

11243
12/17

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

TESINA.

CORRELACION DE FRECUENCIA Y DIAGNOSTICO PRE Y POSTERIOR
A UNA SITUACION DE DESASTRE EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

AUTOR:

DR. RIGOBERTO VILLALOBOS LEMUS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ASESOR DE TESINA:

DR. JOSE GUADALUPE MERCADO VERDIN.
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
DEL H.P.F.B.A.

Coll, 20-I-87

BIBLIOTECA CENTRAL



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CORRELACION DE FRECUENCIA Y DIAGNOSTICO PRE Y POSTERIOR
A UNA SITUACION DE DESASTRE EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

CORRELACION DE FRECUENCIA Y DIAGNOSTICO PRE Y POSTERIOR
A UNA SITUACION DE DESASTRE EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAN BERNARDINO ALVAREZ"

INTRODUCCION.

La humanidad a través de la historia ha sufrido una gran cantidad de eventos catastróficos. Algunos de ellos son considerados como desastres naturales, es decir, que su origen obedece a eventos de la naturaleza que tienen efectos adversos sobre el ser humano considerado en su forma personal; así como en la comunidad. Como ejemplo de ellos se encuentran: los terremotos, ciclones y huracanes e incendios no provocados por el hombre. (9)

Los antecedentes más remotos sobre movimientos sísmicos en el mundo aparecen en China, mediante la recopilación de datos sobre más de 3,000 años de actividad sísmica. Luego, las escrituras bíblicas se refieren al fenómeno al mencionar la destrucción de las murallas de Jericó en el año 1100 a. de J.C. y la destrucción de Gomorra y Sodoma, atribuyéndoles un designio divino. (5)

Son los filósofos griegos los primeros en dar a los terremotos una explicación científica, al sostener que son causados por vientos y gases producidos por materiales subterráneos en erupción ígnea.

Recién a principios del siglo XIV comienza a surgir la idea que los movimientos telúricos son fenómenos naturales de la corteza terrestre. (5)

Actualmente existe una nueva teoría que propone la existencia de una lenta y amplia ondulación por debajo de

la corteza que origina terremotos a cientos o miles de kilómetros de distancia. La detección de esas ondas o "fuentes de deformación", permite a los científicos prever los sismos en su trayectoria de manera muy parecida a como los meteorólogos rastrean los frentes atmosféricos. (2).

En América Latina, el interés por las ciencias sismológicas comenzó en 1891, cuando los jesuitas instalaron un sismógrafo en el colegio de San Calixto en Bolivia; en 1906 se establece en México el Observatorio de Tacubaya, a raíz de las consecuencias producidas por los terremotos de Chiapas y Oaxaca y en Chile; en 1906 con el establecimiento del servicio sismológico de la Universidad de Chile, creado como consecuencia del terremoto acaecido ese año en Valparaíso.

Actualmente se sabe que Latinoamérica posee un alto grado de sismicidad con frecuencia de retorno de 5 a 10 años, lo cual constituye un llamado de alerta para los países involucrados que en tan breves períodos de tiempo se verán expuestos a los efectos catastróficos de los terremotos, sino se adoptan con tiempo las medidas preventivas que minimicen sus consecuencias. (5)

Por otra parte, se encuentran aquellos desastres en que existe una participación humana como sería el caso de las guerras, terrorismo, fugas de radiación, contaminación química, etc. (9)

Los desastres naturales, así como en los que existe participación humana, son eventos que han presentado características particulares al momento y sitio de su presentación, pero por otra parte tienen características que

le son comunes, sobre todo en lo que se refiere a la respuesta individual y colectiva ante tales desastres. (9).

Wilkinson reporta los síntomas psiquiátricos en 102 personas que sufrieron daños en el derrumbe en el lobby del Hotel Hyatt Regency en la Ciudad de Kansas, observó que todos los pacientes presentaron síntomas psiquiátricos; sólo mínimas diferencias se encontraron entre las víctimas, observadores y rescatistas. (17)

Los síntomas encontrados fueron: fatiga, ansiedad y depresión; disturbios del sueño, escaso apetito, poco entusiasmo, dificultad en la concentración, alteración de la memoria, disminución del interés sexual, problemas psicosomáticos entre otros. (17)

Powell y Penck reportan resultados similares en un estudio realizado en 98 víctimas, después de una inundación. Este estudio indicó que las víctimas de un desastre natural no sólo combate una alteración social, interpersonal y económica, sino que también el sufrimiento personal incrementa el desorden emocional y psicológico. Además, mostró que la tensión socioeconómica e interpersonal es un síntoma asociado con el daño emocional que persiste por largo tiempo después de los efectos críticos posteriores al desastre. (15).

Los síntomas encontrados fueron ansiedad e incremento notable de la tensión en las víctimas del desastre; otras quejas fueron: preocupación excesiva, mialgias, dolores inespecíficos, disturbios gastrointestinales, cefalea, insomnio, fatiga, pérdida de la iniciativa y miedo a la incapacidad de hacer frente a los problemas

futuros; las relaciones familiares fueron tirantes, peleaban, discutían, se irritaban y se notó una marcada ausencia de comunicación. (15).

Se hace énfasis en que ninguna de las víctimas requirió hospitalización psiquiátrica después de la inundación y ninguna desarrolló mayores enfermedades mentales después de esta etapa.

Los síntomas del daño psicológico reportados por las víctimas consistieron en una reacción emocional difusa, raramente incapacitante, asociada con ansiedad, tensión y alteración somática.

La mayoría de las víctimas describieron sus reacciones como alteraciones "naturales", ellos no se observaron así mismos como enfermos psiquiátricos o que necesitaran de un cuidado psiquiátrico. (15).

En relación a lo anterior, existen estudios en donde algunos autores dicen que no son importantes las reacciones emocionales; en un estudio realizado entre 200 y 300 personas que sobrevivieron a un desastre, no reveló la presencia de problemas psicológicos ocasionados por el mismo. (1).

Otro psicólogo dice que hay serias reacciones depresivas, temor, pesadillas terribles, reacciones paralizantes de pánico ante la lluvia y sentimientos de culpa por haber sobrevivido cuando otros tuvieron que morir. (5).

Cohen considera que ante una situación de desastre el individuo reacciona de acuerdo a varios factores, entre

Los cuales se encuentran:

- a) La personalidad.
- b) La edad, sexo, grupo étnico y posición económica.
- c) Los mecanismos usuales de hacer frente a los problemas (defensa y adaptación).
- d) La intensidad de la fuente de stress.
- e) La correspondencia adecuada entre la necesidad individual y los sistemas de apoyo.
- f) El grado de la pérdida personal experimentada.
- g) La disponibilidad de socorro y de recursos comunitarios de asistencia. (7).

Estudios científicos de la conducta asociada a situaciones de catástrofe confirman la hipótesis de que los desastres naturales originan consecuencias psicológicas profundas. El grado de destrucción, el número de muertos y la intensidad y duración del desastre guardan relación con la intensidad del impacto psicológico. (1).

Cohen divide el fenómeno en fases de: amenaza, choque, readaptación y secuelas.

En la fase de amenaza aumenta la ansiedad y otras reacciones de temor que tienen variantes de acuerdo a la experiencia sobre desastres de los habitantes de la región afectada y con sus tradiciones culturales. Algunas personas responden rápidamente y en forma adecuada y responsable; otras niegan la posibilidad de que se produzca un desastre y posponen los planes de protección. Ciertas respuestas reflejan un sentimiento de invulnerabilidad expresado en las frases "no me puede pasar a mí", o "no puede pasar aquí".

Los mecanismos de adaptación y defensa que se utilizan con mayor frecuencia son la negación que afecta la percepción de la realidad externa, la represión mediante la cual el individuo sumerge en el inconsciente ideas y sentimientos dolorosos o atemorizantes y la formación reactiva por medio de la cual sentimientos como el temor se manifiestan en forma paradójica.

En relación a las reacciones colectivas se observa que el individuo se muestra dispuesto a cooperar en las actividades de preparación para el desastre que desarrollan las instituciones en apoyo a la población.

Hay participación activa en actividades de índole religiosa.

En la fase de choque se producen cambios en los niveles neuroquímicos del SNC; estas alteraciones suelen afectar las respuestas inmunológicas. Se encuentra también fatiga constante o intermitente, agotamiento y diferentes grados de inquietud acompañados por modificaciones del apetito y el sueño.

Las reacciones psicológicas abarcan todos los niveles de las emociones, de la ansiedad, el temor, la preocupación, la vergüenza y la culpa modifican la autopercepción y se suman a las dificultades que una persona tiene para adaptarse y hacer frente a la situación.

Puede existir autocentrismo, es decir, que cada uno se siente la persona más afectada o entrar en un grado de ofuscamiento caracterizado por diferentes grados de desorientación, desorganización, lentitud del pensamiento confusión, dificultad para tomar decisiones, dificultad

para entender lo que dicen los demás y desorientación en base al tiempo. Estas reacciones pueden durar desde unas horas hasta varios días durante cierto tiempo, las víctimas experimentan olas de temor, ansiedad y aprensión.

Puede existir aturdimiento psíquico que consiste en monotonía, desinterés, distanciamiento e indiferencia hacia personas que anteriormente eran importantes en la vida de la víctima y el aniquilamiento de la sensación de estar a salvo de la muerte, ya que no se puede seguir negando la propia muerte cuando se ha estado tan cerca de ella; resulta difícil recuperar esa sensación de protección y al parecer este cambio tiene un efecto profundo en la personalidad.

Otra manifestación de la necesidad de controlar las emociones es la obediencia dócil y pasiva de las órdenes, mandatos o reglamentos de las autoridades encargadas del rescate, aunque siempre hay personas que se vuelven rebeldes y que manifiestan deseos de dirigir sus propios actos en los refugios. Ambos comportamientos ejemplifican la necesidad de controlar la situación para no sentirse abrumado por intensos resentimientos de dolor.

Un pequeño porcentaje de las víctimas se aísla y se muestra poco comunicativo, algunos tienen sentimientos de culpa porque otros fueron menos afortunados que ellos, y para lavar la culpa necesitan realizar actos expiatorios. Los mecanismos de adaptación y defensa que ayudan a los hombres a sobrevivir, van desde un comportamiento rígido y obsesivo en su interacción con otros hasta la indecisión, el cambio constante de opinión y la aceptación de cualquier sugerencia. Todos

los esfuerzos ya sea que estén dirigidos a relacionarse o a aislarse ayudan a las víctimas a manejar el sentimiento de crisis.

En la fase de readaptación existen manifestaciones de reacciones psicosomáticas que interfieren con las funciones biológicas normales y ocasionan padecimientos agudos o crónicos; se ha informado de la aparición de trastornos cardiovasculares y la necesidad de registrar la medicación para tratar padecimientos que ya habían sido controlados (T.A. y diabetes).

Las reacciones que se manifiestan cuando los individuos se dan cuenta de las consecuencias de la catástrofe son variadas.

A medida que evalúan lo que necesitarán para reconstruir su vida, manifiestan dolor, aflicción y desesperación en todas las formas conocidas.

El proceso de resignarse a su destino convierte la vida de las víctimas en una sucesión de días dolorosos con intensos sentimientos de impotencia. Las víctimas además experimentan niveles de vulnerabilidad que los despojan de los mecanismos normales de defensa y adaptación y les impiden hacer frente a la necesidad de tomar decisiones encaminadas a la rehabilitación.

En esta fase los individuos se aíslan y presentan reacciones de rígida independencia; les resulta difícil compartir los materiales y recursos suministrados por los rescatistas. Aumenta la dificultad para mantener relaciones estables, pues la gente se enfada con gran faci-

lidad, se siente herida por no haber recibido la parte justa de los recursos de socorro, culpa a los demás por su suerte o bien se siente codicioso y culpable. Puede asumir el papel de víctima y expresa el sentimiento de tener derecho a todo, finge desamparo y tiene reacciones de depresión frente a las frustraciones. El sujeto se siente fracasado pues piensa que tiene una prueba de su falta de fortaleza, capacidad y control y debe depender de otras personas; estas reacciones alteran y distorcionan las relaciones entre una persona y su sistema de apoyo.

En relación a las secuelas se sabe que algunas personas continúan presentando ansiedad y depresión crónicas, sin embargo, la mayor parte de las víctimas se rehabilita. La mayoría parecen resignarse a las experiencias y pérdidas que ha sufrido.

Al final, la catástrofe se transforma en un acontecimiento que une a las personas que lo experimentaron pues comparten una historia que es exclusiva de los sobrevivientes. (7).

Ollendick y Hoffman consideran que existe una fase heroica con duración de una semana y durante la cual el sujeto es capaz de llevar a cabo gran actividad para el salvamento de víctimas. (13).

Posteriormente la fase de "luna de miel" con duración de una semana a seis meses y en donde existe sentimiento de solidaridad y unión entre los sujetos afectados, existiendo cooperación y esperanza de salir adelante del desastre.

A continuación la fase de desilusión que comprende el lapso entre los 6 meses y 1 a 2 años y durante la cual el individuo percibe las dimensiones de la catástrofe y de sus limitaciones para la reconstrucción del desastre.

Finalmente una fase de reconstrucción en donde el sujeto se resigna a lo que ha pasado y efectúa acciones tendientes a "seguir la vida". (13).

En general, se puede decir que existe una "reacción inicial" frente al desastre, la cual se caracteriza por un estado temporal de shock.

Las personas actúan con aturdimiento, confusión y desorientación y estos estados pueden persistir durante minutos y horas. Esta reacción puede considerarse como normal si se toma en cuenta lo que se experimenta frente a situaciones extremas de destrucción y pérdida. Desde el punto de vista psicológico, los sucesos violentos parecen ejercer efectos narcotizantes que temporalmente impiden a las personas comprender la gravedad de la situación. Las víctimas de un desastre se encuentran con dificultad de interpretar una situación que es para ellos nueva y a menudo horripilante. Existe una tendencia común a asociar los signos de desastre con sucesos ordinarios o familiares. (1).

Esta es muy frecuente cuando se desconocen los factores determinantes de la catástrofe. La imposibilidad de interpretar adecuadamente la realidad crece cuando la población no ha sido prevenida del desastre, desconoce su causa o no la puede identificar.

Además de la inadecuada percepción de la realidad que lleva a los individuos a pensar que "no les puede pasar nada", la reacción de temor es la que se identifica con mayor frecuencia en las situaciones de desastre.

Algunas manifestaciones de temor son el aturdimiento, las alucinaciones, la huida instintiva a fin de salvarse así mismo, la psicología de masa (la seguridad en compañía) y la hipersugestionabilidad. Otras reacciones son falta de decisión a solicitar servicios y su inmensa solidaridad hacia el personal médico. Pero esa falta de decisión no debe confundirse con una actitud irresponsable pasiva o dependiente. Por otra parte se carece de prueba científica que permita afirmar que inevitablemente la hostilidad e irritabilidad sean consecuencias de un desastre.

El resentimiento y la hostilidad son pocos frecuentes, a menos que preexistan al desastre, o que las víctimas no reciban la ayuda necesaria de aquellos que estaban en posibilidad de ofrecerla.

Otra falsa imagen atribuida a las víctimas de un desastre es el pánico. Si bien es cierto que puede suceder una respuesta más frecuente ante el peligro es la huida. Esta podría ser la opción racional y ocurre como es natural en situaciones como es factible.

En general la conducta humana ante el desastre parece ser susceptible de adaptación. La gente actúa más bien en busca de protección para sí misma que en una forma irracional, que solamente redundaría en un momento de peligro. Es frecuente que aflore un sentimiento de solidaridad.

Algunos datos estadísticos sobre la respuesta humana ante una situación de desastre indican que entre el 15% y el 25%

de la población es capaz de manejar su ansiedad, evaluar la situación y tomar una acción rápida y eficaz; por lo general un 60% responde adecuadamente una hora más tarde y que un 15% puede requerir un día o dos para adaptar su conducta adecuadamente.

En este grupo es donde antes de su adaptación se presentan - respuestas inadecuadas, tales como confusión, ansiedad paralizante, llanto histérico y otras parecidas, que pueden permanecer durante un período prolongado.

Casi todos los autores coinciden en aportar un esquema que - comprende una fase anterior al impacto, la del impacto mismo y una posterior;

En la fase posterior se requiere tiempo para lograr la asimilación. Al cesar el peligro las personas pueden quedar afectadas por el recuerdo o por un temor intenso de que pueda repetirse la experiencia sufrida.

Cuando hay represión de la reacción del individuo, éste puede presentar hipoactividad, deambular sin rumbo fijo, o sufrir apatía e inactividad verbal o motora; una reacción más extrema puede ser la incapacidad de respuesta del individuo o la comunicación oral.

El período en que se revive o rememora la experiencia puede durar hipotéticamente toda la vida. Además de la ansiedad - temporal, existe una reacción que entra ya dentro de las reacciones patológicas y que se denomina "SINDROME TRAUMATICO" antes denominada "NEUROSIS TRAUMATICA" (10,14)

Una vez que pasa la fase del siniestro en sí, se observa paradójicamente un desenso en la sintomatología previa, tales como insomnio, agresividad, depresión, problemas sensoriales y agitación. Lo mismo sucedió con respecto a la ansiedad, - fobias y fenómenos obsesivo compulsivo.

Es posible que esto se deba a que después de ocurrido un de-

sastre la gente está más preocupada por su supervivencia y -
menos por sus tensiones personales o patológicas.

Los 3 síntomas que se presentan en un estudio efectuado en Managua en el año posterior al desastre fueron euforia, convulsiones, confusión y desorientación.

Los síntomas que se presentan en la fase aguda comprenden la ansiedad, insomnio, depresión, irritabilidad, desorientación confusión etc.

En el año siguiente a la catástrofe se registraron aumentos en las categorías diagnósticas de retraso mental, síndrome orgánico cerebral como consecuencia de un mayor número de -
pacientes afectados de epilepsia o alcoholismo. De manera -
similar se encontró un aumento notable en el número de pacientes con diagnóstico de Neuróticos de tipo no especificado pero disminuyeron los subtipos de depresión, fobia, e histeria.

Las psicosis y desórdenes de la personalidad presentaron una gran disminución al año siguiente. Posteriormente empezó a aumentar el número de casos de Esquizofrenia, sobre todo la paranoide y la crónica.

Ahearn reporta aumento de trastornos neuróticos y de la -
personalidad sobre todo en el primer trimestre posterior -
al desastre. Los que tuvieron un mayor incremento fueron -
la de ansiedad, histérica, conversiva y depresiva.

En cuanto a los desórdenes de la personalidad, existe una -
disminución de casos. Quizá esto pueda explicar este fenómeno en el supuesto de que los sobrevivientes del desastre pudieron haber estado muy preocupados por sus problemas, -
familiares, ambientales, y otros originados por la catástrofe y tuvieron por ello menos o oportunidad de romper reglas ordinarias de conducta. Por otra parte el medio ambiente social, dada la situación de emergencia imperante habría asumido una actitud más abierta y flexible de aceptación de conductas desviadas de las normales. También se -

debe tomar en cuenta que la desorganización social crea un ambiente más permisivo y menos rígido y punitivo.

JUSTIFICACION Y TRASCENDENCIA

Sabemos por estudios científicos de la conducta asociada a situaciones de desastre que éstos originen consecuencias psicológicas profundas. El grado de destrucción, el número de muertos y la intensidad y duración del desastre guardan relación con la intensidad del impacto psicológico. (1)

En México, el Instituto Mexicano del Desarrollo realizó un estudio en el que señala que los sismos del 19 y 20 de Septiembre de 1985, provocaron pérdidas por más de 10.5 billones de pesos.

Sanchez Aguilar hizo un resumen sobre todos los sismos que han asolado a la Ciudad de México e hizo una comparación en grado de destrucción con los otros Países, y los daños causados por la bomba atómica en Hiroshima y Nagasaki, en Japón.

Se considera que los sismos del 19 y 20 de Septiembre dejaron como resultado 75000 construcciones afectadas, 35000 muertos, 50000 heridos y más de un millón de damnificados. El estudio señala que el área destruida en la capital del país iguala a la superficie de Managua en el momento del sismo, así como al tamaño de las zonas metropolitanas de ciudades medias como Zacatecas, Cuernavaca, Queretaro, Pachuca, Colima y Gomez Palacio. (3)

En México existen pocos estudios que hablen acerca de la incidencia y frecuencia de trastornos mentales posteriores a una situación de desastre.

Este estudio tiene la finalidad de mostrar la frecuencia y diagnósticos pre y posterior a una situación de desastre en un hospital psiquiátrico de tercer nivel como es el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" dependiente de la Secretaría de Salud.

P R O B L E M A :

¿ Cual fué la frecuencia y diagnósticos pre y posterior a una situación de desastre en el hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez?"

H I P O T E S I S

- 1.- Si los desastres producen mayor preocupación por la supervivencia entonces la frecuencia de atención psiquiátrica en el hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Lavarez" disminuirá en los primeros 6 meses posteriores al sismo.
- 2.- Si los desastres producen en la gente mayor preocupación por los problemas personales y familiares entonces los diagnósticos más frecuentemente encontrados serán de tipo neurótico 6 meses después del sismo.

O B J E T I V O S

- 1.- Conocer el número de pacientes que se presentaron de primera vez en la consulta externa y servicio de urgencias del hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez", durante 6 meses pre y posterior al movimiento telúrico ocurrido el 19 y 20 de Septiembre de 1985 en la Ciudad de México.
- 2.- Comparar la frecuencia de casos que se presentaron 6 meses antes y 6 meses después del sismo.
- 3.- Conocer las categorías diagnósticas presentadas 6 meses antes y 6 meses después del sismo, ocurrido en la Ciudad de México.
- 4.- Comparar las categorías diagnósticas pre y posterior al sismo con el fin de conocer si el cuento influyó en ello.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se realizó un estudio de tipo descriptivo en el hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" perteneciente a la-

Secretaría de Salud con el fin de conocer la frecuencia y categorías diagnósticas en pacientes adultos que acudieron de primera vez a los servicios de consulta externa y urgencias de este centro hospitalario, durante los meses de Octubre a Marzo de 1984/85 y 1985/86, tomando como referencia el movimiento telúrico ocurrido en la Ciudad de México el 19 y 20 de Septiembre de 1985, con el fin de comparar la frecuencia y categorías diagnósticas presentadas antes y después del sismo.

Para este fin fue necesario utilizar los documentos de registro de pacientes que se tienen en la consulta externa y urgencias, con el propósito de conocer el número total de pacientes de primera vez que se presentaron en dichos servicios durante 6 meses antes y 6 meses después del sismo; para evitar posibles variaciones en la frecuencia se tomaron los mismos meses es decir de Octubre a Marzo de 1984/85 y Octubre a Marzo de 1985/86.

Se revisaron las hojas de datos estadísticas para conocer las categorías diagnósticas efectuadas durante el tiempo señalado. Para la clasificación de las categorías diagnósticas se utilizó la clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, novena revisión.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

RESULTADOS

Como se puede observar en los meses de Octubre a Marzo de 1984/85 se presentaron un total de 1756 pacientes, de los cuales 1042 fueron pacientes del sexo masculino y 714 del sexo femenino; mientras que en los meses de Octubre a Marzo pero de 1985/86 se valoraron un total de 1231 pacientes 712 fueron del sexo masculino y 519 del sexo femenino (tabla 1). Así mismo, se observa un discreto incremento en la frecuencia durante los meses de Noviembre, Enero y Marzo y una disminución en los meses de Octubre, Diciembre y Fbbrero, posteriores a la fecha del sismo, comparativamente con los mismos meses pero anteriores al evento (grafica 1). Sin embargo, proporcionalmente el porcentaje de pacientes del sexo femenino no presentan ningún cambio significativo comparativamente con los con los porcentajes anteriores al sismo (tabla 2). El porcentaje observado para los pacientes del sexo masculino fué de 59% y para el sexo femino del 41% antes del sismo y del 58% y 42% respectivamente después del mismo.

En relación a las categorías diagnósticas se presentan distribuidos por sexo, determinando el el total de pacientes y su porcentaje respectivo en relación a cada categoría diagnóstico (ver tabla 3). Los datos se ordenaron de los diagnósticos más frecuentes a los menos frecuentes quedando en primer lugar Las Neurosis con con un total de 530 pacientes que equivale a un 18%; Psicosis Orgánicas 369 pacientes (12%); Psicosis transitorias con 237 pacientes (10%); Psicosis Esquizofrenica con 283 pacientes (9%); Psicosis Alcohólica con 252 pacientes (8%); Epilepsia con 207 pacientes (7%); Dependencia a drogas con 133 pacientes (4.4%); Psicosis Afectivas con 116 pacientes (4%); El Alcohóhismo Crónico con 109 pacientes (4%); Dependencia a drogas con 133 pacientes (4%); Las Psicosis no Orgánicas con 94 pacientes (3%); Trastornos de personalidad con 85 pacientes (3%); Estados Paranoides

con 54 pacientes (2%); Psicosis Senil y Presenil (2%); retraso mental no especificado con 68 pacientes (2%). Estas categorías diagnósticas comprenden a 2741 pacientes que le corresponde un 92 % aproximadamente de todos los pacientes estudiados en los dos periodos de 6 meses (Tabla 3).

Comparando los periodos se encontró discreto incremento en las categorías diagnósticas de Psicosis Orgánicas con una diferencia del 2%; Psicosis Transitorias con una diferencia de 2%; En estado Paranoide, no hubo diferencia. Las demás categorías diagnósticas registraron una disminución después del sismo (Tabla 4).

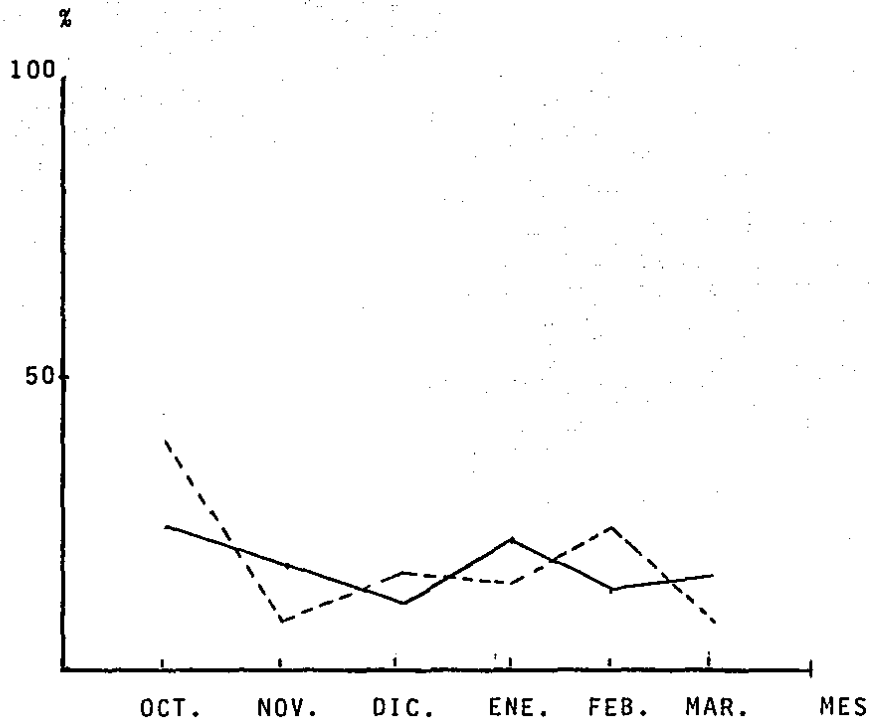
PACIENTES DE AMBOS SEXOS QUE ASISTIERON DE PRIMERA VEZ A CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DEL H.P.F.B.A. EN DOS PERIODOS DE SEIS MESES.

T A B L A N° 1

MES	1984/85				1985/86			
	S E X O		TOTAL	%	S E X O		TOTAL	%
MASC.	FEM.	MASC.			FEM.			
OCTUBRE	276	276	572	33	128	127	255	21
NOVIEMBRE	127	60	187	11	128	85	213	17
DICIEMBRE	173	97	270	15	94	62	156	13
ENERO	163	89	252	14	135	109	244	20
FEBRERO	233	151	384	22	110	65	175	14
MARZO	50	41	91	5	117	71	188	15
T O T A L	1042	714	1756	100	712	519	1231	100

PORCENTAJE DE PACIENTES DE AMBOS SEXOS QUE ASISTIERON DE PRIMERA VEZ A CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DE DOS PERIODOS DE SEIS MESES.

G R A F I C A N° 1



----- 1984/85

————— 1985/86

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

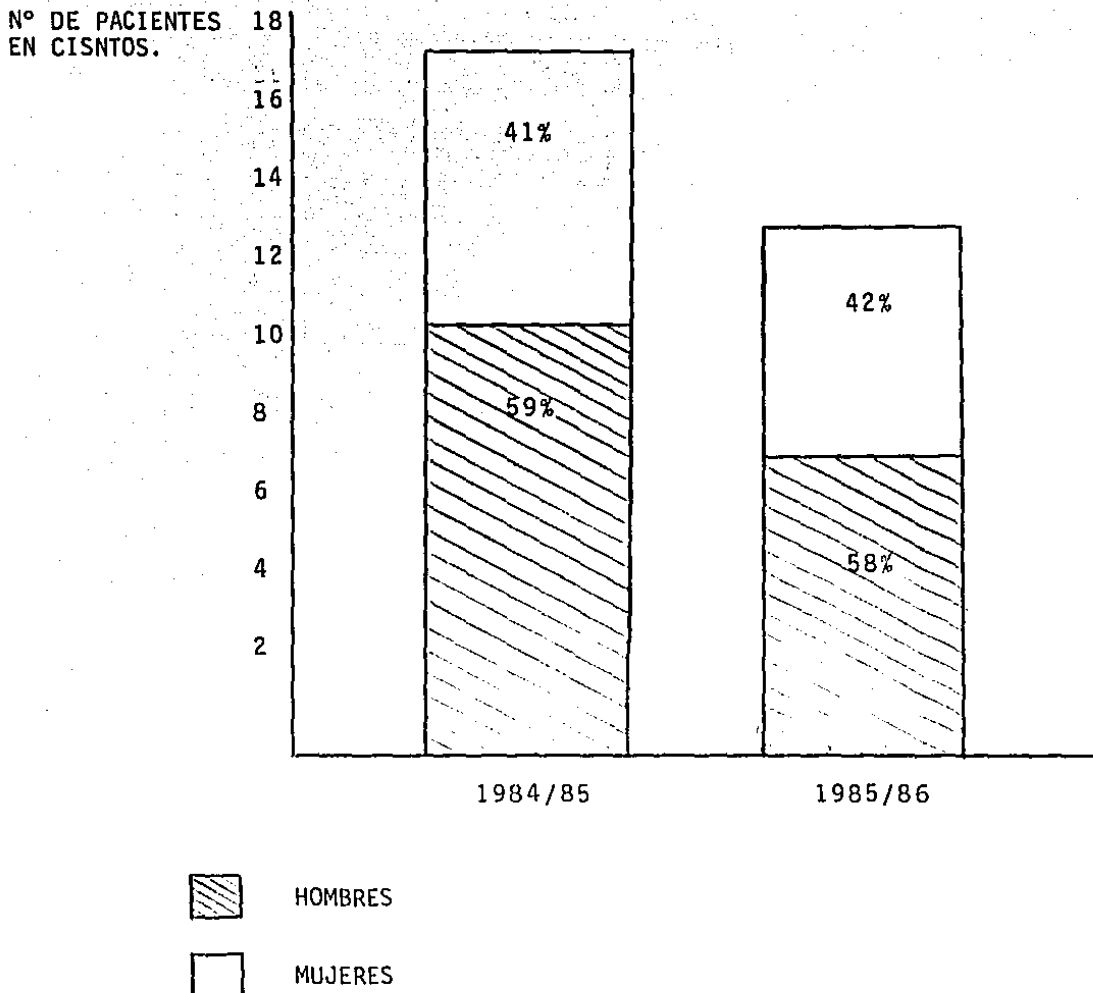
PACIENTES DE AMBOS SEXOS QUE ASISTIERON DE PRIMERA VEZ A CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DEL H.P.F.B.A. EN DOS PERIODOS DE SEIS MESES

T A B L A N° 2

MES	1984/85				1985/86			
	S E X O				S E X O			
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
	NUM.	%	NUM	%	NUM.	%	NUM.	%
OCTUBRE	296	17	276	16	128	10.5	127	10
NOVIEMBRE	127	7	60	3.5	128	10.5	85	7
DICIEMBRE	173	10	97	5.5	94	8	62	5
ENERO	163	9	89	5	135	11	109	9
FEBRERO	233	13	151	9	110	9	65	5
MARZO	50	3	41	2	117	9	71	5
TOTAL	1042	59	714	41	712	58.1	519	42

PACIENTES DE AMBOS SEXOS QUE ASISTIERON DE PRIMERA VEZ A CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DEL H.P.F.B.A. EN DOS PERIODOS DE SEIS MESES.

GRAFICA N° 2



DIAGNOSTICOS ENCONTRADOS EN PACIENTES DE AMBOS SEXOS QUE ACU
 DIERON DE PRIMERA VEZ A CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DEL
 H.P.F.B.A. EN DOS PERIODOS DE SEIS MESES 1984/85 Y 1985/86

T A B L A N° 3

DIAGNOSTICO	S E X O			%
	MASC.	FEM.	TOTAL	
PSICOSIS SENIL Y PRESENIL	28	43	71	2.0
PSICOSIS ALCOHOLICA	242	10	252	8.0
PSICOSIS POR DROGAS	123	10	133	4.0
PSICOSIS TRANSITORIAS	123	114	237	10.0
PSICOSIS ORGANICAS	225	144	369	12.0
PSICOSIS ESQUIZOFRENICA	183	100	283	9.0
PSICOSIS AFECTIVAS	41	75	116	4.0
ESTADOS PARANOIDES	28	26	54	2.0
PSICOSIS NO ORGANICAS	35	59	94	3.0
PSICOSIS DE LA NINEZ	1	-0-	1	
NEUROSIS	190	340	530	18.0
PERSONALIDAD	46	39	85	3.0
TRASTORNOS SEXUALES	6	-0-	6	0.2
SINDROME DEPENDENCIA ALCOHOL ALCOHOLISMOS CRONICO	99	10	109	4.0
DEPENDENCIA A DROGAS	126	7	133	4.4
ABUSO DE DROGAS SIN DEPENDENCIA	22	3	25	1.0
ALTERACION CORPORAL	1	1	2	0.1
SINDROME S ESPECIALES	1	-0-	1	
REACCION ANTE TENSION	6	10	16	0.5
RECCION DE ADAPTACION	41	80	121	4.0
TRASTARNO MENTAL NO PSICOTICO LESION ORGANICA.	7	8	15	0.5
S U B T O T A L	1574	1079	2653	89.0

DIAGNOSTICOS ENCONTRADOS EN PACIENTES DE AMBOS SEXOS QUE ACUDIERON DE PRIMERA VEZ A CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DEL H.P.F.B.A. EN DOS PERIODOS DE SEIS MESES 1984/85 Y 1985/86

T A B L A N° 3

DIAGNOSTICO	S E X O		TOTAL	%
	MASC.	FEM.		
TRASTORNO DEPRESIVO NO CLASIFICADO	3	11	14	0.5
PERTURBACION DE CONDUCTA	2	1	3	0.1
RETARDO SELECTIVO DEL DESARROLLO	1	-0-	1	
FACTORES PSIQUICOS ASOCIADOS CON OTRAS ENFERMEDADES	1	-0-	1	
TRASTORNO MENTAL DISCRETO	7	16	23	1.0
RETRASO MENTAL NO ESPECIFICADO	37	31	68	2.0
EPILECSIA	116	89	205	7.0
OTROS DIAGNOSTICOS	10	4	14	0.5
SIN DIAGNOSTICO	3	2	5	0.1
S U B T O T A L	180	154	334	11.0
T O T A L	1754	1233	2987	100.0

DIAGNOSTICOS EN PACIENTES DE AMBOS SEXOS QUE ACUDIERON DE PRIMERA VEZ A CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS DEL H.P.F.B.A. EN DOS PERIODOS DE SEIS MESES. (OCT.-MAR)

T A B L A N° 4

N°	DIAGNOSTICO	1984/85				1985/86			
		S E X O				S E X O			
		MASC.	FEM.	TOTAL	%	MASC.	FEM.	TOTAL	%
1	NEUROSIS	99	184	283	10	91	156	247	8
2	PSICOSIS ORGANICAS	94	70	164	5	131	74	205	7
3	PSICOSIS TRANSITORIAS	56	49	105	4	67	65	132	6
4	PSICOSIS ESQUIZOFRENICA	123	54	177	6	60	46	106	3
5	PSICOSIS ALCOHOLICA	170	5	175	5	72	5	77	3
6	EPILEPCIA	61	49	110	4	55	40	95	3
7	DEPENDENCIA A DROGAS	79	7	86	3	47	-	47	1.4
*8	PSICOSIS AFECTIVAS	23	54	77	3	18	21	21	1
*9	PSICOSIS NO ORGANICAS	26	37	63	2	9	22	31	1
*10	ESTADOS PARANOIDES	18	14	32	1	10	12	22	1
T O T A L		749	523	1272	43	560	441	1001	34

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS.

Se observa que en el periodo de 1984/85 se valoraron un total de 1756 pacientes y en el periodo de 1985/86 se valoraron 1231 pacientes; observandose una baja en la frecuencia posterior al sismo, siendo la diferencia de 525 pacientes (29%) con respecto al periodo de tiempo anterior al movimiento telurico.

Sin embargo, proporcionalmente no se encuentran diferencias significativas ya que el porcentaje de pacientes observados solo difiere en uno por ciento (gráfica 2).

El incremento observado en los meses de Noviembre, Enero y Marzo no es constante por lo que esto puede ser circunstancial.

Esto nos indica que no se presentaron cambios en la frecuencia de pacientes vistos en la consulta externa y urgencias del H.P.F.B.A. en los seis meses posteriores al sismo.

Estos resultados probablemente se debieron a los siguientes factores:

- 1.- El H.P.F.B.A. quedó muy retirado de la zona de desastre dificultandose la canalización de los pacientes a este hospital.
- 2.- El H.P.F.B.A. es un hospital de concentración que atiende pacientes psicoticos agudos y que en el periodo de tiempo inmediatamente después del sismo la gente se preocupa más por la supervivencia y por otros estudios se sabe que disminuyen los casos de psicosis aguda en este tiempo.
- 3.- Inmediatamente después del sismo, la gente fue auxiliada por centros hospitalarios que quedaron cerca de la zona.

na de desastre tales como el DIF, Cruz Rojo, hospitales de Urgencias del D.D.F., entre otros.

- 4.- Los problemas emocionales de la población fueron atendidos por profesionales y estudiantes de Psicología y Psiquiatría de las Universidades.

En relación a las categorías diagnósticas encontradas en el total de la muestra estudiada se observó que las neurosis ocuparon el primer lugar, seguido por los diferentes tipos de psicosis; sin embargo, al hacer la comparación Pre y Posterior al sismo se observa que en el periodo posterior al sismo solo registraron un discreto incremento (2%), Las categorías diagnósticas de psicosis transitorias, psicosis orgánicas; los estados paranoides no presentaron cambio. Las demas categorías diagnósticas registraron un discreto descenso que osciló del 1 al 3%. En particular, las neurosis disminuyeron un 2%.El aumento registrado en las psicosis orgánicas y en las psicosis transitorias puede explicarse por la rección de stress tan intensa que provocó el desastre en la población afectada; sin embargo, no se puede afirmar que haya sido el sismo el causante de los cuadros psicóticos ya que no se revisaron las posibles causas que desencadenaron la psicosis en los pacientes, ni se revisaron los expedientes para confirmar lo anterior.

El descenso en las categorias diagnósticas de psicosis pudo deberse a que inicialmente la gente se preocupa más por la supervivencia y poco por los conflictos personales y familiares.

La categoria diagnóstica de neurosis sufrió un descenso, muy probablemente debido a que la gente no considera estar enferma aunque presente cambios de conducta, además de que en este tiempo la gente es más permisiva con los cambios de conducta

por los que considera sus reacciones como "naturales".

CONCLUSIONES

Por lo anterior se puede concluir que:

- 1.- La frecuencia de pacientes atendidos de primera vez en la consulta externa y urgencias del H.P.F.B.A., no presentó un cambio significativo después del sismo del 19 y 20 de septiembre de 1985.
- 2.- La no variación en la frecuencia de pacientes atendidos en el H.P.F.B.A., después del sismo se debió a diversos factores como fueron:
 - a).- La distancia, el H.P.F.B.A. quedó muy retirado de la zona de desastre.
 - b).- Que el hospital atiende generalmente a pacientes psicóticos agudos y que en este tiempo generalmente disminuyen estos trastornos.
 - c).- Otras instituciones de salud prestaron auxilio a la población afectada.
- 3.- Se registró un incremento del 2% en las categorías diagnósticas de psicosis transitorias y psicosis orgánicas después del sismo.
- 4.- Disminuyeron en general las categorías diagnósticas de psicosis y neurosis.

En relación a esto, se puede decir que la segunda hipótesis planteada no se cumplió.

COMENTARIOS.

Con el fin de que se realice una valoración más integral a acerca del efecto que provocan los desastres naturales se sugiere prolongar este estudio por lo menos 2 años después del sismo y compararlo con dos años previos.

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

- 1.- AHERN F., RIZO C.S: Problemas de salud mental después de una situación de desastre. Acta Psiquiat psicol América Latina 1979; 25: 58-67
- 2.- ALEXANDER G: Anatomía de los terremotos. Médico Moderno 1984; XXII: 113-121.
- 3.- ANONIMO: Lo que dejó el temblor; 10.5 billones de pesos en daños, siete veces el fondo de reservas en dolares del país. Médico Moderno 1985; XXIV: 15-17.
- 4.- ANONIMO: Life event stress and Psychiatric illness. Psychological Medicine 1978; 8: 545-49.
- 5.- ANONIMO: América Latina zona de terremotos. Médico Moderno 1986; XXIV: 23-27
- 6.- BAISDEN B., QUARANTELLI L.: The delivery of mental health services in community disasters: An outline of research findings. Journal of community psychology 1981; 9: 195-203
- 7.- COHEN R.E.: Reacciones individuales ante desastres naturales. Bol Of Sanit Panam 1985; 98; 171-180.
- 8.- COLIN M.P.: Bereavement. British Journal of Psychiatry 1985; 146: 11-17.
- 9.- ELJURE E.C., ET AL: Capacitación en el manejo de situaciones de crisis y desastres. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México 1985
- 10.- EY E, BERNARD P., BRISSET C.H.: Las reacciones neuroticas agudas (Psiconeurosis emocional). Tratado de Psiquiátria. Ed. Torag-Masson, octava edición 1978; P.205-211 788-793.

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

- 11.- HARTSOGH D.M.: Planning for disaster: A new communit outreach program for mental Health Centers. Journal of community Psychology 1982; 10: 255-264.
- 12.- HOIBERF A., G Mc CAUGHEY BRIAN: The traumatic aftereffects of collision at sea. Am J. Psychiatry 1984; 141: 70-73.
- 13.- OLLENDICK D.G., HOFFMANN S.M.: Assessment of Psychological reactions in disaster victims. Journal of Communit Psychology 1982; 10: 157-167.
- 14.- OTTO F.: Neurosis traumática. Teoria Psicoanalitica de las neurosis. Ed. Paidos, Traduc Mario Carliski; 2a. reimpression 1984, p. 814.
- 15.- POWELL B.J., PENCK E.C.: Psychological distress Following a natural disaster; a one year follow-up of 98 Flood Victims. Journal of Communit Psychology 1983; 11: 269-275.
- 16.- VELAZQUEZ J.L.: Instrucciones para autores de escritos médicos. El programa del Comité Internacional avanza. Bol. Med. Hosp. Inf. Mex. 1983; 40: 175-176
- 17.- WILKINSON CH. B.: Aftermath of a disaster; the collapse of the Hyatt Regency Hotel Skywalks. Am. J. Psychiatry 1983; 140: 1134-1139.