

Reacciones postraumáticas a consecuencia del huracán Mitch: Un estudio epidemiológico en Tegucigalpa, Honduras.

Robert Kohn¹, Itzhak Levav², Irma Donaire García³, Miguel E. Manchuca⁴, Rita Tamashiro⁵

Introducción.

El Huracán Mitch azotó Centroamérica –como un huracán de categoría 4– a partir del 25 de octubre de 1998. Desde el 26 de octubre y hasta que comenzó a disiparse el día 29, las velocidades del viento alcanzaron los 285 km./hora. Honduras sufrió la mayor carga de este desastre natural.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el gobierno hondureño estimaron que más de 1.500.000 personas se vieron obligadas a desplazarse; 5.657 murieron y otras 8.058 desaparecieron. 112.272 personas resultaron damnificadas. Aproximadamente 1.375 albergues temporales tuvieron que establecerse para alojar a las 285.000 víctimas de este desastre (Secretaría de Salud de Honduras, 1999). En el Departamento Francisco Morazán –donde está situada Tegucigalpa– 404.225 individuos tuvieron que desplazarse, de los cuales 22.429 se alojaron en 165 albergues (Gobierno de Honduras, 1998).

El huracán dejó sin funcionamiento a 15 de los 29 hospitales del país. El 30% de la infraestructura de salud fue dañada, y el 80% de la población tuvo dificultades para obtener agua potable. Se observaron aumentos marcados de las enfermedades diarreicas, cólera, malaria y dengue. Debido al agua contaminada y al deterioro de las condiciones sanitarias y del control de de-

sechos, hubo un aumento súbito en la leptospirosis. Pero en lo relativo a la salud mental, poco se informó sobre los efectos del desastre.

El estudio comunitario que se refiere a continuación tuvo como objetivo estudiar el riesgo de desarrollar trastornos psíquicos en la población adulta expuesta al huracán. Además, se presentan los índices de violencia y las tasas de utilización de los servicios, en el periodo que siguió al huracán.

Material y método.

Selección de la muestra.

El estudio se realizó en Tegucigalpa entre el 30 de diciembre de 1998 y el 30 de enero de 1999 –de un mes y medio a dos después del huracán. Se entrevistaron 800 adultos en una muestra estratificada: la mitad de la misma provenía de los barrios donde principalmente residen individuos de la clase socioeconómica (ESE) más baja; un cuarto de la muestra de barrios de clase media y el otro cuarto de los barrios de estrato socioeconómico alto. Cada uno de los tres estratos socio-económicos fue seleccionado de dos tipos de vecindarios v.g., distritos altamente impactados y los menos afectados. Los individuos de ESE más bajo y del grupo altamente afectado se subdividieron en dos grupos adicionales: aquellos que residían en la comunidad y los que residían en albergues.

¹Brown University, Department of Psychiatry and Human Behavior, Providence, RI, EUA.

²Servicios de Salud Mental. Ministerio de la Salud. Jerusalén. Israel.

³Secretaría de Salud, Tegucigalpa, Honduras.

⁴Organización Panamericana de la Salud, Tegucigalpa, Honduras.

⁵Universidad Nacional Autónoma, Tegucigalpa, Honduras.

Los hogares fueron seleccionados de los vecindarios predeterminados mediante el recuento de su número en el área y su división por el número de entrevistas necesarias (generalmente 100). El número resultante indicó qué casas fueron seleccionadas comenzando al inicio de una calle. Si los residentes de la casa seleccionada no podían ser localizados, se escogía la casa siguiente. En alguna zona donde los hogares se destruyeron o en los vecindarios más pobres donde fue sumamente difícil contar las casas, se seleccionaron las viviendas consecutivas. En los albergues, todas las familias fueron seleccionadas.

Todos los residentes seleccionados en un hogar fueron entrevistados. Si no podían ser localizados, se les pedía a los vecinos o los trabajadores ocupados en las reparaciones que identificaran dónde estaban viviendo en ese momento. Al entrevistado se le pedía que describiera que sucedió en el hogar y diera detalles sobre los individuos que vivían allí. También se les pidió una lista de todas las personas que estaban residiendo en la casa en el momento del huracán, independientemente de la relación. Posteriormente, los adultos (15 años o más) de ambos géneros se enumeraron en orden descendente, según la edad. Cada entrevista tenía un número preasignado y por la entrada del número de individuos elegibles en una rejilla Kish, se determinaron las personas a entrevistar (Kish, 1965). El consentimiento informado se obtuvo tanto de la persona que proporcionaba la información acerca de los residentes del hogar, como de los sujetos que se sometían a la entrevista más extensa.

El protocolo de entrevista.

La entrevista constó de 11 secciones: información demográfica, exposición al trauma durante el huracán, malestar psicológico inespecífico, depresión, estrés post-traumático, abuso del alcohol, utilización de los servicios y violencia en la

comunidad. Un psiquiatra y un psicólogo hondureños tradujeron las escalas que no estaban disponibles en español. Todos los ítems fueron evaluados por el equipo, en cuanto su validación cultural y modificados de acuerdo al uso local.

El malestar psicológico inespecífico se midió usando dos instrumentos, el *Psychiatric Epidemiology Research Interview Demoralization Scale* (PERI-D) (Dohrenwend et al. 1980) y el *Self Reporting Questionnaire* (SRQ) (Beusenbergy Orley, 1994). Dado que el objetivo del estudio fue determinar los problemas psiquiátricos y psicológicos actuales, tanto el PERI como el SRQ se modificaron para inquirir acerca de los 7 últimos días en lugar del mes pasado, como consta en las escalas originales. Para medir el duelo debido a las pérdidas por el huracán se usaron cinco ítems del *Texas Inventory of Grief / TIG* (Faschingbauer et al. 1977). También se incluyeron cinco ítems sobre el abuso del alcohol (Climent y Arango, 1983), que se modificaron de forma tal que establecieran las conductas en relación con el mismo periodo del huracán.

Para evaluar la presencia de depresión mayor en el momento de la entrevista, se utilizó una lista de verificación de síntomas DSM-IV/CIE-10, preguntando por su presencia en las dos últimas semanas. Este instrumento se usó anteriormente en un estudio multicéntrico sobre la práctica clínica en atención primaria en América Latina. El diagnóstico según el DSM-IV del trastorno de estrés post-traumático (TEP) se obtuvo usando el *Composite International Interview Schedule (CIDI)* / módulo de PTSD, versión en español 2.1) (WHO, 1997). El módulo usado obtuvo el diagnóstico actual y cada pregunta se modificó para que sólo se refiriera al huracán y no a cualquier otro suceso traumático. La presencia actual –en los 7 últimos días– de síntomas de estrés post-traumático se evaluó también con el *Impact of Event Scale* (Horwitz y cols., 1979); los ítems fueron vinculados directamente al huracán en lugar de quedar abiertos a otros eventos traumáticos.

La entrevista concluyó con una serie de preguntas acerca de si el individuo, después del huracán, buscó alguna forma de asistencia médica o de salud mental y cuáles de esos proveedores de servicio utilizaría en el futuro. Otras preguntas, tanto abiertas como cerradas, evaluaron el grado de exposición traumática que ocurrió durante el huracán. En la entrevista fue incluido un ítem para controlar la presencia de cualquier problema psicológico premórbido, "¿tenía problemas de los nervios con anterioridad al huracán?".

Análisis estadístico.

Se utilizó un ANOVA unidireccional para determinar las diferencias entre los valores medios de los siete estratos; las diferencias entre pares se corrigieron por comparaciones múltiples utilizando el procedimiento Tukey. El incremento del riesgo para la desmoralización, problemas psicológicos, abuso de alcohol, aflicción y síntomas de estrés post-traumático se investigó aplicando los modelos de regresión múltiple controlados por factores demográficos. La regresión logística se usó para los resultados de categorías dicotómicas; en particular la presencia o la ausencia de episodio depresivo mayor, estrés post-traumático o ambos. Las variables independientes fueron seleccionadas según el barrio fuera de exposición alta versus baja. Todos los modelos de regresión múltiple y logística, incluyeron inicialmente como covariables el estrato socioeconómico, género, estado civil, edad y educación. Las covariables no significativas desde el punto de vista estadístico se eliminaron por medio de un procedimiento retrospectivo. La variable "problemas con los nervios antes del huracán" se agregó a cada uno de los modelos finales. La interacción entre el ESE y la exposición también se investigó para determinar si la exposición alta al huracán repercutió desproporcionadamente en la salud mental de los grupos

de bajo ESE. Se aplicaron las correcciones Bonferroni al investigar las diferencias de los subgrupos en los análisis de Chi-cuadrado.

Resultados.

Información demográfica.

Fueron entrevistadas 800 personas: 100 residentes en barrios de baja exposición y ESE alto; 101 en barrios de baja exposición y ESE medio; 199 en barrios de baja exposición y ESE bajo; 100 en barrios de alta exposición y ESE alto; 100 en barrios de alta exposición y ESE medio; 98 en barrios de alta exposición y ESE bajo; y 102 residentes en albergues de alta exposición y ESE bajos.

Las mujeres constituyeron el 61,4% de la muestra. El 30% estaban casados, 21,7% vivían en unión consensual, 38% eran solteros, y el 10,4% restante viudos, divorciados o separados. La edad promedio de los sujetos fue $37,0 \pm 17,3$ años. Aproximadamente, el 6,7% de los entrevistados nunca había asistido a la escuela, el 36,1% tuvo educación escolar primaria, el 34,9% escolaridad secundaria y el 22,3% educación universitaria. Una proporción considerable de la muestra (22,2%) estaba desempleada en ese momento y un 17,2% se describieron como amas de casa. El 20% reconoció tener "problemas con los nervios" previos al huracán.

El Cuadro 1 muestra la frecuencia de siete tipos de eventos que ocurrieron durante el huracán y su distribución en cada estrato: casa dañada, ser testigo de que alguien resultara herido, ser testigo de alguna muerte, haberse lesionado, pérdida de pertenencias y pérdida de un animal doméstico o mascota. Doce individuos, incluidos dos procedentes de grupos de baja exposición, informaron haber sido testigos de alguna muerte.

Pertenecer a los grupos de exposición alto o bajo no se asoció significativamente con el ESE,

el género, o la edad. Los individuos divorciados, separados, o viudos se encontraron en una frecuencia mayor en el grupo de alta exposición (Chi-cuadrado = 11,9, df = 5, $p < 0.04$). Los sujetos en el grupo de alta exposición también informaron “tener problemas con nervios antes del huracán” más a menudo ($p < 0,02$).

El Cuadro 2 proporciona un resumen de las tasas de trastornos psiquiátricos después del huracán según género, ESE y exposición. El número estimado de individuos con problemas de salud mental después del desastre se presenta en el Cuadro 3.

Escalas de síntomas.

El ANOVA unidireccional encontró diferencias estadísticamente significativas de desmoralización entre los grupos ($F = 11,8$, $df = 6/772$, $p < 0,0001$) basado en el PERI-D. La exposición alta, en el modelo de regresión múltiple, predijo mayor riesgo para la desmoralización después de ajustarse por el género, ESE, estado civil y haber tenido “problemas previos con los nervios” ($F = 263$, $df = 8/768$, $p < 0,0001$, $r^2 = 0,25$). Los

factores de riesgo para la desmoralización en esta población fueron bajo ESE, género femenino, estar divorciado, separado o viudo y haber tenido “problemas previos con los nervios”.

Del mismo modo, el ANOVA unidireccional del SRQ mostró diferencias significativas ($F = 12,7$, $df = 6/764$, $p < 0,0001$). Los grupos de alta exposición y bajo ESE fueron significativamente más afectados que cualquiera de los otros grupos. Del mismo modo que la desmoralización, una mayor exposición al huracán predijo gran dificultad psicológica en el modelo de regresión múltiple ($F = 21,6$, $df = 9/755$, $p < 0,0001$, $r^2 = 0,25$). El género femenino, un ESE bajo, menor nivel educativo, estar divorciado, separado o viudo o tener “problemas previos con los nervios” predecían puntuaciones elevadas del SRQ. Los resultados del PERI-D y el SRQ estuvieron altamente correlacionados ($r = 0,83$, $p < 0,001$).

Se usó el punto de corte del SRQ 9/10 (Peñayo y cols. 1990), establecido en un estudio de pacientes de la atención primaria en Nicaragua. El 22,1% de la población de Honduras, después del huracán, fue identificada como casos potenciales basado en este punto de corte; con tasas

Cuadro 1
Eventos traumáticos durante el huracán, según el grado de exposición y el nivel socio-económico.

Variable	Total	BA	BM	BB	AA	AM	AB	ABAlb
N	800	100	101	199	100	100	98	102
Casa dañada	(Chi- cuadrado = 246,65, df = 6, $p < 0,00001$)							
Sí	29.5	4.9	5.5	34.4	25.5	13.4	41.6	76.6
Vió a alguien lesionado	(Chi- cuadrado = 20,71, df = 6, $p < 0,0023$)							
Sí	4.9	3.1	1.0	1.3	2.8	6.4	5.3	17.9
Vió morir a alguien	(Chi- cuadrado = 13,18, df = 6, $p < 0,0414$)							
Sí	1.6	1.5	0.0	0.5	2.2	2.3	0.9	5.1
Entrevistado lesionado	(Chi- cuadrado = 41,32, df = 6, $p < 0,00001$)							
Sí	5.1	0.0	0.0	3.3	6.0	7.3	8.9	12.3
Pérdida de pertenencias	(Chi- cuadrado = 447,40, df = 6, $p < 0,00001$)							
Sí	26.6	2.8	4.6	5.9	46.4	30.8	26.6	88.9
Animal doméstico perdido	(Chi- cuadrado = 75,31, df = 6, $p < 0,00001$)							
Sí	8.9	0.6	0.0	3.8	15.1	8.3	12.8	27.0

Barrio: BA = Baja exposición y nivel socio económico (ESE) alto. BM = Baja exposición y ESE medio. BB = Baja exposición y ESE bajo. AA = Alta exposición y ESE alto. AM = Alta exposición y ESE medio. AB = Alta exposición y ESE bajo. ABAlb. = Alta exposición y ESE bajo en albergue.

significativamente mayores en los expuestos, en las mujeres y en los de ESE inferiores. Un factor de riesgo adicional fue haber tenido "problemas previos con los nervios".

Los problemas relacionados con el alcohol fueron significativamente diferentes a través de los estratos, basado en la escala de cinco ítems ($F = 3,4$, $df = 6/798$, $p < 0,003$). Sin embargo, el único grupo donde se elevaron significativamente fue el de bajo ESE y alta exposición que vivían en albergues. El modelo de regresión múltiple encontró que un ESE bajo, ser soltero y hombre eran factores predictivos de problemas con el alcohol en el periodo post-huracán ($F = 3,4$, $df = 7/797$, $p < 0,0001$, $r^2 = 0,06$). Se observó una interacción significativa entre los ESE y la exposición; los barrios de alta exposición y con ESE bajo se asociaron significativamente ($p < 0,04$) con el abuso de alcohol post-desastre.

La *Impact of Events Scale* mostró diferencias pronunciadas en los síntomas de estrés post-traumático entre de los grupos de exposición ($F = 17,7$, $df = 6/773$, $p < 0,0001$). En los barrios de alta exposición fue significativa la presencia de síntomas de TEP en el modelo de regresión múltiple ($F = 27,9$, $df = 6/765$, $p < 0,0001$, $r^2 = 0,20$). Además, el género femenino, ESE bajo, menor nivel educativo y tener "problemas con los nervios antes del desastre" fueron factores de riesgo adicionales.

La medida de aflicción por el duelo según el TIG también demostró diferencias entre los siete grupos ($F=12,9$, $df = 6/394$, $p < 0,0001$). El modelo de regresión múltiple para la escala de TIG también demostró un mayor riesgo para los sentimientos de duelo entre los expuestos ($F = 17,2$, $df = 4/389$, $p < 0,0001$, $r^2 = 0,15$). La única covariable resultó ser un factor de riesgo significativo fue el ESE.

Cuadro 2

Trastornos mentales según el grado de exposición al trauma, el género y el nivel socio-económico.

Variable	Total	BA	BB	B	AA	AB	A
Total	800	201	199	400	200	200	400
Depresión mayor	19.5	11.4	18.5	14.9	15.2	33.4	24.2
TEP	10.6	3.0	12.8	7.9	8.9	18.6	13.4
Abuso de alcohol	5.8	4.2	3.1	3.7	3.2	12.9	8.0
Desmoralización	22.1	12.2	22.4	17.3	14.8	38.6	26.9
Uso del servicio de salud	26.5	21.3	27.1	24.2	23.3	34.5	28.9
Ayuda para los nervios	8.9	5.4	9.3	7.4	5.3	15.3	10.3
Hombres	302	80	63	143	83	76	159
Depresión mayor	13.1	5.2	15.5	10.0	8.5	23.1	15.9
TEP	6.9	0.8	12.6	6.3	2.7	12.3	7.5
Abuso de alcohol	12.9	10.8	6.8	8.9	6.0	26.7	16.4
Desmoralización	15.2	10.0	13.5	11.7	4.0	32.1	18.4
Uso del servicio de salud	19.2	18.9	17.5	18.2	11.7	28.4	20.1
Ayuda para los nervios	4.4	2.9	5.3	4.1	1.8	7.5	4.7
Mujeres	498	121	136	257	117	126	241
Depresión mayor	23.7	15.4	20.0	17.8	19.8	40.9	30.1
TEP	13.0	4.5	13.0	8.8	12.0	23.2	17.4
Abuso de alcohol	1.4	0.0	1.2	0.6	1.3	3.2	2.2
Desmoralización	26.5	13.6	27.0	20.6	22.0	43.3	32.6
Uso del servicio de salud	31.1	22.9	31.9	27.6	31.2	38.7	34.9
Ayuda para los nervios	11.6	7.0	11.4	9.3	7.6	20.8	14.1

Barrio: El BA = Baja exposición y ESE alto. BB = Baja exposición y ESE bajo. AA = Alta exposición y ESE alto. AB = Alta exposición y ESE bajo no albergados. Exposición: B = exposición baja. A = exposición alta. TEP: trastorno por estrés post-traumático.

Trastornos según el DSM-IV.

El diagnóstico de un episodio depresivo mayor en las 2 semanas previas a la entrevista estuvo presente en un 19,5% de la población. Los de las zonas de alta exposición registraron una tasa prevalencia de un 24,2% comparados con un 14,2% en los barrios menos expuestos (Chi-cuadrado= 12,5, df = 1, p < 0,0004). Se detectaron diferencias en las tasas de episodio depresivo mayor entre los grupos. Se observaron diferencias estadísticamente significativas después de la aplicación de una corrección Bonferonni en los residentes en albergues comparados con todos los otros grupos, excepto con los de ESE más bajo. Una regresión logística dirigida a examinar los factores de riesgo de un episodio depresivo mayor encontró significativos el ESE, el género, y haber tenido "problemas con los nervios" antes del huracán. La exposición a riesgos para un episodio depresivo mayor dio lugar a una OR = 1,8 después de controlar por los "problemas anteriores con los nervios".

La presencia de TEP debido al Huracán Mitch se encontró en un 10,6% de la población; en el 7,9% del grupo de baja exposición y el 13,4% de la muestra sumamente expuesta (Chi-cuadrado = 6,2, df = 1, p < 0,02). Hubo diferencias significativas intergrupales después de la corrección Bonferonni entre los que estuvieron en un albergue, que tenían tasas mayores de TEP, que el grupo de ESE medio y baja exposición. Sin embargo, la tasa de síntomas de TEP relacionados con el huracán fue mucho mayor cuando se excluyeron los criterios de duración del trastorno y discapacidad. Los síntomas de TEP se encontraron en un 23,0% de los entrevistados; el grupo de baja exposición tuvo una tasa de un 15,9%, y el grupo de alta exposición un 30,3%. (Chi-cuadrado = 23,0, df = 1, p < 0,0001). Los factores de riesgo de TEP después del huracán incluían estar en el grupo de mayor exposición, ESE, género, edad y haber tenido "problemas con los nervios" antes del desastre. La *odds ratio* para desarrollar el TEP debido a estar en el grupo sumamente expuesto fue 1,9 (p < 0,02). Cuando se conside-

Cuadro 3
Estimación del número de personas con trastornos psiquiátricos después del Huracán Mitch

Variable	Indirectamente afectada		Directamente afectada		Albergue		Total	
	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Total	2.451,456		710,028		152,280		3.314,304	
Depresión mayor	365,267	593,252	135,615	193,128	60,211	60,211	561,093	846,591
TEP	193,665	328,495	84,493	136,325	27,660	27,660	305,819	492,481
Abuso de alcohol	90,704	196,116	33,371	55,382	27,355	27,355	151,430	278,853
Desmoralización	424,102	659,442	143,426	219,399	70,756	70,756	638,283	949,596
Hombres	1.250,243		362,114		77,938		1.690,295	
Depresión mayor	125,024	198,789	49,972	88,356	17,068	17,068	192,064	304,213
TEP	78,765	93,768	24,262	52,507	7,794	7,794	110,821	154,069
Abuso de alcohol	111,272	205,040	37,298	69,164	26,577	26,577	175,146	175,146
Desmoralización	146,278	230,045	43,816	99,581	28,525	28,525	315,602	351,151
Mujeres	1.201,213		347,914		74,882		1.624,009	
Depresión mayor	213,816	361,565	79,324	101,939	39,014	39,014	332,154	502,517
TEP	105,707	209,011	53,579	78,281	17,897	17,897	177,182	305,189
Abuso de alcohol	7,207	26,427	3,131	0	4,718	4,718	15,056	31,144
Desmoralización	247,450	391,595	89,414	115,855	39,613	39,613	376,476	547,063

Nota: Las personas directamente afectadas no incluyen a aquellas en albergues.
TEP: trastorno por estrés post-traumático.

raron aquellos individuos que ya tenían “problemas con sus nervios” el grado de exposición tuvo una OR = 1,6 ($p < 0,05$).

La comorbilidad entre TEP y episodio depresivo mayor fue alta. La tasa de comorbilidad en total fue de un 6,9%, un 8,9% en el grupo de alta exposición y un 4,9% en el grupo de baja exposición (Chi-cuadrado = 4,7, $df = 1$, $p < 0,04$). El grupo de exposición, ESE, edad y haber tenido “problemas previos con los nervios” fueron factores de riesgo para la comorbilidad.

Patrones de búsqueda de atención.

Un cuarto de los sujetos incluidos en la muestra (26,5%) consultó con los servicios de salud después de Huracán Mitch. Los grupos expuestos y no expuestos consultaron en una tasa similar. De aquellos que consultaron los servicios de salud, el 58% fueron a los servicios médicos generales, el 5,3% a los servicios de salud mental y el resto a otros servicios. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la búsqueda de servicios de salud mental entre los grupos expuestos y no expuestos. El 8,8% de toda la muestra informó que consultó con alguien por los “problemas con los nervios” después del huracán. Además no se observaron diferencias entre los dos grupos de exposición. Sólo el 10,2% de los que consultaron a alguien por “problemas con los nervios” vieron a un psiquiatra, mientras 19,8% fue a un psicólogo, el 3,0% una enfermera y el 8,2% a un religioso. La mayoría (49,1%) acudieron a sus médicos de atención primaria. Una proporción considerable de los que buscaron ayuda por “problemas con los nervios” vieron a un amigo (16,1%), el 7,1% a un familiar, y el 8,1% acudieron a otra fuente de asistencia.

Aquellos individuos que dijeron no haber buscado asistencia por “problemas con los nervios” indicaron que si estuvieran necesitados de ayuda buscarían los servicios de salud mental. Los psiquiatras fueron mencionados por un 17,9%, y los

psicólogos por 20,4%. El 37% indicó que ellos usarían a su médico general, y un 6,0% iría a su pastor o sacerdote. El 10% sostuvo que ellos sólo irían a un amigo; el 8% a su familia, el 2% iría ver a una enfermera y el 8% buscaría otras fuentes de ayuda.

Los de ESE más bajo buscaron con más frecuencia los servicios de salud después del huracán (chi-cuadrado = 7,78, $df = 2$, $p < 0,03$). Además del ESE, el género fue la única variable que se asoció con la búsqueda de ayuda después del huracán. Las mujeres fueron a los servicios de salud en una tasa mayor que los hombres (OR = 1,8, $p < 0,002$) y más a menudo buscaron ayuda para los “problemas con los nervios” (OR = 2,7, $p < 0,003$). Las mujeres fueron a los servicios de salud con una frecuencia de un 31,1% y buscaron ayuda para los nervios en una tasa de un 11,6%, comparados con un 19,2% (Chi-cuadrado = 14,2, $df = 1$, $p < 0,0002$) y un 4,4% (Chi-cuadrado = 14,5, $df = 1$, $p < 0,0002$), respectivamente, en los hombres.

Exposición a la violencia.

La exposición a la violencia después del huracán ocurrió en, aproximadamente, un tercio de la muestra, y un 6,2% informaron haber sido asaltados. El 7% de los entrevistados admitieron perpetrar actos de la violencia. Los niños entrevistados fueron golpeados, empujados, punzados, azotados con correas o cinturones, o agredidos sexualmente en una proporción del 7,9%, en el periodo posterior al desastre. Las tasas globales de violencia no variaron con los grados de exposición. Sin embargo, los de ESE más bajo fueron más asaltados (Chi-cuadrado = 8,3, $df = 2$, $p < 0,002$).

Discusión.

El Huracán Mitch no sólo produjo muertes, enfermedades físicas y enormes pérdidas económicas a Honduras, sino también una crisis en el estado de salud mental de una magnitud epidé-

mica, creando una emergencia de salud pública. La repercusión de un desastre en la salud mental es resultado de varios factores que han de ser considerados de forma adecuada: el tipo de pérdidas (económica, de la propiedad, de animales domésticos y mascotas, la red social, parientes, o la familia inmediata); la causa (producidos por el hombre versus la naturaleza); la implicación del individuo (periférica o central); y los factores de impacto del desastre (el alcance, la duración, la intensidad y la previsibilidad). El impacto agudo de un desastre puede dar lugar a duelos patológicos, TEP, otros trastornos psiquiátricos diferentes al TEP, una combinación de los tres resultados o ninguna dificultad; así como otros problemas psicológicos tales como la conducta violenta. Estas alteraciones pueden evolucionar hacia la cronicidad o a la resolución del proceso agudo. La modificación de condiciones, como la predisposición biológica y psicológica, los factores ocupacionales y sociodemográficos, elementos culturales, la calidad de la relación con el difunto, la intervención, la confirmación de la muerte versus la presunción de muerte y los soportes sociales, pueden hacer variar los resultados de un desastre (Kohn y Levav, 1990).

Este estudio sobre la salud mental de la población después del Huracán Mitch es uno de los pocos que ha usado una muestra comunitaria con un grupo control, así como medidas fiables. Un estudio de 1995, realizado por Bromet y Rocío, fue sumamente crítico acerca del estado actual de las investigaciones sobre los desastres. Los autores sostuvieron que hay pocas investigaciones sobre la epidemiología de los desastres. Aunque existen excepciones, pocos estudios tienen muestras grandes, grupos de comparación, medidas de resultados sistemáticas y fiables, análisis multivariados de los efectos de la exposición, inclusión de factores de riesgo conocidos y de modificaciones de los trastornos en el estudio.

La salud mental de la población hondureña requerirá de un seguimiento continuo para de-

terminar la repercusión a largo plazo del Huracán Mitch. La recuperación puede ser dificultada por factores estresantes secundarios, incluida la exposición a la violencia. Los individuos sujetos a un estrés secundario quizás sean más vulnerables y mantengan índices mayores de TEP, depresión mayor, discapacidad y malestar psicológico. Habría que identificar cuáles son los individuos en riesgo, y cuáles son los factores que puedan estar actuando como mediadores sobre este riesgo, para que se puedan proveer los servicios e intervenciones adecuados.

Agradecimiento: La financiación fue proporcionada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

Bibliografía.

- Beusenberg M, Orley J: A User's Guide to the Self Reporting Questionnaire. Division of Mental Health World Health Organization: Geneva; 1994.
- Bromet E, Dew MA: Review of psychiatric epidemiologic research on disasters. *Epidemiologic Reviews* 17:113-119; 1995.
- Climent CE, Arango MV: Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria. Serie Paltex para técnicos médicos y auxiliares, No. 1. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1983.
- Dohrenwend BP, Shrout PE, Egri G, Mendelsohn FS: Measures of non-specific psychological distress and other dimensions of psychopathology in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 1229-1236.
- Faschingbauer TR, Devaul RA, Zisook S: Development of the Texas Inventory of Grief. *Am J Psychiatry* 1977; 134: 696-698.
- Government of Honduras: Número de Personas Damnificadas y en Albergues. Secretaria Técnica y de Cooperación International SETCO; 1998.

- Horwitz M, Wilner N, Alvarez W: Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Med* 1979; 41: 209-218.
- Kish L: *Survey Sampling*. New York: John Wiley & Sons; 1965.
- Kohn R, Levav I: Bereavement in disaster: an overview of the research. *Int J Mental Health* 1990; 19: 61-76.
- Pan American Health Organization. *Health in the Americas 1998 Edition*, Scientific Publication 569. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1998
- Panayo U, Kullgren G, Caldera T: Mental disorders among primary health care patients in Nicaragua. *Acta Psychiatr Scand* 1980; 82: 82-85.
- Secretaría de Salud Honduras: Huracán Mitch en Honduras 1998. Pan American Health Organization: Tegucigalpa, Honduras; 1999.
- Secretaría de Salud Honduras: Situación de Salud en Honduras: Indicadores Básicos 98. Honduras: Pan American Health Organization; 1998.
- World Health Organization: *Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 2.1)*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1997.