



Eventos violentos anteriores y resultados de salud mental en Guatemala*

Victor D. Puac-Polanco¹, Victor A. López-Soto², Robert Kohn³, Dawei Xie⁴, Therese S. Richmond⁵ y Charles C. Branas⁴

Forma de citar (artículo original)

Puac-Polanco VD, López-Soto VA, Kohn R, Xie D, Richmond TS y Branas CC. Previous Violent Events and Mental Health Outcomes in Guatemala. *Am J Public Health*. 2015;105:764-771. doi:10.2105/AJPH.2014.302328)

RESUMEN

Objetivos. Analizamos una muestra probabilística de los guatemaltecos para determinar si existe una relación entre eventos violentos anteriores y el desarrollo de resultados de salud mental en diversos grupos sociodemográficos, así como durante la guerra civil guatemalteca y después ella.

Métodos. Usamos el modelado de regresión, una prueba de interacciones y complejos ajustes del diseño de encuestas para hacer una estimación de la prevalencia y examinar las posibles relaciones entre los eventos violentos anteriores y la salud mental.

Resultados. Muchos de los participantes (20,6%) habían presenciado o sufrido anteriormente al menos un evento violento grave. Ser testigo de cómo alguien fue herido gravemente o asesinado fue el evento más frecuente. El 4,2% de los participantes presentaron depresión; 6,5%, ansiedad; 6,4%, un trastorno relacionado con el alcohol; y 1,9% un trastorno de estrés postraumático (TEPT). Las personas que presenciaron o fueron víctimas de la violencia durante la guerra tenían una probabilidad ajustada 4,3 veces mayor de presentar trastornos relacionados con el alcohol ($P < 0,05$) y una probabilidad ajustada 4,0 veces mayor de TEPT ($P < 0,05$) en comparación con el periodo de posguerra. Las mujeres, los indígenas mayas y los habitantes de zonas urbanas tenían mayor probabilidad de presentar resultados de salud mental posteriores a la violencia.

Conclusiones. La violencia que empezó durante la guerra civil y que actualmente se mantiene tiene un efecto importante en la salud mental de los guatemaltecos. Sin embargo, los resultados de salud mental como resultado de eventos violentos disminuyeron en el periodo de posguerra, lo que hace pensar que la nación se está recuperando.

Durante 36 años, Guatemala sufrió una violenta guerra civil que arrojó un saldo de más de 200 000 civiles muertos, 440 pueblos destruidos y más de 1 millón

de guatemaltecos desplazados, tanto dentro del país como hacia el sur de México.¹⁻³ Entre los muertos se encontraban indígenas, trabajadores, miembros

de la comunidad académica, líderes religiosos y otras personas que claramente no eran combatientes.^{3,4} En 1996, se firmaron acuerdos de paz entre varios grupos guerrilleros en zonas rurales y el ejército nacional guatemalteco.

Casi tres cuartas partes de las personas que forman parte de las sociedades más pobres del mundo han sufrido recientemente una guerra civil o todavía se encuentran inmersas en ella. Por término medio, una guerra civil dura

* Traducción oficial al español del artículo original en inglés efectuada por la Organización Panamericana de la Salud. En caso de discrepancia entre ambas versiones, prevalecerá la original (en inglés).

¹ Departamento de Epidemiología de la Mailman School of Public Health, Universidad de Columbia, Nueva York, Nueva York, Estados Unidos

² Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Ciudad de Guatemala, Guatemala

³ Departamento de Psiquiatría y Comportamiento Humano de la Brown University, Providence, Rhode Island, Estados Unidos

⁴ Departamento de Bioestadística y Epidemiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pensilvania, Filadelfia, Estados Unidos. Enviar la correspondencia a Charles C. Branas, cbranas@mail.med.upenn.edu

⁵ Escuela de Enfermería de la Universidad de Pensilvania, Filadelfia, Estados Unidos

aproximadamente 5 años y puede estar arraigada en un contexto social que alimenta la larga duración del conflicto al considerarlo culturalmente “normal”.⁵⁻⁷ Debido a la normalización cultural y a muchos otros factores, tanto dentro como fuera de Guatemala, la guerra civil guatemalteca sobrepasó ampliamente la duración media de las guerras civiles nacionales, y podría tener hoy implicaciones de larga duración en la seguridad y la salud de los guatemaltecos.

El legado de las guerras civiles son la violencia y las enfermedades posteriores a dichos conflictos,⁷⁻¹² y Guatemala no es una excepción. Actualmente, se describe el triángulo norte de Centroamérica — formado por Guatemala, Honduras y El Salvador— como la zona más violenta del mundo fuera de los escenarios bélicos activos.^{3,13} Menos de un decenio después de que se firmaran en Guatemala los acuerdos de paz que pusieron fin a la guerra civil, la violencia persistente dio lugar, según se ha informado, a la segunda tasa más alta de miedo a los delitos a mano armada del mundo y a la proliferación de personal privado de seguridad, que supera en número a los miembros del ejército regular.^{3,14} Aproximadamente al mismo tiempo, unos 1500 refugiados de la guerra civil guatemalteca que vivían en México refirieron unos niveles alarmantemente altos de depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (TEPT).¹⁵ La Organización Mundial de la Salud (OMS) también notificó un aumento de los trastornos por consumo de alcohol en Guatemala en los años posteriores a la guerra civil.¹⁶ Junto a estos indicadores, se notificó que 40% del país seguía careciendo de servicios de salud mental, dejando a muchos guatemaltecos, refugiados repatriados y ciudadanos afectados, que permanecieron durante toda la guerra civil sin un aspecto asistencial clave en el camino hacia la recuperación nacional.¹⁷

Al afrontar los efectos de los conflictos civiles —como la violencia recurrente, el trastorno de estrés postraumático, la depresión, la ansiedad, el abuso del alcohol y otros problemas de salud mental—, las sociedades que, como Guatemala, han sufrido conflictos, han de hacer frente a decisiones difíciles, entre aprobar por ley gastos militares extraordinarios^{3,5} o disposiciones para el mejoramiento de los servicios sociales y de salud pública.^{7,18} Sin embargo, los encargados de formular políticas de Guatemala (y a

escala internacional) cuentan con datos epidemiológicos poblacionales insuficientes¹⁹ para tomar tales decisiones. Teniendo esto en cuenta, hemos completado la primera muestra nacional probabilística de la salud mental de los guatemaltecos que aún viven en Guatemala. Analizamos estos datos de la encuesta para realizar estimaciones de determinados problemas de salud mental en Guatemala que fueran representativas en el nivel nacional,^{9, 11, 15} y para determinar si existía una relación entre eventos violentos anteriores y el desarrollo posterior de resultados de salud mental. Comparamos diferentes grupos sociodemográficos,²⁰⁻²⁵ así como el periodo anterior y el posterior a la firma de los acuerdos de paz de 1996 que pusieron fin a la guerra civil.

MATERIALES Y MÉTODOS

Usamos datos recopilados de una muestra de residentes guatemaltecos adultos elegidos aleatoriamente en todo el país. Este esfuerzo de recopilación de datos —la Encuesta Nacional de Salud Mental de Guatemala del 2009—²⁶ fue la primera gran encuesta poblacional de salud mental que se llevó a cabo en todo el país. Esta encuesta se diseñó para obtener una muestra representativa de la población adulta general de Guatemala. Se excluyó de la participación en la encuesta a los menores de 18 años y a los mayores de 65 años, a quienes no fueran ciudadanos guatemaltecos, a las personas con algún déficit cognitivo grave que impidiera la comunicación y a las personas que no residieran permanentemente en los hogares muestreados. Todos los encuestados habían nacido y vivido en Guatemala antes de la firma de los acuerdos de paz de 1996 que pusieron fin a la guerra civil.

Seleccionamos la muestra de entrevistados usando un diseño por conglomerados trietápico, de mayo a julio del 2009. Se diseñó una estrategia de muestreo de la primera etapa, que llevaron a cabo especialistas en estadística del Instituto Nacional de Estadística (INE). Según el sistema integrado de encuestas domiciliarias del INE, Guatemala se divide en 15 511 conglomerados como parte de un marco maestro de muestreo nacional. A partir de este marco maestro de muestreo, el INE creó una muestra maestra reducida de 4020 conglomerados seleccionados aleatoriamente, y de esta

muestra reducida se obtuvo una muestra aleatoria de 56 conglomerados sobre el terreno. La probabilidad de selección de cada conglomerado sobre el terreno se determinó mediante su tamaño poblacional, situación socioeconómica y ubicación (urbana o rural), basándose en el censo nacional guatemalteco del 2002.²⁷ Para tener una distribución apropiada de la muestra que representara a cada uno de los estratos del marco maestro de muestreo y de la muestra maestra reducida, la muestra final se ajustó proporcionalmente conforme al peso de los estratos. Los 56 conglomerados sobre el terreno seleccionados aleatoriamente estaban distribuidos por todo el país, y representaban a 16 de los 22 (72,7%) departamentos (provincias) guatemaltecos (figura 1). El INE definió cada conglomerado según el tamaño de la población y no conforme al tamaño geográfico; el intervalo fue de 500 a 1500 habitantes por conglomerado. En lo que respecta a la encuesta de salud mental, el tamaño medio de la población fue de 797 habitantes por conglomerado.

En la segunda etapa, seleccionamos una muestra aleatoria de 25 edificios dentro de cada conglomerado sobre el terreno. Obtuvimos del INE mapas de la encuesta correspondientes a cada uno de estos conglomerados. Cada mapa contenía la ubicación geográfica de todos los edificios residenciales que se habían recogido en el 2002, el año en que, en ese entonces se había realizado el censo más reciente en Guatemala. Volvimos a revisar y actualizamos la lista de los edificios en estos mapas un día antes de nuestra encuesta con una evaluación personal a pie de cada conglomerado sobre el terreno. Utilizamos un número aleatorio, del 1 al 25, para seleccionar el primer edificio, y luego muestreamos los siguientes edificios usando un intervalo.

En la tercera etapa, enumeramos los hogares que había en cada edificio, y elegimos aleatoriamente a los entrevistados dentro de cada hogar usando el algoritmo y la cuadrícula de Kish.²⁸ En lo que respecta a los edificios con múltiples hogares, seleccionamos a 1 persona para entrevistar por hogar, aplicando también el algoritmo y la cuadrícula de Kish. Usando los cuadros normalizados de la American Association for Public Opinion Research, calculamos una tasa general de respuesta a nuestra encuesta de 87,3%.²⁹ Nuestra tasa de respuesta concordó con tasas de respuesta anteriores

notificadas como parte de las Encuestas Mundiales de Salud Mental de la OMS del 2002 al 2004 y de las encuestas del Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica (CIEP) de 1990 a 1999, que incluían a 6 países del continente americano donde las tasas de respuesta fueron de 62,4% a 90,3%.³⁰⁻³²

Entrevistas y preparación de los datos

Las encuestas personales fueron realizadas por 138 entrevistadores que estaban cursando el último año de estudios en la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC). Los entrevistadores tuvieron que estar calificados mediante un régimen de capacitación para realizar las entrevistas sobre el terreno. La capacitación de los entrevistadores estuvo a cargo de un equipo de expertos de la USAC, la Brown University y el INE, y se llevó a cabo en la Ciudad de Guatemala de marzo a junio del 2009. Durante un periodo piloto previo a la encuesta, que tuvo lugar dos semanas antes de que comenzara la encuesta completa, cada entrevistador realizó al menos dos encuestas piloto a entrevistados piloto. Las operaciones de la encuesta se evaluaron y ajustaron durante este periodo piloto. La capacitación de los entrevistadores se realizó durante cuatro semanas utilizando procedimientos sistemáticos que se habían aplicado en otros países.^{30, 31}

Los entrevistadores viajaron en 22 grupos con un supervisor sobre el terreno que realizó diariamente procedimientos de control de la calidad y obtención de datos. Todas las entrevistas se llevaron a cabo entre junio y julio del 2009. La duración media (\pm DE) de la entrevista fue de 65 minutos (\pm 23). A las personas aptas para participar en la encuesta no se les ofreció ningún incentivo monetario por su participación. Se obtuvo el consentimiento fundamentado (por escrito) de todos los participantes. En lo que respecta a las personas que no podían leer y escribir, el entrevistador leyó y explicó la encuesta, al igual que el procedimiento de consentimiento fundamentado. Excluimos de nuestra muestra a aquellas personas que no podían dar su consentimiento fundamentado debido a una deficiencia mental. Nuestros entrevistadores no habían trabajado ni realizado anteriormente tareas de capacitación clínica en las zonas de muestreo seleccionadas.

Sin embargo, el buen entendimiento con los entrevistados se vio facilitado por las experiencias anteriores que todos nuestros entrevistadores tuvieron en comunidades guatemaltecas locales, tanto en ciudades como en aldeas rurales, además del contacto preliminar con todas las familias que vivían en cada conglomerado para establecer las bases de nuestras entrevistas.

Usamos como instrumento de la encuesta el formulario impreso de la versión 2.1 de la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI) en lengua española.³³ La CIDI es una entrevista integral, estructurada y validada que se usa principalmente para evaluar los trastornos de la salud mental clasificados en el eje I (diagnósticos psicológicos). Utilizamos un algoritmo diagnóstico con el que obtuvimos estimaciones de la prevalencia de los trastornos de la salud mental en el curso de la vida. También exploramos análisis de las estimaciones de la prevalencia a los 6 y a los 12 meses, aunque estas estimaciones eran a menudo demasiado pequeñas para realizar pruebas de asociación.

Dado que Guatemala es un país multiétnico con más de 20 lenguas mayas diferentes, cuando encontramos personas que solo hablaban una de estas distintas lenguas mayas, recurrimos a traductores locales que formaban parte de los centros de salud locales para que tradujeran todas las preguntas a la lengua maya local y para que acompañaran a nuestros entrevistadores durante la realización de la encuesta. Se preparó con mucha antelación a los traductores locales en lo que se refiere a la encuesta —sus secciones, el orden de las preguntas y la traducción—, para reducir al mínimo los aspectos potencialmente problemáticos del instrumento de la encuesta antes de que se utilizara sobre el terreno en su dialecto local. Usamos este enfoque con 125 participantes en la encuesta (8,6%) que solo hablaban dialectos mayas locales. Los resultados de un subanálisis en el que se compararon las lenguas habladas por los participantes en la encuesta (español y subgrupos de dialectos mayas) no mostraron diferencias significativas en los resultados en materia de salud mental estudiados.

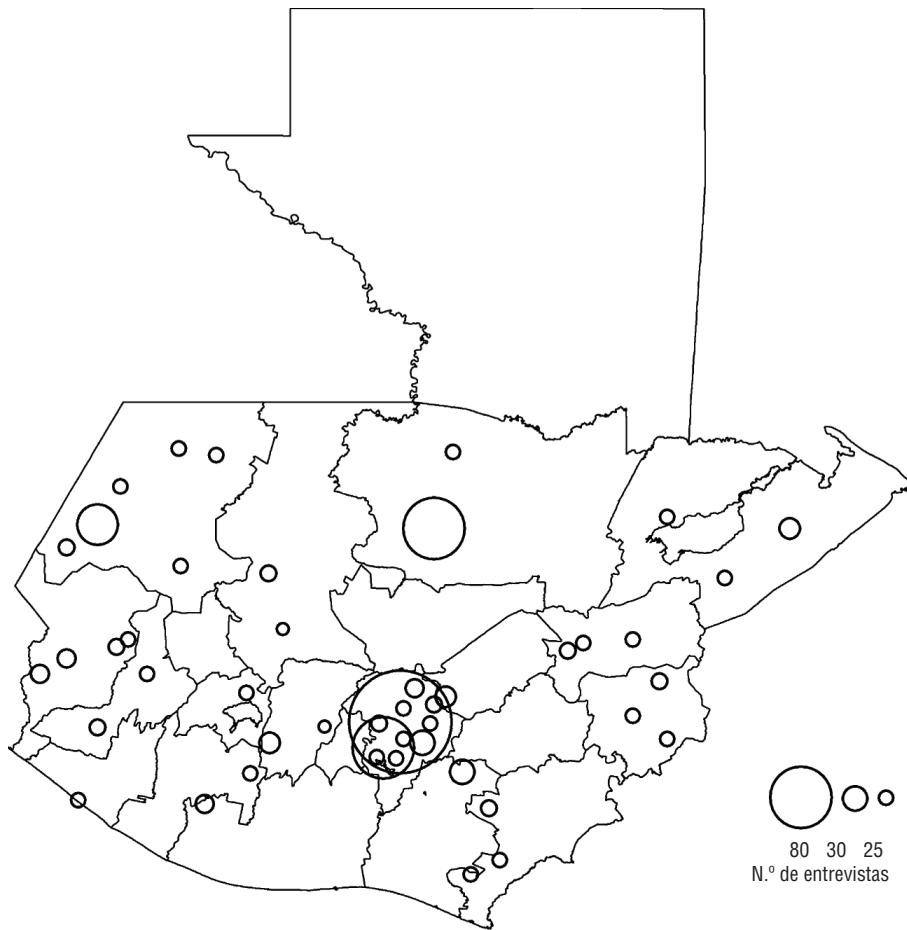
También empleamos un proceso de entrada de datos doble, en el que se comprobó si había errores en los datos de la encuesta completada, se introdujeron los datos electrónicamente en las

computadoras y luego se archivaron centralmente en la USAC. Mediante nuestra encuesta recopilamos de los entrevistados información acerca de la exposición a la violencia, los resultados en materia de salud mental y diversas características sociodemográficas. De un total de 535 variables usadas para este análisis de los 1452 encuestados, faltaron datos el 0,02% del tiempo.

En nuestra muestra aleatoria de entrevistados, la exposición a un evento violento se determinó usando las respuestas a la siguiente pregunta: “ahora querría preguntarle acerca de eventos extremadamente estresantes o perturbadores que a veces les ocurren a las personas”. Las opciones de respuesta fueron las siguientes: experiencia directa de la guerra; accidente potencialmente mortal; testigo de un traumatismo grave, muerte, violación o situación de acoso sexual; ataque o agresión física grave; amenazado con un arma; apresado; o secuestrado, torturado, o víctima del terrorismo. Definimos a los entrevistados que notificaron al menos un tipo de evento extremadamente estresante o doloroso como “con alguna exposición anterior a la violencia”. Luego se pidió a los encuestados que refirieran el evento más grave e indicaran la fecha en que ocurrió, partiendo de la lista de eventos extremadamente estresantes o perturbadores que hubieran referido anteriormente. Después analizamos la fecha del evento más grave con respecto a los acuerdos de paz que pusieron fin a la guerra civil en diciembre de 1996. Este mes fue la fecha de separación entre el periodo de guerra y el periodo de posguerra.

Analizamos las estimaciones de la prevalencia en el curso de la vida de los entrevistados de los siguientes resultados de salud mental: depresión (trastorno depresivo mayor y síntomas relacionados), ansiedad (trastorno de angustia, trastorno de ansiedad generalizada y agorafobia sin pánico), trastornos relacionados con el alcohol (abuso del alcohol y dependencia del alcohol) y TEPT, basándonos en los criterios del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión IV*.³⁴ Consideramos otros trastornos por consumo o abuso de sustancias psicoactivas, pero su número era excesivamente bajo para realizar análisis estadísticamente sólidos. En nuestra encuesta, en el caso de los entrevistados con diagnóstico de depresión, ansiedad, trastornos relacionados con el alcohol y

FIGURA 1. Límites de los departamentos (provincias), ubicaciones y número de entrevistas en 56 conglomerados de la encuesta seleccionados aleatoriamente: Guatemala, 2009



Nota: El círculo más grande representa aproximadamente 180 entrevistas.

TEPT, también preguntamos a qué edad empezaron a presentar síntomas. Basándonos en la edad que tenían en la fecha en que comenzaron los síntomas, pudimos distinguir si la exposición a la violencia (definida como el evento violento más grave) tuvo lugar antes de que aparecieran los síntomas. Esto permitió hacer análisis de los eventos violentos notificados que eran antecedentes de los resultados de salud mental en nuestros análisis.

Aunque el trauma, incluida la violencia, es una condición necesaria para el desarrollo del TEPT, incluimos el TEPT como resultado de salud mental para llevar a cabo varios análisis complementarios de utilidad. Entre ellos se encontraban la descripción de la prevalencia general del TEPT en Guatemala y la evaluación comparativa de dicha prevalencia con la utilizada en otros países, analizando la magnitud relativa del

TEPT en diferentes subgrupos sociodemográficos, así como durante la guerra civil y en la posguerra.

Análisis estadístico

Elaboramos la ponderación de la encuesta en dos pasos. Primero calculamos las ponderaciones del diseño como la inversa de la probabilidad de muestreo, que era el producto de la probabilidad de muestreo en las tres etapas. En segundo lugar, para representar la falta de respuesta, desarrollamos ponderaciones postestratificación después de aplicar las ponderaciones del diseño, y comparamos estas con las distribuciones de características sociodemográficas del censo nacional, como el sexo, los grupos etarios (18–24, 25–34, 35–44, 45–65 años), la etnia (indígena, no indígena), el estado civil y la alfabetización. Calculamos las ponderaciones finales como el producto de las

ponderaciones del diseño y las ponderaciones postestratificación. Después de aplicar las ponderaciones finales, comparamos estadísticamente las distribuciones de las características sociodemográficas con las notificadas por el censo nacional usando una prueba de cocientes críticos para las proporciones.³⁵

La exposición a la violencia y los resultados en materia de salud mental se dicotomizaron como variables de tipo “sí” o “no”. Usando modelos estadísticos para datos de encuesta complejos y nuestros pesos finales de la encuesta, usamos una regresión logística para estudiar las asociaciones entre la exposición a eventos violentos concretos y los resultados de salud mental. Calculamos tanto modelos de regresión no ajustados como modelos de regresión ajustados para diversas características sociodemográficas que podrían haber sido un factor de confusión en las relaciones entre la violencia y la salud mental. Estas características de confusión fueron el sexo, la edad, el estado civil, la etnia (indígena, no indígena), la ubicación de hogar (urbana, rural), la alfabetización y el empleo. Como identificación de la multicolinealidad, analizamos estas características para correlaciones cruzadas por pares usando estadísticos de pruebas no paramétricas de Spearman; no se encontró ninguna correlación importante ($>0,8$).³⁶

También aplicamos modelos de regresión logística no ajustados y ajustados, que estaban restringidos a diversas características sociodemográficas y al periodo de la guerra civil y el periodo de posguerra, junto con pruebas de interacciones estadísticas asociadas. Se examinaron términos de interacciones biunívocas entre la variable “cualquier exposición anterior a la violencia” y cada una de las siguientes: sexo (masculino, femenino), etnia (indígena, no indígena), urbanidad (urbana, rural) y momento respecto a la guerra civil (durante o después). Estos modelos permitieron comparar los coeficientes de diferentes estratos en y entre las diversas características y el periodo de la guerra civil y el periodo de posguerra, e incluyeron las mismas especificaciones del modelo que los modelos no restringidos en lo que respecta a los ajustes de datos de encuesta complejos y la inclusión de los pesos de la encuesta.

Indicamos las razones de posibilidades (*odds ratios* [OR]) y las OR ajustadas (ORA) y sus intervalos de confianza (IC) de 95%. Se realizaron todos los análisis

estadísticos y se sometieron a seguimiento usando la versión 12.1 del programa Stata (StataCorp, 2012, College Station [Texas, Estados Unidos]). En Stata, usamos comandos para explicar el diseño complejo (como las ponderaciones de la encuesta, la estratificación y el agrupamiento) de la encuesta. En cuanto a las estimaciones de la varianza, Stata calcula los errores estándar (EE) usando el estimador linealizado de la varianza, dado que se basa en una aproximación lineal de una serie de Taylor de primer orden. Por lo tanto, se usaron los comandos apropiados para datos de encuesta complejos, y las varianzas se calcularon usando la técnica de linealización de series de Taylor.^{37,38}

RESULTADOS

Un total de 1452 guatemaltecos completaron la encuesta de salud mental y fueron incluidos en nuestro análisis. Las distribuciones ponderadas de las características sociodemográficas no fueron estadísticamente diferentes de las indicadas por el censo nacional guatemalteco (cuadro 1).

CUADRO 1. Distribución ponderada y no ponderada de la encuesta en comparación con las del censo nacional guatemalteco del 2002: Guatemala, 2009

Característica	N.º (n = 1452)	% no ponderado	% ponderado	% del censo del 2002
Sexo				
Femenino	911	62,7	52,7	52,7
Masculino	541	37,3	47,3	47,3
Edad (años)				
18–24	302	20,8	26,4	28,0
25–34	428	29,5	27,9	27,0
35–44	324	22,3	21,0	20,6
45–65	398	27,4	24,7	24,5
Estado civil				
Casado	725	49,9	69,3	69,3
Viudo	90	6,2	2,3	2,9
Separado o divorciado	85	5,9	2,9	2,2
Soltero	552	38,0	25,5	25,6
Etnia				
Indígena	409	28,2	37,6	38,2
No indígena	1043	71,8	62,4	61,8
Urbanidad				
Hogar urbano	699	48,1	46,8	51,0
Hogar rural	753	51,9	53,2	49,0
Alfabetización				
Alfabetizado	1180	81,3	69,2	69,2
Analfabeto	272	18,7	30,8	30,8
Empleo				
Empleado	659	45,4	48,6	49,5
Desempleado	793	54,6	51,4	50,5

Nota: Debido al redondeo, es posible que la suma de los porcentajes no sea 100.

Al considerar todas las exposiciones anteriores a la violencia de manera combinada, más de una quinta parte de los participantes en la encuesta refirieron que habían presenciado o sufrido al menos un evento violento en el curso de la vida; ser testigo de cómo alguien había sido herido gravemente o asesinado fue el evento más frecuente (cuadro 2). Un desglose de esta cifra según el sexo mostró que 26,1% de varones y 19,3% de las mujeres que participaron en la encuesta habían presenciado o sufrido al menos un evento violento; el desglose según la etnia mostró que 20,8% de los participantes indígenas mayas y 23,6% de los participantes no indígenas habían presenciado o sufrido al menos un evento violento. De los 338 participantes en la encuesta que presenciaron o sufrieron algún evento de violencia anterior, 61,1% refirieron que habían presenciado o sufrido a lo largo de su vida un evento violento; 24,8%, dos eventos violentos; 9,8%, tres eventos violentos; y 4,4%, cuatro o más eventos violentos. Un análisis adicional de estos 338 participantes en la encuesta demostró que 31,8% estuvieron expuestos al evento violento más grave durante la

guerra civil y 65,4% después (9 participantes no indicaron la fecha de exposición).

De los 1452 participantes, los cálculos ponderados en función de la encuesta indicaron que 4,2% presentaron depresión; 6,5%, ansiedad; 6,4%, trastornos relacionados con el alcohol; y 1,9%, TEPT (cuadro 2). Un análisis estratificado evidenció diferencias significativas entre ambos sexos en lo que respecta a la depresión, la ansiedad, el alcoholismo y el TEPT. También mostró que los trastornos relacionados con el alcohol eran significativamente diferentes entre los guatemaltecos indígenas y los que no eran indígenas.

Las asociaciones ajustadas por regresión entre la exposición a la violencia anterior y la depresión, la ansiedad y los trastornos relacionados con el alcohol no fueron estadísticamente significativas. Tal como se preveía, la exposición a algún evento violento anterior mostró una asociación ajustada con el TEPT grande y estadísticamente significativa (AOR: 20,0; IC del 95%: 5,9, 67,0). También se demostró que el TEPT se asociaba significativamente con todos los subgrupos de exposición previa a la violencia, aunque la mayor AOR correspondió a la agresión física grave (AOR: 22,6; IC del 95%: 5,1, 99,8), y la AOR más pequeña, al accidente potencialmente mortal (AOR: 11,6; IC del 95%: 2,2, 60,1).

Los análisis de subcategorías evidenciaron ORA elevadas y significativas entre la violencia previa y la depresión en los participantes indígenas mayas (ORA: 6,0; IC del 95%: 1,1, 32,3) y los residentes en zonas urbanas (ORA: 4,4; IC del 95%: 1,3, 14,7). Los análisis de subcategorías evidenciaron una ORA significativamente reducida entre la violencia previa y la ansiedad en los varones (ORA: 0,3; IC del 95%: 0,1, 0,8). Los análisis ajustados restringidos a las subcategorías del género, la etnia, la urbanidad y la presentación del evento violento durante la guerra civil y durante la posguerra evidenciaron ORA elevadas y significativas entre la violencia anterior y el TEPT en todas las subcategorías, excepto la de los varones (ORA: 3,6; IC del 95%: 0,6, 20,1; cuadro 3).

En los análisis de interacciones de las OR entre la violencia anterior y los resultados de salud mental por subcategorías se obtuvieron resultados uniformes (aunque no siempre estadísticamente significativos) en lo que respecta a la depresión, la ansiedad y el TEPT. Es decir, a

excepción de los trastornos relacionados con el alcohol en los varones, el resto de los resultados de salud mental indicaron que las mujeres tenían sistemáticamente OR mayores que los hombres, la población indígena tuvo sistemáticamente OR mayores que la población no indígena, los entrevistados de zonas urbanas tuvieron sistemáticamente OR mayores que los de zonas rurales y que las OR antes de los acuerdos de la paz fueron sistemáticamente mayores que las OR después de la guerra civil. En cuanto a los participantes que sufrieron la violencia durante

la guerra civil, la probabilidad ajustada de sufrir trastornos relacionados con el alcohol fue 4,3 veces mayor ($P < 0,05$) y la probabilidad de presentar un TEPT ($P < 0,05$) fue 4,0 veces mayor en comparación con los que sufrieron la violencia después de la guerra civil (cuadro 3).

DISCUSIÓN

Esta primera muestra probabilística nacional de la salud mental de los guatemaltecos en su país de origen indica que el país está recuperándose. En el periodo

posterior a la guerra civil se observó una reducción de la relación entre la violencia y los problemas de salud mental posteriores. A pesar de esto, 1 de cada 5 guatemaltecos refirieron que habían presenciado o sufrido eventos violentos graves, y la violencia se asoció significativamente con problemas de salud mental posteriores en grupos vulnerables, como las mujeres, los guatemaltecos indígenas y los guatemaltecos de zonas urbanas.

Estimaciones transnacionales de los resultados de salud mental

En las 9 naciones en desarrollo de las Encuestas Mundiales de Salud Mental y el Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica (Brasil, Chile, China, Colombia, Líbano, México, Nigeria, Sudáfrica y Ucrania), las estimaciones de la prevalencia media en el curso de la vida fueron de 9,1%, 5,8% y 2,3% en el caso de la depresión, la ansiedad y el TEPT, respectivamente. En los países latinoamericanos de este grupo, el valor medio de las estimaciones de la prevalencia en el curso de la vida fue de 10,2%, 7,7% y 5,5% y 2,5% en lo que respecta a la depresión, la ansiedad, los trastornos relacionados con el alcohol y el TEPT.^{32, 39-47} Así pues, en comparación con otras encuestas de salud mental representativas a nivel nacional que se llevaron a cabo en naciones en desarrollo, incluidas las realizadas en América Latina, las estimaciones de la prevalencia en el curso de la vida en Guatemala fueron inferiores en

CUADRO 2. Estimaciones de la prevalencia de diferentes tipos de violencia anterior y estimaciones de la prevalencia en el curso de la vida de resultados de salud mental: Guatemala, 2009

Característica	N.º (n = 1452)	% no ponderado (IC del 95%)	% ponderado (IC del 95%)
Evento violento anterior			
Cualquier exposición a la violencia anterior	338	23,3 (21,1, 25,5)	20,8 (18,6, 22,8)
Testigo de un traumatismo grave o una muerte	111	7,7 (6,3, 9,1)	7,2 (6,0, 8,7)
Accidente potencialmente mortal	106	7,3 (6,0, 8,8)	6,9 (5,6, 8,3)
Agresión física grave	78	5,4 (4,3, 6,7)	4,8 (3,7, 6,0)
Violación o acoso sexual	28	1,9 (1,3, 2,8)	1,2 (0,7, 1,9)
Experiencia directa en combate	15	1,0 (0,6, 1,7)	0,7 (0,3, 1,2)
Resultados de salud mental			
Depresión	79	5,4 (4,4, 6,8)	4,2 ^a (3,2, 5,3)
Ansiedad	115	7,9 (6,7, 9,6)	6,5 ^b (5,2, 7,9)
Trastornos relacionados con el alcohol	82	5,7 (4,6, 7,1)	6,4 ^c (5,2, 7,8)
TEPT	45	3,1 (2,3, 4,1)	1,9 (1,2, 2,7)

Nota. IC: intervalo de confianza; TEPT: trastorno de estrés postraumático. Los resultados en materia de salud mental se clasificaron usando el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión IV*.³⁴ Los porcentajes se calcularon usando el número total (n = 1452), salvo las excepciones señaladas.

^a El tamaño muestral fue de n = 1439 e incluyó solo los datos no faltantes.

^b El tamaño muestral fue de n = 1425 e incluyó solo los datos no faltantes.

^c El tamaño muestral fue de n = 1418 e incluyó solo los datos no faltantes.

CUADRO 3. Asociaciones de subcategorías y pruebas del cociente de interacción entre cualquier exposición a la violencia previa y las estimaciones de la prevalencia en el curso de la vida de los resultados de salud mental posteriores: Guatemala, 2009

Características y cualquier exposición a la violencia anterior	Depresión, ORA (IC del 95%)	Ansiedad, ORA (IC del 95%)	Trastornos relacionados con el alcohol, ORA (IC del 95%)	TEPT, ORA (IC del 95%)
Mujeres	2,0 (0,8, 5,2)	1,5 (0,5, 4,4)	0,8 (0,2, 4,4)	36,5*(9,2, 144,9)
Varones	0,6 (0,1, 3,2)	0,3*(0,1, 0,8)	1,0 (0,3, 3,0)	3,6 (0,6, 20,1)
Cociente mujeres/varones	2,1 (0,4, 10,3)	5,2*(1,1, 24,4)	0,5 (0,1, 4,0)	8,6 (0,8, 87,8)
Indígenas	6,0* (1,1, 32,3)	2,1 (0,5, 10,1)	2,4 (0,3, 20,1)	52,7*** (20,0, 138)
No indígenas	1,0 (0,4, 2,5)	0,5 (0,2, 1,2)	0,8 (0,3, 1,8)	16,0*** (3,5, 73,5)
Cociente indígenas/no indígenas	2,9 (0,4, 19,4)	4,5 (0,8, 25,0)	2,0 (0,2, 18,6)	2,0 (0,5, 7,8)
Zonas urbanas	4,4* (1,3, 14,7)	1,3 (0,2, 8,7)	2,4 (0,5, 11,3)	37,5*** (5,5, 256)
Zonas rurales	0,8 (0,3, 2,2)	0,8 (0,3, 1,8)	0,6 (0,2, 1,8)	15,3** (3,0, 77,4)
Cociente zonas urbanas/zonas rurales	3,5 (0,8, 16,5)	1,6 (0,2, 11,9)	3,5 (0,6, 22,1)	1,6 (0,2, 13,0)
Periodo de guerra	1,9 (0,6, 6,2)	1,4 (0,5, 4,0)	2,0 (0,6, 7,1)	39,4*** (9,1, 170,2)
Periodo de posguerra	1,3 (0,6, 3,1)	0,8 (0,2, 3,7)	0,4 (0,1, 1,4)	10,0** (2,5, 40,3)
Cociente periodo de guerra/periodo de posguerra	1,6 (0,5, 4,8)	1,7 (0,3, 9,4)	4,3* (1,0, 19,0)	4,0* (1,0, 15,2)

Nota. ORA: razón de posibilidades [odds ratio] ajustada; IC: intervalo de confianza; TEPT: trastorno de estrés postraumático. Modelos de regresión ajustados en función del sexo, la edad, el estado civil, la etnia, la urbanicidad, la alfabetización y el empleo. Los resultados de salud mental se clasificaron usando el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión IV*.³⁴

* $P \leq 0,05$; ** $P \leq 0,01$; *** $P \leq 0,001$.

lo que atañe a la depresión, aproximadamente iguales en el caso de la ansiedad, mayores en lo que respecta a los trastornos relacionados con el alcohol e inferiores en el caso del TEPT.

No obstante, pocas de las naciones en desarrollo representadas en las Encuestas Mundiales de Salud Mental y el Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica tenían antecedentes de algún conflicto civil importante y relativamente reciente. Un metanálisis de 181 encuestas de personas afectadas por conflictos de 40 países estaba más relacionado con nuestro análisis; este metanálisis indicó que, cuando solo se consideraban las encuestas estadísticamente representativas, las estimaciones de la prevalencia media que se notificaron eran de 20,7% en el caso del TEPT y 21,2% en el caso de la depresión (no se analizaron la ansiedad ni los trastornos relacionados con el alcohol).⁹ En comparación, nuestras estimaciones representativas a nivel nacional referentes a Guatemala fueron inferiores en lo que respecta al TEPT y a la depresión. El mismo metanálisis indicó también las estimaciones de la prevalencia media del TEPT y de la depresión de encuestas no representativas, aunque se observó que estas eran aproximadamente dos veces mayores.

De la propia Guatemala, según una encuesta anterior no aleatoria de 86 guatemaltecos, la estimación de la prevalencia fue de 40,7%, 23,3% y 50% en el caso de la depresión, los trastornos relacionados con el alcohol y el TEPT, respectivamente.³ Según otra encuesta no aleatoria de 170 refugiados de la guerra guatemalteca en México, la estimación de la prevalencia fue de 38,8%, 54,3% y 11,8% en lo que respecta a la depresión, la ansiedad y el TEPT, respectivamente.¹⁵ En un muestreo de seguimiento de refugiados que habían vuelto a Guatemala, se encontraron aproximadamente los mismos niveles de depresión y TEPT (47,8% y 8,9%, respectivamente), aunque una proporción de ansiedad significativamente menor (17,3%).¹⁵ Como se demostró previamente, en estas encuestas anteriores de los guatemaltecos las estimaciones de la prevalencia fueron mayores que en la Encuesta Nacional de Salud Mental de Guatemala, lo que probablemente fue el resultado de las pequeñas cifras y del muestreo no aleatorio.⁹ Además, en la cohorte de refugiados guatemaltecos, todos los entrevistados refirieron que habían presenciado o sufrido al menos un

evento traumático anterior, mientras que solo aproximadamente 1 de cada 5 de los entrevistados de la Encuesta Nacional de Salud Mental de Guatemala, una encuesta de la población general, refirieron que habían estado expuestos a un evento traumático anterior.¹⁵ Estas encuestas no probabilísticas anteriores proporcionaron información comparativa útil, pero también justificaron la necesidad de una encuesta de salud mental representativa a nivel nacional, como la Encuesta Nacional de Salud Mental de Guatemala, para fundamentar las políticas de ámbito nacional.

Violencia anterior y resultados de salud mental

La exposición a la violencia se asoció estrechamente con resultados de salud mental posteriores en poblaciones de alto riesgo específicas. A este respecto, los indígenas guatemaltecos eran un motivo de preocupación, ya que representaban aproximadamente la mitad de la población de Guatemala y fueron particularmente blanco de violencia en la guerra civil de 36 años.¹⁷ La violencia histórica de la que fueron víctimas los guatemaltecos indígenas también llevó a muchos a reubicarse en zonas urbanas, donde actualmente se registra la mayor parte de la violencia de Guatemala. Aunque en 1995 se firmó un acuerdo sobre los derechos de los indígenas, siguen observándose las consecuencias del conflicto para la salud mental a largo plazo en los indígenas mayas de Guatemala. Se ha alegado que los indígenas de Guatemala siguen viviendo con temor de su estado, sus vecinos y, en cierto nivel, su propia cultura. Un sistema de salud mental reactivado podría contribuir enormemente a restaurar la confianza de los indígenas en sí mismos, su gobierno y sus creencias mayas.⁴⁸

También fue notable la estrecha relación entre la violencia y los resultados de salud mental posteriores en las mujeres. Esto podría relacionarse con la relación entre la violación y los trastornos mentales que observamos en nuestros datos, si bien la cifra de entrevistadas que refirieron haber sido víctimas de violación o de acoso sexual quizá sea demasiado pequeña para determinar esto de manera concluyente. Sin embargo, estaba claro que está justificado tener continuamente en cuenta los resultados dispares en las mujeres guatemaltecas y llevar a cabo

programas que se centren específicamente en la salud mental y la seguridad de las mujeres.

Las relaciones entre la violencia anterior y los cuatro resultados que investigamos (depresión, ansiedad, trastornos relacionados con el alcohol y TEPT) fueron mayores durante la guerra civil que en la posguerra. En el caso de los trastornos relacionados con el alcohol y el TEPT, estas diferencias fueron estadísticamente significativas y aproximadamente 4 veces mayores durante la guerra que en la posguerra. Esto apunta a las importantes alteraciones de las situaciones familiares y personales que la guerra impuso en la vida de muchos guatemaltecos. Se notificaron casos de desplazamiento de los hogares y los lugares de trabajo, a veces de manera permanente, de regiones enteras sumidas en el estancamiento económico, de la destrucción de cultivos y campos, la eliminación líderes y autoridades locales y, en el peor de los casos, de tortura, violación y exterminio colectivo de familias y comunidades enteras.⁴⁹

En otras naciones se notificaron resultados similares relativos a problemas de salud mental que son mayores durante los periodos de guerra que en los periodos de posguerra. Muchos episodios de TEPT relacionado con la guerra podrían haber disminuido en unos pocos meses y sería difícil que los entrevistados los recordaran años después. Esto es especialmente cierto en entornos bélicos donde la ideación intrusiva y la escasa esperanza son comunes y están vinculadas a actos de violencia específicos de guerra, pero en cierta medida esperados, lo que hace que se conviertan en parte normal de la vida en ese periodo y, por consiguiente, más fáciles de olvidar.⁴³ Por ejemplo, un análisis de la Encuesta Mundial de Salud Mental israelí mostró que las tasas de TEPT en el curso de la vida de los supervivientes del Holocausto no eran superiores a las del grupo de entrevistados que no eran supervivientes del Holocausto.⁵⁰ En cambio, los episodios de depresión y de ansiedad podrían ser menos efímeros y menos habituales durante la guerra y, por consiguiente, años después podrían recordarse más. Por consiguiente, los guatemaltecos habrían referido con más frecuencia que habían padecido depresión y ansiedad secundarias a la violencia durante la guerra civil —una guerra civil excepcionalmente prolongada, que duró 36 años— que después de la misma.

Los acontecimientos estresantes han tenido diversos efectos sobre la salud mental en diferentes entornos de conflictos nacionales.²⁰⁻²⁵ La asociación entre la violencia y el TEPT fue significativa tanto durante la guerra civil guatemalteca como después, aunque esta asociación fue significativamente mayor durante la guerra. La guerra civil fue un factor que influyó en la implacable violencia diaria que ha impregnado la experiencia de la Guatemala contemporánea.

Según la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, este legado de violencia se manifiesta como criminalidad organizada, pandillas juveniles o maras, matanzas extrajudiciales y niveles muy altos de maltrato en el seno de la familia.⁵¹ Así pues, el riesgo continuo de TEPT que encontramos no fue especialmente sorprendente, debido a la violencia persistente que tuvo lugar durante la guerra y que luego se mantuvo, prácticamente de forma ininterrumpida, en el periodo de posguerra.

Limitaciones

Cabe mencionar algunas limitaciones del estudio. Como ocurre con otras encuestas nacionales de salud mental, los datos notificados por los propios entrevistados pueden estar sujetos a sesgos de memoria y otros sesgos de información. Aunque es posible que esto haya afectado a nuestros resultados, nuestros entrevistadores y el entendimiento mutuo que establecieron con los entrevistados sirvieron para contrarrestar esto. Por otra parte, la evocación por parte de las personas expuestas a eventos vitales significativos, como los actos violentos graves, fue en general mejor.^{18, 52} Una segunda limitación fue el cálculo de nuestras tasas de respuesta, que podría haberse visto afectado por la dificultad de enumeración de los hogares inherente a las naciones en desarrollo, como Guatemala.⁵³ Esto fue motivo de preocupación, aunque probablemente no afectara a nuestra estimación de la tasa de respuesta lo suficiente para reducir significativamente la representatividad de nuestros resultados.

Aunque recurrimos a traductores locales en el caso de los entrevistados que hablaban dialectos mayas, la posibilidad de subestimación o sobreestimación de los trastornos de salud mental podría ser el resultado de efectos de traducción. Algunas de nuestras estimaciones de la prevalencia de resultados de salud

mental, que fueron inferiores a las de países comparables, podrían deberse en parte a estas cuestiones de traducción. El costo de realizar una traducción completa o una retrotraducción del inglés y el español a unas 20 lenguas mayas no era económicamente viable para nuestra encuesta, pero en futuras encuestas de salud mental en Guatemala podría plantearse la realización de tales traducciones. A la inversa, podría ser simplemente que algunos aspectos de la cultura maya protejan la salud mental, haciendo que estos posibles sesgos sean menos preocupantes. Además, solo 8,6% de las entrevistas se realizaron con la ayuda de traductores locales, lo que redujo aún más la probabilidad de tales sesgos. El trabajo futuro podría determinar mejor estos puntos fuertes culturales y las posibles fuentes de la capacidad de recuperación, aprovechándolos para mejorar la promoción de la salud mental. El trabajo futuro también podría implicar la realización de encuestas con muestras aleatorias mayores, con sobremuestreo de determinadas subpoblaciones, como los indígenas mayas, para obtener quizás estimaciones más exactas e intervalos de confianza más reducidos.

CONCLUSIONES

Existe una carencia de análisis epidemiológicos poblacionales representativos para determinar los efectos de la violencia sobre la salud mental en Guatemala. Nuestro estudio respondió a esta necesidad de contar con un estudio epidemiológico avanzado de estas relaciones en Guatemala, así como, de forma más general, de llevar a cabo y luego analizar la primera encuesta de salud mental representativa a nivel nacional que se ha realizado en el país.

La rutinización de la violencia, que empezó durante la guerra civil y todavía hoy se mantiene, ha tenido un efecto significativo en la salud mental de los guatemaltecos. Como es frecuente durante un conflicto civil y después del mismo, la violencia y la represión se integraron en interacciones cotidianas que normalizaban la brutalidad interpersonal, forzando a las personas a vivir en un estado de temor a largo plazo, aunque tras una fachada de normalidad.^{6, 54} Esta rutinización de la violencia como forma de vida en Guatemala se mantiene más de un decenio después de que concluyera oficialmente esta guerra civil excepcionalmente larga,

aunque nuestros resultados indican que el pueblo guatemalteco podría haberse adaptado a la rutina de la violencia con respecto a los resultados nacionales de salud mental. Nuestros resultados invitan a realizar más investigaciones sobre los efectos de los conflictos civiles y la violencia sobre la salud mental, y proporcionan una base para una mayor inversión en programas de intervención de salud pública en Guatemala y en otros países que han sufrido conflictos.

Participantes. V. D. Puac-Polanco, R. Kohn, D. Xie y C. C. Branas contribuyeron sustancialmente al diseño del estudio, la preparación, el análisis, la interpretación de los datos, las revisiones y la aprobación final del artículo. V. A. Lopez-Soto realizó importantes contribuciones al diseño del estudio, la preparación, el análisis, la interpretación de los datos, y revisiones del artículo. T. S. Richmond efectuó contribuciones sustanciales al análisis, la interpretación, las revisiones y la aprobación final del artículo.

Agradecimientos. Este trabajo fue financiado en parte mediante subvenciones del Centro Internacional Fogarty de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (números de subvención D43TW008317 y D43TW008972). La Encuesta Nacional de Salud Mental de Guatemala fue apoyada también parcialmente por el Trauma and Global Health Program, la Global Health Research Initiative, una asociación colaborativa de financiamiento de investigaciones de los Institutos Canadienses para la Investigación Sanitaria, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, Salud Canadá, el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo y la Agencia de Salud Pública de Canadá.

Expresamos nuestra admiración y agradecimiento a los 138 estudiantes de medicina guatemaltecos que hicieron posible la Encuesta Nacional de Salud Mental de Guatemala del 2009 gracias a su dedicación y arduo trabajo, así como la orientación y la dirección de los doctores César García y Erwin Calgua, de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala (USAC). También agradecemos al Instituto Nacional de Estadística guatemalteco su apoyo inestimable en lo que respecta a la estrategia de muestreo nacional aquí utilizada. También agradecemos a los editores y a tres revisores anónimos sus útiles observaciones.

Nota. El promotor del estudio no intervino en el diseño del estudio; en la recopilación, el análisis, o la interpretación de los datos de estudio; en la redacción de este artículo; o en la decisión de presentar este artículo para publicación. C. C. Branas, como autor para correspondencia, tenía acceso total a todos los datos del estudio y asume la responsabilidad de la integridad de los datos y de la exactitud del análisis de datos. Sin embargo, compartió esta decisión con los coautores, y

sus instituciones mantuvieron adecuadamente el acceso a los datos maestros y llevaron a cabo el análisis y la interpretación de los datos para el artículo. Los autores del estudio no tienen ninguna relación financiera o personal con otras personas u organizaciones que puedan influir de forma inapropiada en este trabajo.

Protección de los participantes humanos. El comité de bioética de la USAC y el comité de ética del Ministerio de Salud

guatemalteco aprobaron la Encuesta Nacional de Salud Mental de Guatemala del 2009. Este estudio fue aprobado por el comité de bioética de la USAC y el comité de revisión institucional de la Universidad Pensilvania.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la RPSP/PAJPH y/o de la OPS.

REFERENCIAS

- Jonas S. *Of Centaurs and Doves: Guatemala's Peace Process*. Boulder (Colorado, Estados Unidos): Westview Press; 2000.
- Anónimo. Guatemala's presidential election—the return of the iron fist. *The Economist*. 10 de septiembre del 2011:41–42.
- Branas CC, DiNardo AR, Puac Polanco VD, Harvey MJ, Vassy JL, Bream K. An exploration of violence, mental health and substance abuse in post-conflict Guatemala. *Health*. 2013;5(5):825–833.
- Wiesel TN, Corillon C, National Academies, (US) Committee on Human Rights. *Guatemala: Human Rights and the Myrna Mack Case*. Washington D. C. (Estados Unidos): National Academies Press; 2003.
- Collier P. *The Bottom Billion: Why the Poorest Countries Are Failing and What Can Be Done About It*. Oxford (Reino Unido): Oxford University Press; 2007.
- Bourgeois P. The power of violence in war and peace: post-Cold War lessons from El Salvador. *Ethnography*. 2001;2(1):5–34.
- Ghobarah HA, Huth P, Russett B. Civil wars kill and maim people—long after the shooting stops. *Am Polit Sci Rev*. 2003;97(02):189–202.
- Collier P, Hoeffler A. Murder by numbers: socioeconomic determinants of homicide and civil war. *Centre for the Study of African Economies Working Paper Series*. Oxford (Reino Unido): Universidad de Oxford. 2004;210:1–25.
- Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, Van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009;302(5):537–549.
- Sonis J, Gibson JL, De Jong JT, Field NP, Hean S, Komproe I. Probable posttraumatic stress disorder and disability in Cambodia: associations with perceived justice, desire for revenge, and attitudes toward the Khmer Rouge trials. *JAMA*. 2009;302(5):527–536.
- Tremblay J, Pedersen D, Errazuriz C. Assessing mental health outcomes of political violence and civil unrest in Peru. *Int J Soc Psychiatry*. 2009;55(5):449–463.
- De Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M, et al. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. *JAMA*. 2001;286(5):555–562.
- Anónimo. Justice in Central America—parachuting in the prosecutors. *The Economist*. 15 de octubre del 2011:45–46.
- Hillier D, Wood B. *Shattered Lives: The Case for Tough International Arms Control*. Londres y Oxford (Reino Unido): Amnistía Internacional y Oxfam International; 2003.
- Sabin M, Cardozo BL, Nackerud L, Kaiser R, Varese L. Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. *JAMA*. 2003;290(5):635–642.
- Anónimo. *Global Status Report on Alcohol and Health*. World Health Organization. Ginebra (Suiza): World Health Organization Library Cataloguing-in-Publication; 2011.
- Roberts H. Mental health, truth, and justice in Guatemala. *Lancet*. 2002;359(9310):953.
- Dillenburg K, Fargas M, Akhonzada R. Long-term effects of political violence: narrative inquiry across a 20-year period. *Qual Health Res*. 2008;18(10):1312–1322.
- Zwi AB. Commentary: studying political violence: we should push for more from epidemiology. *Int J Epidemiol*. 2002;31(3):585–586.
- Scholte WF, Olff M, Ventevogel P, et al. Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *JAMA*. 2004;292(5):585–593.
- Roberts B, Ocaka KE, Browne J, Oyok T, Sondorp E. Factors associated with post-traumatic stress disorder and depression amongst internally displaced persons in northern Uganda. *BMC Psychiatry*. 2008;8:38.
- Galea S, Brewin CR, Gruber M, et al. Exposure to hurricane-related stressors and mental illness after Hurricane Katrina. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(12):1427–1434.
- Dimitry L. A systematic review on the mental health of children and adolescents in areas of armed conflict in the Middle East. *Child Care Health Dev*. 2012;38(2):153–161.
- Scrimin S, Moscardino U, Natour M. Socio-ecological correlates of mental health among ethnic minorities in areas of political conflict: a study of Druze adolescents in Israel. *Transcult Psychiatry*. 2014;51(2):209–227.
- Bell V, Mendez F, Martinez C, Palma PP, Bosch M. Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones. *Confl Health*. 2012;6(1):10.
- Encuesta Nacional de Salud Mental, Guatemala*. Guatemala: Facultad de Medicina, Universidad de San Carlos de Guatemala; 2009.
- Instituto Nacional de Estadística. Base de datos: Censos Nacionales XI de Población y VI de Habitación 2002. Ciudad de Guatemala: Instituto Nacional de Estadística; 2002.
- Oldendick RW, Bishop GF, Sorenson SB, Tuchfarber AJ. A comparison of the Kish and last birthday methods of respondent selection in telephone surveys. *J Off Stat*. 1988;4(4):307–318.
- American Association for Public Opinion Research. Outcome Rate Calculator Version 3.1. 2010. Disponible en: http://www.aapor.org/For_Researchers/4362.htm. Consultado el 15 de agosto del 2011.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004;291(21):2581–2590.
- Pennell BE, Mneimneh ZN, Bowers A, et al. Implementation of the World Mental Health Surveys. En: Kessler RC, Üstün TB, Organización Mundial de la Salud, eds. *The WHO Mental Health Surveys; Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. Nueva York (Nueva York, Estados Unidos): Cambridge University Press; 2008:33–57.
- Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, et al. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;12(1):3–21.
- Kessler RC, Üstün TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13(2):93–121.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4.ª ed. Washington D. C. (Estados Unidos): American Psychiatric Association; 1994.
- Fleiss JL, Levin BA, Paik MC. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. 3.ª ed.

- Hoboken (Nueva Jersey, Estados Unidos): Wiley-Interscience; 2003.
36. Gujarati DN. *Basic Econometrics*. 2.^a ed. Nueva York (Nueva York, Estados Unidos): McGraw-Hill; 1988.
 37. Wolter KM. *Introduction to Variance Estimation*. 2.^a ed. Nueva York (Nueva York, Estados Unidos): Springer Publishing; 2007.
 38. Anónimo. *Stata Survey Data Reference Manual, Release 11*. College Station (Texas, Estados Unidos): Stata Press Publication; 2009.
 39. Ormel J, Petukhova M, Von Korff MR, Kessler RC. Disability and treatment of specific mental and physical disorders. Capítulo 18. En: Von Korff M, Scott KM, Gureje O, eds. *Global Perspectives on Mental-Physical Comorbidity in the WHO World Mental Health Surveys*. Cambridge (Reino Unido): Cambridge University Press; 2009:210–229.
 40. Posada-Villa J, Rodríguez M, Duque P, Garzón A, Aguilar-Gaxiola S, Breslau J. Mental disorders in Colombia: results from the World Mental Health Survey. En: Kessler RC, Üstün TB, Organización Mundial de la Salud, eds. *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. Cambridge (Reino Unido): Cambridge University Press; 2008:131–143.
 41. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, et al. The Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): overview and results. En: Kessler RC, Üstün TB, Organización Mundial de la Salud, eds. *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. Cambridge (Reino Unido): Cambridge University Press; 2008:144–164.
 42. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Levav I, Torres S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R disorders in the Chile psychiatric prevalence study. *Am J Psychiatry*. 2006;163(8):1362–1370.
 43. Karam EG, Mneimneh ZN, Karam AN, et al. Mental disorders and war in Lebanon. En: Kessler RC, Üstün TB, Organización Mundial de la Salud, eds. *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. Cambridge (Reino Unido): Cambridge University Press; 2008:265–278.
 44. Huang Y, Liu Z, Zhang M, et al. Mental disorders and service use in China. En: Kessler RC, Üstün TB, eds. *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. Cambridge (Reino Unido): Cambridge University Press; 2008:447–473.
 45. Gureje O, Adeyemi O, Enyidah N, et al. Mental disorders among adult Nigerians: risks, prevalence and treatment. En: Kessler RC, Üstün TB, eds. *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. Cambridge (Reino Unido): Cambridge University Press; 2008:211–237.
 46. Herman AA, Williams D, Stein DJ, Seedat S, Heeringa SG, Moomal H. The South African stress and health study (SASH): a foundation for improving mental health care in South Africa. En: Kessler RC, Üstün TB, eds. *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. Cambridge (Reino Unido): Cambridge University Press; 2008:238–264.
 47. Bromet EJ, Gluzman SF, Tittle NL, et al. The state of mental health and alcoholism in Ukraine. En: Kessler RC, Üstün TB, eds. *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. Cambridge (Reino Unido): Cambridge University Press; 2008:431–446.
 48. Summerfield D. The Mayas of Guatemala: surviving terror. *Lancet*. 1997;349(9045):130.
 49. Beristain CM. Guatemala: *Nunca Más. Forced Migration Review*. 1998;(3):23–26.
 50. Sharon A, Levav I, Brodsky J, Shemesh A, Kohn R. Psychiatric disorders and other health dimensions among Holocaust survivors 6 decades later. *Br J Psychiatry*. 2009;195(4):331–335.
 51. Loudis R, Del Castillo C, Rajaraman A, Castillo M. *Central America and Mexico Gang Assessment Annex 2: Guatemala Profile. United States Agency for International Development Report*. Washington D. C. (Estados Unidos): Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional; 2006.
 52. Woodworth M, Porter S, Ten Brinke L, Ducette NL, Peace K, Campbell MA. A comparison of memory for homicide, non-homicidal violence, and positive life experiences. *Int J Law Psychiatry*. 2009; 32(5):329–334.
 53. Brogan D, Flagg EW, Deming M, Waldman R. Increasing the accuracy of the Expanded Programme on immunization's cluster survey design. *Ann Epidemiol*. 1994;4(4): 302–311.
 54. Rodman DH. Forgotten Guatemala: genocide, truth, and denial in Guatemala's Oriente. En: Hinton AL, O'Neill KL, eds. *Genocide: Truth, Memory, and Representation*. Durham (Carolina del Norte, Estados Unidos): Duke University Press; 2009: 192–217.

El artículo original fue aceptado para su publicación en inglés el 13 de septiembre del 2014.

ABSTRACT

Previous violent events and mental health outcomes in Guatemala

Objectives. We analyzed a probability sample of Guatemalans to determine if a relationship exists between previous violent events and development of mental health outcomes in various sociodemographic groups, as well as during and after the Guatemalan Civil War.

Methods. We used regression modeling, an interaction test, and complex survey design adjustments to estimate prevalences and test potential relationships between previous violent events and mental health.

Results. Many (20.6%) participants experienced at least 1 previous serious violent event. Witnessing someone severely injured or killed was the most common event. Depression was experienced by 4.2% of participants, with 6.5% experiencing anxiety, 6.4% an alcohol-related disorder, and 1.9% posttraumatic stress disorder (PTSD). Persons who experienced violence during the war had 4.3 times the adjusted odds of alcohol-related disorders ($P < .05$) and 4.0 times the adjusted odds of PTSD ($P < .05$) compared with the postwar period. Women, indigenous Maya, and urban dwellers had greater odds of experiencing postviolence mental health outcomes.

Conclusions. Violence that began during the civil war and continues today has had a significant effect on the mental health of Guatemalans. However, mental health outcomes resulting from violent events decreased in the postwar period, suggesting a nation in recovery.