMOS

DIAGNOSTICOS DE ACUERDO CON EL DSM-III	PRESENTES ANTES DEL SISMO		APARICION A PARTIR DEL SISMO	
	SIN CAMBIOS	INTENSIFICADO A PARTIR DEL SISMO	AUSENTE EN LA ULTIMA SEMANA	PRESENTE EN LA ULTIMA SEMANA
ESTRESS POST-TRAUMATICO	-	-	5.8%	31.8%
CRISIS DE ANGUSTIA	0.5%	0.1%	0.5%	1.9%
ANSIEDAD GENERALIZADA	1.2%	1.7%	0.7%	19.2%
DEPRESION	1.7%	1.2%	-	13.3%

N = 573

MEDINA-MORA, TARIA, CARAVEO, SEPULVEDA,  
DE LA FUENTE,  
INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA  
DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, SS

DEPRESION

	PRESENTE UN MES DESPUES	PRESENTE UN MES DESPUES
TRISTE, DESGANADO SIN ESPERANZA...	33%*	TODOS LOS DÍAS. POR LO MENOS DURANTE DOS SEMANAS 24%*
AUMENTO/PERDIDA DE PESO	30%	FALTA DE ENERGIA 28%
DIFICULTADES EN EL SUEÑO:		
NO CONCILIA	22%	HABLA O SE MUEVE LENTAMENTE 14%
SE DESPIERTA CONSTAN- TEMENTE	29%	QUE NO VALE NADA 14%
SE DESPIERTA DEMASIADO TEMPRANO	19%	DISMINUIDA CAPACIDAD DE PENSAR 20%
DUERME DEMASIADO	6%	PIENSA CONSTANTEMENTE EN LA MUERTE 15%
PESADILLAS	15%	

CASOS 13%

A PARTIR DEL SISMO UN MES DESPUES

DIAGNOSTICO \* PRESENTE

\*\* PRESENTE

4 AFIRMATIVAS

N=573

MEDINA-MORA, TAPIA, CARAVEO, SEPULVEDA  
DE LA FUENTE  
INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA  
DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, SS

ANSIEDAD GENERALIZADA

	PRESENTE UN MES DESPUES	PRESENTE UN MES DESPUES
NERVIOSO O TENSO LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	37%*	49%**
FATIGADO...	30%**	32%**
SUDOR, BOCA RESECA MALESTAR ESTOMACAL...	33%**	

CASOS 19%

A PARTIR DEL SISMO UN MES DESPUES

DIAGNÓSTICO \* PRESENTE  
\*\* 3 AFIRMATIVAS

MEDINA-MORA, TAPIA, CARAVEO, SEPULVEDA,  
DE LA FUENTE  
INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA  
DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA. SS

CRISIS DE ANGUSTIA

EPISODIOS REPENTINOS DE MIEDO  
EXAGERADO SIN MOTIVO APARENTE

UN EPISODIO POR SEMANA  
TRES SEMANAS SEGUIDAS

4\*\*

SI\*\*\*

SI\*\*\*

FALTA DE AIRE  
PALPITACIONES  
MAREOS

A PUNTO DE DESMAYARSE  
SUDORES  
ESTRECCIMIENTOS O

8%  
12%  
11%

8%  
9%  
10%

HORMIGUEO  
DOLORES DE PECHO  
SOFOCACION

TEMBLORES  
ESCALOFRIOS  
IRREALIDAD

9%  
7%  
7%

7%  
9%  
10%

MIEDO A MORIR O VOLVERSE  
LOCO

10%

CASOS 1.9%

A PARTIR DEL SISMO UN MES DESPUES

DIAGNOSTICO \* PRESENTE  
\*\* PRESENTE  
\*\*\* 4 AFIRMATIVOS

N = 573

MEDINA-MORA, TAPIA, CARAVEO, SEPULVEDA,  
DE LA FUENTE.  
INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA  
DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, SS

TRASTORNOS EMOCIONALES ASOCIADOS POR EL SISMO POR  
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

	TRAUMATICO (N = 215)		ANSIEDAD GENERALIZADA (N = 131)		DEPRESION (N = 93)		MUESTRA TOTAL (N = 573)	
	X̄	S	X̄	S	X̄	S	X̄	S
EDAD	34.7	12.5	34.6	10.8	35.5	10.9	34.7	11.7
ESCOLARIDAD								
ENTREVISTADO	5.4	3.9	5.6	4.0	4.4	3.7*	5.9	4.1
ESCOLARIDAD								
JEFE DE								
FAMILIA	5.7	4.0	5.7	4.2	4.2	3.5*	5.6	3.8

F. PROB. .05\*

.01\*\*

.001\*\*\*

MEDINA-MORA, TAPIA, CARAVEO, SEPULVEDA,  
DE LA FUENTE,  
INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA  
DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA, SS