



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y

Neurocirugía de Chile

Chile

Cancino A., Alfredo E.; Vitriol G., Verónica E.; Riquelme S., Paula
Terremoto en Chile: evolución del estado clínico global y los síntomas post-traumáticos en una cohorte de mujeres con depresión severa en un hospital público enfrentadas al terremoto del 27 de febrero de 2010

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 51, núm. 1, marzo-, 2013, pp. 16-24
Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331527733003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Terremoto en Chile: evolución del estado clínico global y los síntomas post-traumáticos en una cohorte de mujeres con depresión severa en un hospital público enfrentadas al terremoto del 27 de febrero de 2010

Earthquake in Chile: evolution of the global clinical impression and post-traumatic symptoms in a cohort of women in treatment for severe depression in a public hospital, who confronted the earthquake on february, 27th 2010

Alfredo E. Cancino A.¹, Verónica E. Vitriol G.² y Paula Riquelme S.³

Objective: To reveal the impact on the global clinical status and post-traumatic symptoms evolution in women in treatment for severe depression in the Hospital of Curicó, who confronted the F-27 earthquake. **Methodology:** 75 women in treatment for severe depression were evaluated from the first working day after the catastrophe. According to the ICD-10, acute stress (AS) and post-traumatic stress disorder (PTSD) were clinically determined. The routinary use of the Clinical Global Impression scale (CGI) allowed the monitoring of the clinical status before and after the earthquake. The eight-item treatment-outcome post-traumatic stress disorder scale (TOP-8) was applied twice, at the first and sixth months. **Results:** AS: 58.7 %, PTSD: 53.3%. Significant deterioration in CGI was observed one month post-event ($\chi^2 = 3.88$; $p < 0.05$) and an ostensible improvement six months later ($\chi^2 = 4.65$; $p < 0.04$). The post-traumatic symptoms did not improve significantly. More severe CGI immediately after the earthquake was significantly associated to AS ($\chi^2 = 13.794$; $p < 0.008$) and to the subsequent development of PTSD ($\chi^2 = 16.437$; $p < 0.002$). More severe CGI after six months was correlated significantly with previous AS ($\chi^2 = 15.849$; $p < 0.003$), with PTSD ($\chi^2 = 17.780$; $p < 0.001$) and with records of childhood trauma ($\chi^2 = 18.431$; $p < 0.01$). **Conclusions:** After a significant clinical deterioration observed immediately post disaster, at six month the CGI improved the CGI, while post-traumatic symptoms did not. There was no increase in suicidal behavior. Records of childhood trauma were associated with significant aggravation of the CGI six months after the earthquake.

Key words: Depression, Mega-earthquake, global clinical evolution.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2013; 51 (1): 16-24

Recibido: 19/12/2012

Aceptado: 05/03/2013

Este trabajo no contó con financiamiento y los autores declaran no tener conflictos de interés.

¹ Unidad de Salud Mental, CESFAM Curicó-Centro, Curicó.

² Universidad de Talca / Unidad de Psiquiatría Hospital Base, Curicó.

³ Psicóloga.

Introducción

La madrugada del 27 de febrero de 2010, un terremoto de 8,8° Richter, seguido de un tsunami, devastó un extenso territorio de la zona centro-sur de Chile¹. Este desastre generó pérdidas en economía, vivienda, conectividad, infraestructura hospitalaria, vidas humanas y en la salud física y mental de las personas².

Hasta ahora, la mayor parte de los estudios sobre el impacto de los desastres naturales en la salud mental se ha realizado en población general, enfocándose a determinar la prevalencia de los distintos cuadros psicopatológicos y sus factores de riesgo³. Estas investigaciones señalan que entre el 30 y el 50% de las personas expuestas a una catástrofe presenta algún grado de deterioro en su salud mental en los meses siguientes al evento^{4,5}. Las manifestaciones abarcan desde cuadros agudos que se resuelven espontáneamente, como el distrés subclínico, hasta patologías más complejas³.

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es la principal patología que se presenta en relación a las catástrofes^{6,7} y los factores de riesgo para su desarrollo se han relacionado principalmente con las consecuencias directas del evento como pérdidas humanas y/o materiales, daño físico y desplazamientos^{7,8}. También se ha establecido que el género femenino, la presencia de patología psiquiátrica pre-existente, la historia de trauma relacional temprano, la falta de apoyo social y ciertos rasgos caracterológicos con tendencia a la obsesividad y al control constituyen factores asociados al desarrollo de esta patología después de una catástrofe⁹.

Entre las entidades nosológicas relacionadas con la ocurrencia de desastres, el segundo lugar de frecuencia lo ocupan los trastornos depresivos, aunque éstos se desarrollan por la vía de vulnerabilidades personales más que en respuesta a las consecuencias del evento traumático¹⁰⁻¹².

Los trastornos depresivos y el TEPT se presentan con gran frecuencia en comorbilidad^{13,14}. Comparten factores de riesgo en común como son el género femenino y los antecedentes de trauma infantil^{15,16}. Cada uno es factor de vulnerabilidad para el desarrollo del otro¹⁷. Además, la comorbilidad

TEPT- depresión se ha asociado a mayor severidad clínica, suicidabilidad, cronicidad y mayor gasto en recursos de salud^{18,19}. Particularmente, la depresión se asocia a peor evolución del TEPT desarrollado luego de desastres naturales²⁰.

No obstante lo mencionado, aún no se dispone de estudios que hayan evaluado específicamente el impacto de los desastres naturales sobre la evolución clínica de poblaciones en tratamiento por depresión pre-existente. Este hecho probablemente se ha debido a que las consecuencias inmediatas y a mediano plazo ocasionadas por la emergencia hayan requerido orientar los esfuerzos hacia la satisfacción de necesidades prioritarias de la población y, por otra parte, a que el caos no haya permitido establecer las condiciones básicas para evaluar el impacto de los desastres sobre cohortes clínicas específicas²¹⁻²³.

En Chile, a partir del año 2006 la depresión es una enfermedad que cuenta con garantías explícitas en salud (GES)²⁴. Desde el año 2002, el Ministerio de Salud ha estado difundiendo guías clínicas para el tratamiento de esta patología, según su gravedad, en los diversos niveles de atención²⁵. Así, al momento del terremoto, existía un número importante de pacientes en tratamiento por depresión en los servicios públicos de salud.

En Curicó, a 180 km de la capital, desde el año 2002 el equipo de salud mental ha venido desarrollando investigaciones sobre clínica y terapéutica de mujeres portadoras de depresión severa y antecedentes de trauma infantil. Estos estudios han permitido constatar que dichos antecedentes se asocian a mayor gravedad y suicidabilidad, y han demostrado que un tratamiento focalizado en abordar las dificultades interpersonales presentes como una repetición del pasado traumático resulta ser más eficaz y menos costoso que el tratamiento habitual²⁶⁻²⁹.

Producto del terremoto, la ciudad de Curicó resultó extensamente devastada. El área central resultó gravemente destruida, sin luz, comunicaciones, ni servicios básicos en un lapso de 5 a 15 días. El hospital colapsó al igual que los demás centros asistenciales de la zona³⁰. La unidad de salud mental debió ser desalojada de sus dependencias y la

atención de los pacientes se re-estructuró desde el primer día hábil post-terremoto en tres lugares sucesivos, con la concurrencia tanto de profesionales como usuarios. Dentro de la población que asistió muy precozmente a sus controles habituales se encontraban las mujeres en tratamiento por depresión severa.

Considerando la alta sismicidad de Chile, la elevada prevalencia de depresión en nuestro medio, su relación con el TEPT y la falta de estudios que den cuenta de las consecuencias de los desastres naturales en cohortes clínicas específicas, se ha desarrollado la presente investigación con el objetivo de conocer la evolución del estado clínico global y los síntomas post-traumáticos en una cohorte de mujeres enfrentadas al terremoto del 27-F que cursaba tratamiento por depresión severa en el Hospital de Curicó.

Material y Método

Excluyendo aquellas pacientes con deterioro psico-orgánico e hipoacusia, la muestra se constituyó a partir de un total de 96 mujeres mayores de 15 años, que estaban en tratamiento por depresión severa al menos durante seis meses en la Unidad de Salud Mental del Hospital de Curicó y que deberían haber asistido a su control habitual durante el primer mes post-desastre. Sin embargo, sólo asistieron 79 y -de éstas- 75 aceptaron participar del presente estudio.

Las 4 pacientes que declinaron participar continuaron con su tratamiento habitual para la depresión. Asimismo, aquellas pacientes que no asistieron a su control durante el primer mes lo retomaron posteriormente.

Contando con las correspondientes autorizaciones y con la firma de un consentimiento informado, las 75 pacientes fueron evaluadas durante el primer mes y re-evaluadas a los seis meses después del terremoto por su psiquiatra tratante. De acuerdo a los criterios de la CIE 10³¹, en el control del primer mes la especialista determinó clínicamente la presencia de EA y en el control de los seis meses verificó clínicamente la presencia de TEPT.

A partir de los registros clínicos se obtuvo la siguiente información:

- Datos socio-demográficos: edad, estado civil, escolaridad y ocupación.
- Antecedentes relevantes asociados directamente al terremoto: haber vivenciado el tsunami, haber sufrido pérdidas materiales, haber presentado daños físicos y/o haber padecido la muerte de algún familiar.
- Historia clínica: diagnóstico de depresión, tiempo de tratamiento, antecedentes traumáticos infantiles y de algún intento de suicidio y/u hospitalización por cuadro depresivo.

Para los fines de este estudio, se consideró 'historia de trauma infantil' el reporte de tres o más de los siguientes antecedentes acaecidos antes de los 15 años de edad: haber vivido abandono por parte del cuidador, haber convivido con familiar que abusara de alcohol/drogas, haber sufrido castigo físico sistemático, haber quedado con algún estigma físico producto de castigo, haber sido testigo de violencia física interpersonal y/o haber sido víctima de abuso sexual. Los autores han utilizado esta misma metodología en estudios previos. Este antecedente se encontraba ya registrado en la ficha clínica utilizando una nomenclatura cifrada en clave.

Además, en los controles psiquiátricos se administró las siguientes escalas:

- Para determinar presencia e intensidad de síntomas post-traumáticos y su respuesta al tratamiento, al primer y sexto mes se aplicó la escala de 8 ítems para evaluar los síntomas de TEPT (TOP-8). Este instrumento dimensiona adecuadamente los 3 criterios sintomatológicos para el diagnóstico de dicha patología. Los ítems se puntuán mediante una escala tipo Likert que oscila entre 0 (ausencia de síntomas) y 4 (gravedad extrema). El valor total se obtiene sumando la puntuación de cada ítem y oscila entre 0 y 32 puntos³². Ha sido aplicada en otros estudios por los autores²⁷.
- Para apoyar el diagnóstico de TEPT, a los seis meses se aplicó la Escala de Davidson, lo que además estableció un punto de referencia para posteriores mediciones³³.

- A partir de una adaptación de la escala de impresión clínica global (CGI), se dimensionó el estado clínico general³⁴. Dicho instrumento es una escala tipo Likert, que determina el estado clínico en que se encuentra el paciente al momento del control. Para los fines de este estudio, los rangos utilizados fueron: 1) gravemente enfermo; 2) marcadamente enfermo; 3) moderadamente enfermo; 4) levemente enfermo y 5) dudosamente enfermo. Al ser utilizada habitualmente en los controles, se cuenta con su registro desde antes de la catástrofe. Existe una versión que incluye, además de las usadas en este estudio, las categorías 'normal' y 'más extremadamente enfermo' y que ha sido validada en pacientes con depresión³⁵.

Entre las evaluaciones del primer y sexto mes, las pacientes continuaron su tratamiento habitual acorde a la Guía Clínica: farmacoterapia antidepresiva, controles psiquiátricos mensuales y sesiones de apoyo psicoterapéutico una vez a la semana durante el primer mes y en adelante cada 15 días o mensualmente, de acuerdo a la evolución individual²⁵.

Los datos fueron sometidos a análisis utilizando el paquete computacional SPSS, Statistical Package for the Social Sciences, versión 18.0.

Cabe señalar que este trabajo se enmarca en las recomendaciones éticas impartidas por la Sociedad Japonesa de Psiquiatría y Neurología respecto a la investigación en situaciones de desastre³⁶. En ellas se hace explícita referencia a que, en ausencia de un comité ético operativo como consecuencia de una catástrofe, las investigaciones pueden ser realizadas siempre que se resguarde el principio de no exponer a los pacientes a la re-traumatización sin la adecuada contención.

Resultados

La Tabla 1 muestra las características de la muestra: mujeres en la etapa media de la vida, en su mayoría con pareja estable, de baja es-

colaridad y sin ocupación al momento de ocurrido el desastre. El grupo había estado en tratamiento durante un promedio de 10,5 años.

Dentro del espectro depresivo, el diagnóstico más prevalente era trastorno depresivo recurrente, representado 65,3% de la muestra. 65,3% registraba el antecedente de al menos un intento de suicidio, 52% había requerido de hospitalización y 71 % tenía antecedentes de trauma infantil.

Respecto a las consecuencias vinculadas al terremoto, sólo una paciente vivió el tsunami, un 37,3% de

Tabla 1. Antecedentes socio-demográficos, clínicos y asociados al impacto del terremoto 27-F, en 75 mujeres con depresión severa. Unidad Salud Mental, Curicó (2010)

| Antecedentes socio-demográficos | | |
|---|-----------------|------|
| Edad promedio | 47 años (20-73) | |
| Escolaridad | n | % |
| - Sin información | 5 | 6,7 |
| - Básica | 30 | 40 |
| - Media | 27 | 36 |
| - Técnico-profesional | 9 | 12 |
| - Superior | 4 | 5,3 |
| Estado civil | n | % |
| - Sin información | 2 | 2,7 |
| - Soltera | 12 | 16 |
| - Casada | 34 | 45,3 |
| - Conviviente | 3 | 4 |
| - Separada | 20 | 26,7 |
| - Viuda | 4 | 5,3 |
| Ocupación | n | % |
| - Sí | 26 | 37 |
| - No | 49 | 63 |
| Antecedentes clínicos al momento del terremoto | | |
| Tipo de depresión | n | % |
| - Trastorno depresivo recurrente | 49 | 65,3 |
| - Trastorno bipolar | 13 | 17,3 |
| - Distimia | 6 | 8 |
| - Otras depresiones | 7 | 9,4 |
| Intento de suicidio previo | 49 | 65,3 |
| Hospitalización previa | 39 | 52 |
| Historia de trauma infantil | 53 | 70,7 |
| Tiempo promedio tratamiento | 10,5 años | |
| Antecedentes vinculados a las consecuencias del terremoto | | |
| Pérdidas materiales | 28 | 37,3 |
| Pérdidas humanas | 3 | 4 |

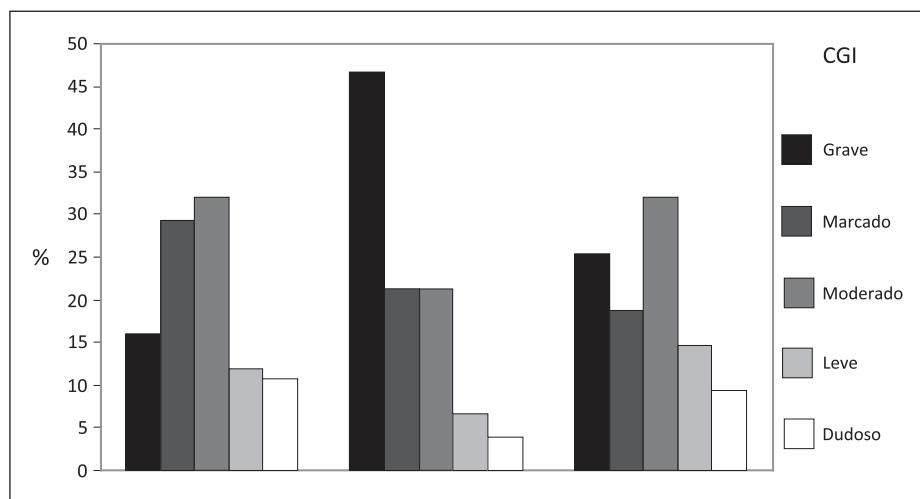


Figura 1. Estado clínico global en tres evaluaciones: antes, al primer mes y a los seis meses post- terremoto. Unidad Salud Mental, Curicó (2010).

la muestra experimentó pérdidas materiales importantes y sólo un 4% sufrió muerte de familiares. No se registró daños a la integridad física.

Luego del evento, acorde a la CIE-10, un 58,7% ($n = 44$) de la muestra presentó manifestaciones clínicas compatibles con EA y al cabo de seis meses un 53,3% ($n = 40$) desarrolló TEPT. Particularmente, un 75% ($n = 33$) de los pacientes que había manifestado EA desarrolló TEPT.

Teniendo como parámetro el estado global de las pacientes antes del desastre, se constató un deterioro significativo en la evolución clínica de éstas durante el mes inmediatamente posterior al evento ($\chi^2 = 3,88$; $p = 0,05$) y a los seis meses se pudo verificar una ostensible y significativa mejoría

($\chi^2 = 4,65$; $p = 0,04$) (Figura 1).

Se correlacionaron significativamente las evoluciones clínicas entre la evaluación previa al terremoto y la medición del primer mes (correlación de Pearson de 0,384; $p = 0,000$ bilateral), y entre ésta y la evaluación de los seis meses (correlación de Pearson 0,425; $p = 0,001$ bilateral). No hubo correlación significativa entre los valores obtenidos antes del terremoto y las mediciones efectuadas tras seis meses (correlación Pearson de 0,218; $p = 0,06$).

El presentar un estado clínico de mayor gravedad inmediatamente después del terremoto se asoció significativamente con la manifestación de EA ($\chi^2 = 13,794$; $p = 0,008$) y con el desarrollo de TEPT ($\chi^2 = 16,437$; $p = 0,002$) (Tabla 2).

Tabla 2. Relación entre estado clínico global al primer mes post-evento y la presencia de EA y TEPT.
Unidad Salud Mental, Curicó (2010)

| Evolución primer mes | Total | | EA SI * | | EA NO | | TEPT SI ** | | TEPT NO | |
|----------------------|-------|------|---------|------|-------|------|------------|------|---------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Gravemente enf. | 35 | 46,6 | 28 | 63,6 | 7 | 22,5 | 27 | 67,5 | 8 | 22,8 |
| Marcadamente | 16 | 21,3 | 7 | 15,9 | 9 | 29 | 7 | 17,5 | 9 | 25,7 |
| Moderadamente | 16 | 21,3 | 5 | 11,3 | 11 | 35,4 | 4 | 1 | 12 | 34,3 |
| Levemente | 5 | 6,6 | 3 | 6,8 | 2 | 6,4 | 1 | 0,25 | 4 | 11,4 |
| Dudosamente | 3 | 4,0 | 1 | 2,3 | 2 | 6,4 | 1 | 0,25 | 2 | 5,7 |
| Total | 75 | 100 | 44 | 100 | 31 | 100 | 40 | 100 | 35 | 100 |

*Evolución después del terremoto y EA: relación significativa entre las variables con un valor $\chi^2 = 13,794$ y un nivel de significancia $p = 0,008$. **Evolución después del terremoto y TEPT: relación significativa entre las variables con un valor $\chi^2 = 16,437$ y un nivel de significancia $p = 0,002$.

Tabla 3. Relación entre estado clínico global a los seis meses post-evento y los diagnósticos de EA y TEPT, y el antecedente trauma infantil. Unidad Salud Mental, Curicó (2010)

| Estado a los seis meses | Total | | EA SI * | | EA NO | | TEPT SI** | | TEPT NO | | Trau. Inf. SI*** | | Trau. Inf. NO | |
|-------------------------|-------|------|---------|------|-------|------|-----------|------|---------|------|------------------|------|---------------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Grave | 19 | 25,3 | 18 | 40,9 | 1 | 3,2 | 17 | 42,5 | 2 | 5,7 | 17 | 32,1 | 2 | 9,5 |
| Marcada | 14 | 18,6 | 7 | 15,9 | 7 | 2,6 | 8 | 20,0 | 6 | 17,1 | 12 | 22,6 | 2 | 9,5 |
| Moderada | 24 | 32 | 12 | 27,3 | 12 | 38,7 | 11 | 27,5 | 13 | 37,1 | 16 | 30,2 | 7 | 33,3 |
| Leve | 11 | 14,6 | 3 | 6,8 | 8 | 25,8 | 2 | 5,0 | 9 | 25,7 | 7 | 13,1 | 4 | 19,0 |
| Dudosa | 7 | 9,3 | 4 | 9,1 | 3 | 9,7 | 2 | 5,0 | 5 | 14,3 | 1 | 1,9 | 6 | 28,6 |
| Total | 75 | 100 | 44 | 100 | 31 | 100 | 40 | 100 | 35 | 100 | 53 | 100 | 21 | 100 |

*Estado clínico a los seis meses y TEA: relación significativa entre las variables con un valor $\chi^2 = 15,849$ y un valor $p = 0,003$.

Estado clínico a los seis meses y TEPT: asociación significativa entre las variables con un valor de $\chi^2 = 17,780$ y un valor $p = 0,001$. *Estado clínico a los seis meses y antecedentes de trauma infantil: relación significativa entre las variables con un valor $\chi^2 = 18,431$ y un nivel de significancia $p = 0,01$.

El presentar un estado clínico de mayor gravedad a los seis meses se correlacionó significativamente con haber manifestado EA ($\chi^2 = 15,849$; $p = 0,003$), con el desarrollo de TEPT ($\chi^2 = 17,780$; $p = 0,001$) y con el antecedente de trauma infantil ($\chi^2 = 18,431$; $p = 0,01$) (Tabla 3).

El promedio del TOP-8 administrado al primer mes alcanzó los 15,04 puntos (DS 11,098) y a los seis meses descendió a 13,56 (DS 9,081). Esta variación no resultó significativa ($t = 0,1499$; $p = 0,1$). El promedio de la escala de Davidson fue de 52,205 (DS = 39,78). La escala de Davidson y el TOP-8 a los seis meses presentaron una correlación de 0,9.

Al cabo de 6 meses, no se registró ningún intento de suicidio ni hospitalizaciones y sólo se produjo una descompensación psicótica que fue resuelta con tratamiento ambulatorio.

Conclusiones y Discusión

Esta investigación fue posible gracias a la oportunidad excepcional de restablecer precozmente el contacto entre la instancia asistencial y una población de alta vulnerabilidad psicológica frente a situaciones traumáticas. Atribuimos lo anterior a la implementación de programas ministeriales de salud mental impartidos en las últimas décadas que han favorecido la disponibilidad de orientaciones

técnicas y recursos necesarios^{24,25}. Estos factores han propiciado además el establecimiento del vínculo y la continuidad terapéutica en pacientes graves, aun bajo circunstancias de catástrofe.

Destaca la gravedad clínica que presentaba la muestra antes del terremoto. Efectivamente, casi la mitad de las pacientes se encontraba grave o marcadamente grave a pesar de estar recibiendo tratamiento farmacológico y psicoterapéutico prolongado. Lo anterior se puede atribuir, entre otros factores, a la alta frecuencia de antecedentes traumáticos tempranos registrados en este grupo, lo que -como ya se ha informado- se asocia a una mayor gravedad y cronicidad de los trastornos depresivos²⁶.

Los resultados obtenidos demuestran que aquellas pacientes que antes del terremoto presentaban un peor estado clínico global fueron más susceptibles a presentar mayor gravedad inmediatamente después del terremoto, lo que a su vez se asoció a la alta incidencia de EA y al posterior desarrollo de TEPT.

La prevalencia de TEPT encontrada en esta muestra resultó considerablemente mayor que el 21% determinado por el estudio poblacional que realizó el Ministerio de Planificación a tres meses de ocurrido el evento². Este resultado puede atribuirse a que esta cohorte presentaba al menos dos de los factores de riesgo conocidos para el

desarrollo de TEPT: género femenino y patología psiquiátrica pre-existente⁹.

Se verifica el alto valor predictivo del EA para el ulterior desarrollo de TEPT, que en este grupo alcanzó un 75%³⁷. Postulamos que, en esta muestra en particular, la gravedad de la patología pre-existente condicionó que la respuesta inicial al evento traumático fuese de tal intensidad (como lo corrobora el TOP-8) que obstaculizó la resolución de los síntomas de EA durante el primer mes, facilitando su cronificación y el desarrollo de TEPT post-terremoto.

Aunque no mejoraron significativamente los síntomas postraumáticos, la mejoría del estado clínico global y el hecho que no aumentara la conducta suicida –hallazgo informado en situaciones posteriores a catástrofes³⁸– podrían atribuirse a la continuidad del tratamiento integral ambulatorio para la depresión.

Por el contrario, el tratamiento estandarizado para la depresión que recibía este grupo de estudio no impidió que la evolución clínica global de las pacientes con antecedentes de trauma infantil empeorara significativamente a los seis meses post-terremoto. De hecho, un 15% de las mujeres con antecedentes de trauma infantil desarrolló TEPT sin haber manifestado EA. Estos resultados sugieren que, en estos grupos clínicos, es necesario investigar la efectividad de intervenciones específicas ya validadas, focalizadas en el trauma e implementadas precozmente después del evento^{39,40}.

Entre las limitaciones del presente estudio se puede mencionar: la inespecificidad de la CGI

(instrumento de fácil aplicación, pero que sólo dimensiona clínicamente un estado global del momento y no discrimina síntomas específicos)^{34,35}; la discutible especificidad del TOP-8 para evaluar la intensidad de síntomas de EA (instrumento más bien orientado a valorar intensidad de síntomas postraumáticos y su respuesta a tratamiento); la no inclusión de variables clínicas como otras comorbilidades y rasgos de personalidad; la brevedad del tiempo de observación y la no existencia de un grupo de comparación con las mismas características pero intervenidas con otra modalidad de tratamiento.

Hechos estos alcances, los autores consideran que una de las contribuciones de esta investigación ha sido estudiar el curso clínico de una población portadora de psicopatología específica y severa pre-existente (que registraba evaluaciones regulares y recibía tratamiento prolongado), luego de haber sido impactada por una catástrofe natural. Una ventaja adicional estribaría en el hecho que este estudio fue desarrollado en un servicio público de Salud Mental, en las condiciones naturales del mundo real, pero con la excepcional posibilidad de realizarse en medio de una experiencia masiva que irrumpió y desborda la cotidianeidad.

Agradecimientos

Nuestros agradecimientos a la Sra. Marlene Valdés Fuentes, por su valioso aporte en el trabajo de traducción.

Resumen

Objetivo: Conocer la evolución clínica global y de síntomas postraumáticos en mujeres enfrentadas al terremoto del 27-F que se encontraban en tratamiento por depresión severa en el Hospital de Curicó. **Metodología:** 75 mujeres en tratamiento por depresión severa fueron evaluadas a contar del primer día hábil post-catástrofe. Conforme a la CIE-10, se determinó clínicamente estrés agudo (EA) durante el primer mes y postraumático (TEPT) a los seis meses. El uso rutinario de la escala de impresión clínica global (CGI) permitió monitorear el estado clínico desde antes del terremoto. La escala de 8 ítems para la evaluación del trastorno de estrés post-traumático (TOP-8) fue aplicada al primer y sexto mes post-desastre. **Resultados:** Las prevalencias encontradas fueron: EA 58,7% y TEPT 53,3%. Se observó deterioro significativo en CGI al primer mes post-

evento ($\chi^2 = 3,88; p = 0,05$) y una ostensible mejoría a los seis meses ($\chi^2 = 4,65; p = 0,04$). No mejoraron significativamente los síntomas postraumáticos. Estados más graves inmediatamente después del terremoto se asociaron significativamente a EA ($\chi^2 = 13,794; p = 0,008$) y a desarrollo posterior de TEPT ($\chi^2 = 16,437; p = 0,002$). Estados más graves a los seis meses se correlacionaron significativamente con EA previo ($\chi^2 = 15,849; p = 0,003$), TEPT $\chi^2 = 17,780; p = 0,001$) y antecedentes de trauma infantil ($\chi^2 = 18,431; p = 0,01$). **Conclusiones:** Luego del agravamiento clínico inicial post-terremoto, a los seis meses no mejoraron significativamente los síntomas postraumáticos de las pacientes, pero mejoró la CGI y no se observó un aumento de conductas suicidas. El antecedente de trauma infantil se asoció a un deterioro significativo de la CGI a los seis meses post-terremoto.

Palabras clave: Depresión, mega-terremoto, evolución clínica global.

Referencias bibliográficas

1. Vigny C, Socquet A, Peyrat S, Ruegg JC, Métois M, Madariaga R, et al. The 2010 Mw 8.8 Maule mega-thrust earthquake of Central Chile, monitored by GPS. *Science* 2011; 332 (6036): 1417-21.
2. Ministerio de Planificación Gobierno de Chile: Encuesta Post-terremoto. Efectos en la calidad de vida de la población afectada por terremoto/ tsunami. Larrañaga O, Herrera R. 2010.
3. Hussain A, Weisaeth L, Heir T. Psychiatric disorders and functional impairment among disaster victims after exposure to a natural disaster: a population based study. *J Affect Disord* 2011; 128: 135-41.
4. Cova F, Rincón P. El terremoto y Tsunami del 27-F y sus efectos en la Salud Mental. *Terapia Psicológica* 2010; 28: 179-85.
5. Frank H, Hung-Chi W, Pesus Ch, Chao-Yeu S, Kuan-Yi T, Shin-Shin Ch, et al. Epidemiologic psychiatric studies on post-disaster impact among Chi-Chi earthquake survivors in Yu-Chi, Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007; 61: 370-8.
6. Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychol Med* 2008; 38: 467-80.
7. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev* 2005; 2778-91.
8. Mills MA, Edmondson D, Park CL. Trauma and stress response among Hurricane Katrina evacuees. *Am J Public Health* 2007; 97: 116-23.
9. Brewin C, Andrews B, Valentine J. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 748-66.
10. Nandi A, Tracy M, Beard JR, Vlahov D, Galea S. Pattern and predictors of trajectories of depression after an urban disaster. *Ann Epidemiol* 2009; 19: 761-70.
11. Person C, Tracy M, Galea S. Risk factors for depression after a disaster. *J Nerv Ment Dis* 2006; 9: 659-56.
12. Tracy M, Norris FH, Galea S. Differences in the determinants of post-traumatic stress disorder and depression after a mass traumatic event. *Depress Anxiety* 2011; 28 : 666-75.
13. Kessler R, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. Post-traumatic stress disorder in the national community survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 1048-60.
14. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Risso-secu P, Saldivia S. Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. *Psychol Med* 2006; 36: 1522-33.
15. Marty C, Carvajal C. Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2005; 43:180-7.
16. Kendler K, Kuhn J, Prescott C. Childhood sexual abuse, stressful life events and risk for major depression in women. *Psychol Med* 2004; 36: 147-82.
17. Ducrocq F, Vaiava G, Cottencini O; Molenda S, Bailly D. Post-traumatic stress, post-traumatic depression and major depressive episode: literature. *Encephale* 2001; 27: 159-68.

18. Chan D, Cheadle AD, Reiber G, Unutzer J, Chaney EF. Health care utilization and its costs for depressed with and without comorbid PTSD symptoms. *Psychiatr Serv* 2009; 16: 1612-17.
19. Holtzheimer P, Russo J, Zatzick D, Bundy C, Roy-Byrne P. The impact of comorbid post-traumatic stress disorder on short- term clinical outcome in hospitalized patients with depression. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 970-6.
20. Meewisse ML, Olff M, Kleber R, Kitchiner NJ, Gersons BP. The course of mental health disorders after a disaster: predictors and comorbidity. *J Trauma Stress* 2011; 24: 405-13.
21. Figueroa RA, Marín H, González M. Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Rev Med Chile* 2010; 138: 143-51.
22. World Health Organization. Mental health in emergencies. Geneva, 2003.
23. Ministerio de Salud. Plan de Protección de la Salud Mental en Situaciones de Emergencias y Desastres. Santiago, 2008.
24. Decreto de aprobación de Problemas de Salud y Garantías Explícitas en Salud de la Ley 1996. Gobierno de Chile, Ministerio de Hacienda-Salud, 2005.
25. "Guía Clínica para el Tratamiento de Personas con Depresión". Ministerio de Salud Chile, Unidad Salud Mental, 2009.
26. Ballesteros S, Vitriol V, Florenzano R, Calderón A, Vacarezza A. Mujeres con depresión severa: Relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2007; 45: 288-95.
27. Vitriol V, Ballesteros S, Florenzano R, Weil K, Benadof D. Evaluation of an outpatient intervention for women with severe depression and a history of childhood trauma. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 636-942.
28. Vitriol V, Cancino A, Florenzano R, Ballesteros S, Schwartz D. Eficacia y costos asociados a un tratamiento ambulatorio en mujeres con depresión severa y trauma temprano. *Rev Med Chile* 2010; 138: 428-36.
29. Vitriol V, Cancino A, Ballesteros S. Mujeres con depresión y trauma relacional temprano: una propuesta de intervención operacionalizada en la red pública de salud. *Rev GPU* 2010; 6: 501-10.
30. Kirsch TD, Mitrani-Reiser J, Bissell R, Sauer LM, Mahoney M, Holmes WT, *et al.* Impact on hospital functions following the 2010 Chilean earthquake. *Disaster Med Public Health Prep* 2010; 4: 122-8.
31. CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición, (OMS) Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid: Ediciones Meditor, 1992.
32. Davidson JRT, Colket JT. The eight-item treatment-outcome post-traumatic stress disorder scale: a brief measure to assess treatment outcome in post-traumatic stress disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12: 41-45.
33. Davidson JRT, Book SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D, *et al.* Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychol Med* 1997; 27: 153-60.
34. Guy W. Clinical Global Impression. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology revised National Institute of Mental Health, Rockville, MD. 1976.
35. Kadouri A, Corruble E, Falissard B. The improved clinical impression scale (iCGI): development and validation in depression. *BMC Psychiatry* 2007; 7: 7.
36. Japanesse Society of Psychiatry and Neurology. Great East Japan Earthquake and early mental health response. *Psychiatry Clin Neurosci* 2011; 65: 539-48.
37. Cahill S, Pontoski K. Post-traumatic stress disorder and acute stress disorder. *Psychiatry* 2005; 2: 14-25.
38. Chou Y-L, Huang N, Lee Ch, Tsai Shu, Tsay L, Chen L, *et al.* Suicides after the 1999 Taiwan earthquake. *Int J Epidemiol* 2003; 32: 1007-14.
39. Shalev A. Posttraumatic stress disorder (PTSD) and stress related disorders. *Psychiat Clinics North Am* 2009; 32: 687-704.
40. Cloitre M. Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorders: review and critique. *CNS Spectr* 2009; 14: 1: 32-43.

Correspondencia:

Verónica Vitriol G.

Teléfono contacto: 075-317471

E-mail: vvitriol@utalca.cl, verovitriol@gmail.com