

109
2ef.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

RASGO DE PERSONALIDAD Y ESTILOS DE
AFRONTAMIENTO DEL EQUIPO DE TECNICOS EN
URGENCIAS MEDICAS DE LA D.G.S.M.
DE LA U.N.A.M.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
LETICIA GARCIA GONZALEZ

DIRECTOR DE TESIS: MTRA. ASUNCION VALENZUELA C.
ASESOR EN ESTADISTICA: MTRA. SOFIA RIVERA A.
REVISOR: MTR. JUAN CARLOS MUÑOZ BOJALIL.



FACULTAD
DE PSICOLOGIA

MEXICO, D. F.

OCTUBRE 1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

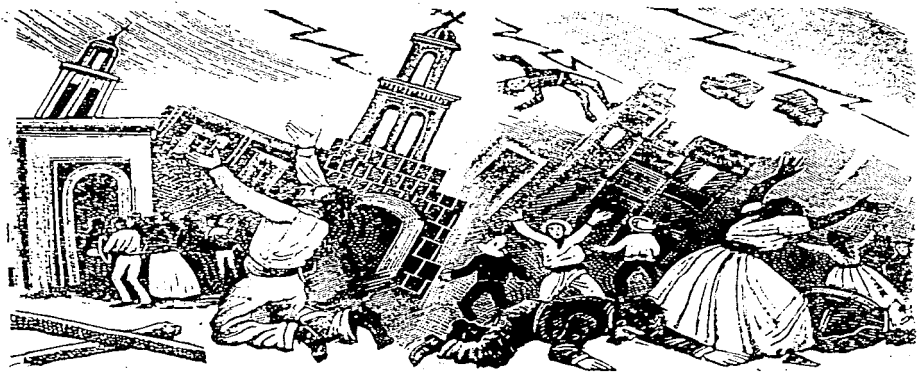
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PAGINACION VARIA

COMPLETA LA INFORMACION



Representación de un sismo. Posada

Agradezco por su colaboración, apoyo y comentarios a esta investigación a los profesores:

Mtra. Asunción Valenzuela Cota.

Mtra. Sofia Rivera Aragón.

Mtra. Ma. Rosario Muñoz Cebada.

Mtra. Irma Yolanda Del Rio Portilla.

Mtro. Juan Carlos Muñoz Bojalil.

Borges escribió.

"Como todos los actos del universo, la dedicatoria a un libro es un acto mágico, también habría que definirla como el modo más gracioso y más sensible de pronunciar un nombre".

A México, al que dio raíz a un pueblo, al que hizo mestiza la sangre, a los hombres que desean ocupar aquel lugar entre el sol y la luna. A México siempre.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, a los que recurren a su autonomía, a los que forjaron su historia, a los que sueñan utopías, a los que se hicieron hombres en ella.

A la memoria de mi padre, quien me enseñó la dignidad con que se ejerce una profesión, al que me mostró la sencillez, tolerancia y cariño, al que me indicó como se lucha por la vida en la muerte.

A mi madre, por escucharme siempre, a quien debo lo más puro, a quien cultivó mi historia, a quien decidió darme la vida.

A mis hermanos por compartir una niñez.

A Rosy por ser quien me enseñó por que se deben tomar los riesgos, por compartir su conocimiento, por colorear vidas, por amar a otros luchando, por apoyarme en mis sueños. Por ayudarme siempre.

A mis tíos.

Ing. Roberto González A. por compartir momentos bellos, por habernos incursionado en el mundo intelectual y de arte, por recordarnos en sus viajes, por haber estado ahí desde siempre.

Ing. Luis González A. por haber sido el ejemplo más puro de entrega, luchando siempre, defendiendo ideales, con la dignidad única que no permite caer nunca.

Agradezco por siempre.

Al Dr. Fernando Roman M. Por todas sus enseñanzas, por acercarme a Eduardo Galeano y Fernando Delgadillo, por compartir un sueño, por soñar una utopía, por caminar soñando.

A Dir. Raúl Milliani S. Por compartir su experiencia, por conjugar sueños, por preparar caminos, por aquilatar valor y no precio, por caminar junto al que le es difícil andar, por forjar esperanza.

Al Dr. Enrique Cardenas G. Por su dedicación en sus enseñanzas, por el apoyo que brindo a esta investigación.

A Silvia Sigales Por su gran ayuda, en este trabajo.

A Hector L. Calderón por su apoyo.

A Todos los T.U.M. que formaron aquellas primeras escuadras de sueños y deseos, que viajaron creyendo poder ayudar, que ayudaron creyendo viajar, que forjan la dignidad, que buscan la vida, que acarician dudas.

A Todos los T.U.M. que participaron en esta investigación.

Canek dijo:
"unos prefieren el ideal: otros la realidad. De esto resulta una discordia que encona los espíritus.
Nunca los hombres concilian sus opiniones. A lo más que llegan es a soñar la realidad o a vivir el ideal. y la diferencia del apetito subsiste.
Pero el hombre debe ser más exigente y más humano: debe querer la mejor realidad; la posible, la que madura y crece en sus manos.
Esto será como vivir el ideal de la realidad."

(Canek: Historia y leyenda de un héroe maya. Emilio Abreu Gómez).

CONTENIDO.

RESUMEN.

I	INTRODUCCION.	Pag	9
II.	MARCO TEORICO.		13
	1. Antecedentes históricos y dos modelos de Sistema Médico de Emergencias.		
	1.1 Antecedentes históricos.....		14
	1.2 Un modelo Europeo en el Sistema Médico de Emergencias.....		19
	1.3 El modelo Norte Americano del Sistema Médico de Emergencias.....		24
	1.4 Lo que se hace hoy en México.....		27
	2. Psicología de las catástrofes.....		32
	2.1 Estrés. Uno de los factores de mayor influencia en el campo.....		36
	2.2 Intervención en crisis.....		43
	3. Aproximaciones hacia la personalidad de miembros de un Sistema Médico de Emergencias.		
	3.1 Definición y teorías de la personalidad.....		45
	3.2 Investigaciones anteriores realizadas sobre rasgos de personalidad en equipos de intervención en situaciones de emergencia.....		47
	3.3 El altruismo y la actividad lúdica dentro de las labores de un Sistema médico de emergencias.....		54
III.	METODO.		
	1. Justificación del problema.....		59
	2. Objetivos.....		59
	3. Preguntas de investigación.....		60
	4. Población.....		60
	5. Muestreo.....		60
	6. Tipo de estudio.....		61
	7. Diseño.....		61
	8. Instrumentos.....		61
	9. Procedimiento.....		61

7. Diseño.....	61
8. Instrumentos.....	61
9. Procedimiento.....	61

IV. RESULTADOS.

4. Datos obtenidos durante la investigación.....	63
--------------------------------------------------	----

V. DISCUSION.

5. propuestas o sugerencias	147
-----------------------------------	-----

VI . ANEXOS	158
--------------------------	------------

VI. BIBLIOGRAFIA.....	160
------------------------------	------------

RESUMEN.

Durante los primeros años de esta década y a raíz de los efectos y consecuencias generadas por las catástrofes, surge un incremento en el interés, por dar respuesta a los efectos de víctimas directas e indirectas de una situación de desastre.

Hoy en día la Psicología abre un nuevo camino en la investigación y estudio de la victimología de las catástrofes en ellos incluidos: población civil, miembros de seguridad pública, cuerpos militares, miembros de rescate y salvamento, miembros de atención médica etc.

La Universidad Nacional Autónoma de México, ha implementado un Sistema Médico de Emergencias, el cual juega un rol en el desarrollo de la atención a situaciones de desastre a nivel nacional. Su participación aumenta el desempeño de investigaciones que permitan la evolución de su sistema.

Esta investigación buscó hacer eco a ese interés, analizando los rasgos de personalidad y estilos de afrontamiento del personal que conforma este Sistema Médico de Emergencias. Dentro de ella participaron 35 miembros del equipo de Técnicos en urgencias médicas de Universidad Nacional Autónoma de México. Quienes realizaron las pruebas de: Inventario multifásico de Personalidad (MMPI-2), La prueba de persona bajo la lluvia, la escala de eventos de la vida de Moos y Billings (fracción de afrontamiento) y una entrevista.

Los resultados fueron los siguientes:

Dentro del Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI-2), las escalas con mayores niveles (sin que estos se encuentren en niveles patológicos) para el caso masculino fueron las siguientes: Obsesividad, depresión, Desviación psicopática, Ansiedad, Enojo, Baja autoestima, Personalidad tipo A.

En el caso femenino las escalas fueron: Actitud defensiva, Cinismo, Represión, Hostilidad reprimida, Fuerza del Yo, Dominancia.

El 41% de los miembros dirigen el afrontamiento hacia el problema, mientras que el 27% lo dirigen a la emoción.

Dentro de los antecedentes heredo familiares se destaca: Problemas Cardiovasculares, oncológicos y diabéticos.

El 49% de los miembros refieren no haber detectado alteraciones ante eventos traumáticos, dentro del 51% restante se destacan alteraciones como: incremento de adicciones y recuerdo con angustia. Ante esto el 43% de los miembros recurren al apoyo de compañeros del sistema.

De forma proyectiva se detectó a través de la prueba: " La figura humana bajo la lluvia" diferencia en la representación de elementos defensivos. En el 51% de los miembros no fueron manifestados, en un 18% se utilizaron de forma inapropiada y en el 14% restante su representación fue adecuada.

Es así que la capacidad de adaptación a los eventos traumáticos y de alto riesgo dependerán en gran medida de la personalidad de cada uno de sus miembros de aquí la importancia general de este análisis.

INTRODUCCION.

"Cada periodo histórico, es producto de una idea específica, que a pesar de las variables, disfraces y oposiciones, dominan a esa era como soberano secreto. En la Grecia Clásica ese concepto central fue la idea del ser; durante la edad media, la idea de Dios; en el renacimiento, la idea de la naturaleza, en el siglo XVIII, es el individuo quien deviene el tema central y en el siglo XX, el concepto de vida supera todos los demás" (Vance Packard 1974).

Parecería que, desde el punto de vista del filósofo alemán Simmel, retomado por Vance Packard en su libro "Una nación de desconocidos" sostuviera que el concepto de vida recuperará terreno durante el siglo XX, sin embargo, el hecho se ha tornado en el marco de un continuo y mundial descenso de importancia, la palabra se ha empleado con mayor frecuencia, pero la necesidad de recuperar la esencia del concepto decae.

Ahora bien, este concepto de vida se recubre de importancia, cuando individuos otorgan investigaciones, servicios y acciones, en la recuperación de lo que ha de dar vida a otros, al grado de que hoy en día se comercializa toda imagen de aquellos que hacen actividades prosociales, creando mitos heroicos en realidades carentes de ellos. No es el objetivo de esta investigación, incrementar el mito ni derrumbar ninguno de ellos, sino únicamente dar un enfoque teórico y científico de una fracción de hombres que han decidido hacer actividades en pro de otros.

Nos hemos de referir entonces, a los Técnicos en Urgencias Médicas (T.U.M.), ese primer eslabón de quienes conforman la cadena de servicios médicos, que sin tener como profesión el ser médicos, ni realizando actividades de enfermería, se capacitan en un nivel de atención en emergencias, realizando maniobras de soporte básico y avanzado de vida; al igual que son capacitados para realizar acciones de rescate y salvamento, como respuesta a la importancia que otorgan los primeros minutos de la atención para la sobrevivencia de un paciente.

Fue entonces que dentro de las guerras, se constituyeron: el origen y desarrollo de

lo que sería la atención médica fuera de instalaciones hospitalarias, la participación en situaciones de desastre y la búsqueda de una evolución científica que dió inicio a la conformación de las primeras organizaciones a nivel internacional como lo fuera, la entonces Cruz Roja y Media Luna Roja, que hoy en día mantienen una amplia participación a nivel mundial.

Si bien a 50 años de la Segunda guerra mundial, a 29 de la guerra de Vietnam y a unos meses de firmados los tratados para la paz en una de las guerras que cobrara el mayor número de vidas humanas, durante el año de 1995, la guerras de Bosnia y después de llegados los acuerdos de paz en el país cercano de Guatemala, el tiempo ha transcurrido, la amenaza continúa y las grandes deficiencias aun están ahí; pocos son los esfuerzos. Uno de ellos ha sido el movimiento Pugswash, científicos con las más importantes aportaciones al mundo quienes reviven el significado por el cual la ciencia debe avanzar, destacando el binomio ciencia-paz.

En este marco internacional la Psicología ha desarrollado a partir de la segunda guerra mundial trabajos de investigación; inicialmente los esfuerzos se dirigieron hacia el reclutamiento y selección de cuerpos militares, posteriormente las investigaciones se enfocaron a los efectos entre los veteranos de guerra. Hasta llegar, durante la década de los 90', a esfuerzos que otorgaron importancia al desarrollo y evolución de los efectos de las víctimas en general, siendo estas: el pueblo o sociedad civil, los encargados de labores de rescate y atención médica, así como también entre los miembros de cuerpos militares. Los institutos como el Centro Psicológico de Crisis Belga (C.P.C.) en colaboración con la Cátedra Psicológica del Colegio Real Militar, han realizado investigaciones sobre este tema a las que recurriremos en el transcurso de nuestra investigación.

Para poder abordar el tema en el México actual y la relación existente con los servicios médicos de emergencia, habrá que distinguir tres elementos en particular :

- a) La infraestructura con que cuenta cada país, a razón de recursos públicos o privados.
- b) El número de profesionales y la capacitación con que cuenta cada uno de los miembros que intervienen en un sistema médico de emergencias. Un ejemplo de ello, es la distribución de acciones que ha podido llevarse a cabo por médicos en su mayoría, con especialización en situaciones de desastres, ante lo cual la responsabilidad y la toma de decisiones es distribuida durante el servicio o bien compartida; esto se realiza en algunos países del continente Europeo, principalmente en Francia.
- c) El sistema implementado para casos de desastres se caracteriza, por las redes de comunicación, organización y acciones conjuntas entre los diferentes órganos e instituciones ya sean médicos, personal de salvamento, ingenieros, químicos, físicos, geógrafos o bien, órganos no gubernamentales nacionales e internacionales. Ahora bien estos tres puntos son el principal desequilibrio en el contexto mexicano.

En un entorno geográfico constituido por elementos particularmente importantes, por sus acciones y efectos, como lo fuera en el año de 1985, la presencia de fricción entre dos placas: la de Cocos y la del Caribe, que no dejando de estar en movimiento, han demandado acciones; aunado a esto la existencia de una sierra volcánica transversal, que en una de sus zonas es hoy uno de los focos de mayor atención: el volcán Popocatepetl y sin perder importancia, un litoral marítimo de diez mil kilómetros

Junto a este marco geográfico otro gran núcleo se distingue actualmente, una manifestación sociorganizativa que ha cobrado una guerra de baja intensidad en el estado de Chiapas y manifestaciones en diferentes estados de movimientos armados a través de movilizaciones violentas que por muchos es llamado, los inicios de una posible guerra civil; junto a esto la posibilidad de la pérdida de control de elementos técnicos, como lo fuera en el año de 1984 los eventos vivenciados por la comunidad de San Juanico, que en recientes fechas se ha vuelto a vivir un error semejante, los últimos hechos acontecidos dentro de los túneles del sistema metro, las explosiones de las plantas de Petróleos Mexicanos "Cactus" en el estado de Chiapas y Tabasco, las explosiones en los ductos de drenaje en la ciudad de Guadalajara Jalisco y sin dejar a un lado la predisposición a desastres en la ciudad más poblada del mundo.

Para la salvedad de este panorama y sin aludir con ello a que las necesidades estén cubiertas, organizaciones no gubernamentales, de carácter privado o bien Universidades han iniciado la capacitación y manejo de desastres, ya sean estos de efectos limitados o mayores, según la clasificación Europea. Este es el caso de la Universidad Nacional Autónoma de México que a partir del año de 1991 dio inicio a un sistema de urgencias médicas, con un primer objetivo, la cobertura universitaria. El tiempo ha dado a este sistema médico de urgencias pionero, un gran avance en infraestructura, equipo humano y experiencia, de forma que hoy ha rebasado ese primer objetivo y ha permitido la respuesta a accidentes más allá del ámbito universitario, aumentando la capacidad de respuesta al número de eventos y el tiempo de jornadas de labores, se ha incrementado, así también las actividades del personal que allí presta sus servicios, así como las consecuencias sociales, psicológicas y humanas, del personal al que enfocamos en esta investigación, los técnicos en urgencias médicas, es entonces necesario hacer los planteamientos que han generado este proyecto.

En un primer plano nos cuestionamos:

¿Quiénes son las personas que eligen este método de acción?, ¿por qué fue elegido este plan de acción?, ¿cuáles son las estrategias con que afrontan los altos índices de estrés?, algunas de las propias declaraciones de los T.U.M. han objetado que una de las razones por las que se ha ingresado a un sistema de urgencias médicas, sea por morbosidad y destacan la motivación de desempeñar actividades prosociales, así que tratándose de acciones puramente voluntarias hemos

considerado al altruismo como un punto de análisis, para el que recurriremos a autores como Anna Freud, Otto Fenichel entre otros.

Tratando de encontrar fundamentos teóricos, es que nos preguntamos: ¿Es el prestigio social un elemento importante?, ¿Que papel juega el narcisismo?, ¿Existe un rasgo mesiánico?, ¿ Se puede tratar de un grupo de personas con niveles altos de depresión y con ello la posibilidad de mostrar tendencias suicidas?, ¿ que efectos ocasiona el contacto tan cercano como cotidiano con lo que es la muerte, el dolor físico, el miedo, la ira, la incertidumbre?, o bien ¿Se trata de personas que han adquirido un grado de madurez capaz de considerar la atención prehospitalaria como una forma de vida?.

El tema empieza a ser analizado aún en países desarrollados, el mayor número de investigaciones se han centrado en las víctimas civiles de las catástrofes, sin embargo, algunas de las investigaciones se tornan a las víctimas que pertenecen a instituciones de intervención, una de las razones ha sido la demanda de seguros que cubran los efectos psicológicos en el cumplimiento de las labores dentro de los cuerpos de rescate e intervención médica.

Es entonces esta una investigación pionera, con carácter exploratorio, ha buscado aportar recursos para el mayor conocimiento del personal de atención prehospitalaria en México, con la finalidad de apoyar con bases teóricas, al reclutamiento y selección de personal, que podrá dar así mismo elementos para la creación de técnicas terapéuticas y para subsecuentes investigaciones.

Es entonces que hemos de iniciar un panorama internacional tocando algunas de las actividades realizadas por los pueblos prehispánicos, tratando de enmarcar el concepto a través del que se ha desarrollado la atención prehospitalaria (A.P.H.) su origen y evolución.

MARCO TEORICO

ANTECEDENTES HISTORICOS.

EL INICIO DE LA ATENCION PREHOSPITALARIA.

Hay quienes afirman que las acciones de "socorrismo" son tan antiguas como la vida misma, sin duda lo son, prueba de ello lo proporcionan la historia de culturas tan antiguas como la China, Egipcia, Árabe, Griega, Africana, Maya, Inca etc.

Con forme el tiempo transcurría, las comunidades conjuntaban sus actividades prosociales, algunas de ellas tenían cierta influencia política, religiosa o humanitaria.

Ejemplo de ello fue durante la Edad Media, la llamada "Tregua de Dios", en la cual se prohibía cualquier acto de violencia, desde el miércoles por la noche al lunes por la mañana. Por otra parte, San Luis cuidaba a los apesadados de Túnez y las órdenes religiosas se congregaba a los pobres y a los enfermos. Mientras que los caballeros hospitalarios de San Juan de Jerusalén, socorrían a las víctimas de las cruzadas. (Salva, 1985).

En Suiza en el año de 1393 el Convenant de Sempach, firmado por los ocho cantones primitivos, restringieron el saqueo, condenaron el incendio provocado en conventos e iglesias y concedieron la protección especial a las mujeres. Recomendaron el respeto al herido al que le dejaban intacto en su persona y sus bienes.

A fines del siglo XVI, son numerosos los convenios en favor de las mujeres, de los niños y de los prisioneros. Desde 1581 a 1864, se cuenta con más de 291 tratados de esta clase, entre ellos el Cartel de Francfort firmado en 1743 entre Australia, Francia y Gran Bretaña, donde los hombres fuera de combate son considerados un depósito sagrado, recibiendo cuidados y víveres; tenía derecho a dos mantas y doble soldada o sueldo. Se concedía una prima a los que recogía a los enfermos y heridos los que les cuidaban eran liberados. (Saiva 1985).

Pero no en todas las épocas y en todos los pueblos el personal y el material sanitario fueron suficientes, en algunas ocasiones sin más que el "amor al prójimo" se trató de ayudar a los que sufrían las consecuencias de una epidemia, de un accidente o de la guerra.

En 1800, medio siglo antes de que Florence Nightingale, la madre Rafois se dedicó a socorrer a los heridos, aún en las mismas líneas de fuego, atravesándolas muchas veces para buscar medio de curación, solicitar un indulto u otra misión.

Florence Nightingale, una de las precursoras de instituciones de asistencia, que pertenecía a una familia aristocrática, ingresó a una clínica para ser enfermera y estableciendo la guerra de Crimea en 1854, se trasladó al hospital de Scutari, donde consiguió reformas higiénicas, así, seguida por cuarenta compañeras, se trasladó a las trincheras, auxiliando a los heridos y por las noches con una lámpara en mano, recorría el campo tratando de auxiliar o consolar a los moribundos. Primeras muestran también del apoyo psicológico brindado por quienes socorrían a un lesionado , por lo que fue llamada "la dama de la lámpara" (Salva 1985).

Posteriormente, la creación de una de las organizaciones a nivel internacional como la Cruz Roja en el año de 1863, se debió a la iniciativa de Henry Dunant, iniciador de la idea a la que consagró su vida, durante el año 1859, durante la guerra Italiana. Dunant, viajó como turista llevado por su curiosidad por la guerra y su deseo de estar cerca del conflicto, tuvo la ocasión de observar la batalla de Sorferino la cual

describiría posteriormente en su libro "un recuerdo de Sorferino" esto despierta interés entre los ginebrinos entre ellos Gustavo Moynier, quien contribuyó al nacimiento de la Cruz Roja.

Así el 9 de febrero de 1863 se constituyó la Cruz Roja Internacional que ha sido una de los órganos de mayor coalición entre diferentes países sobre actividades prosociales conjuntando los principios elementales de todos aquellos hombres que brindaron una acción en pro de otro, estipulados en la doctrina de la Cruz Roja Internacional (C.R.I.) en siete principios fundamentales: humanidad, imparcialidad, neutralidad, independencia, carácter voluntario, unidad y universalidad. Para ello la C.R.I. está constituida por el Comité Internacional de la Cruz Roja, la Liga de Sociedades de la Cruz Roja y todas las sociedades nacionales de la Cruz Roja y la Media Luna Roja reconocidas internacionalmente. (Salva 1985).

En el medio oriente otros han sido los ejemplos, el caso de Irak, donde los datos indican, que se realizaban trepanaciones, como métodos posibles para la cura de la epilepsia. En el viejo continente los griegos en cambio usaban el oráculo de Apolo en Delfos para los mismos fines, donde los enfermos eran arrojados hacia el fondo de éste, a efecto de producir una descarga nerviosa al ser arrojados y de esta forma crear efectos inversos.

En el México antiguo, los pueblos prehispánicos habían ya desarrollado conocimientos amplios en biología aplicándolos, a métodos farmacológicos otorgando importancia al estudio de la botánica y de la medicina, ejemplo de ello fue el cultivo de plantas medicinales, cincuenta años antes de que se creara el jardín botánico de Padua.

Las actividades en ayuda a otros, por los pueblos de las distintas culturas precolombinas fueron descritas por Fray Bernardino de Sahagún. La recopilación de estos datos, nos permiten acercarnos a los antecedentes de nuestra propia cultura; algunos de los ejemplos de ello han sido: el tratamiento en fracturas y luxaciones, que constaba de la extensión, la coartación y el empleo de aparatos. Para lo cual también se empleaba un emplaste consistente y pegajoso aplicado al rededor de la articulación luxada o de la parte fracturada, que endureciendo al secarse sostenía una posición dada, plumas aplicadas sobre el emplastro eran empleadas para dar unidad al aparato y que servía para cubrir y acojinar la parte afectada, encima de todo y paralelas al miembro, cuatro tablillas (vapaltontli) sujetas con correas de piel (especie de Tlaxoctli) a semejanza de vendas empleadas actualmente para mantener la extensión; posteriormente eran dejados por veinte días, para quitarlos daban al enfermo baños de Temzacalli repetidos hasta que aquel se desprendía y caía espontáneamente.

Para enfermedades de tejidos en general, al referirse Sahagún a la gangrena, cita el tratamiento de los antiguos mexicanos con Tlalpopototl.

Respecto a los tumores llegaron a tener diferenciación de diagnóstico, para los tumores malignos, usaban las lagartijas al interior y cuando se ulceraban ponían el corazón del fruto del Yoyotli (cáustico) machacado.

Para las quemaduras usaban el zumo de las pencas del Metl o maguey y usaban también cataplasmas de hierbas y raíces.

Para el tratamiento de mordeduras y picaduras de animales ponzoñosos, se usaban medicamentos al interior, sin perjuicio de aplicar cataplasmas, hojas de huitzمامaxalli (Enciclopedia esplendor del México antiguo, 1988).

Clasificaron de forma bastante razonable las heridas, diagnosticaron su importancia llamando Tlacocolli a cualquier clase de herida, Temotzoliztli a los rasguños, Viztli a las heridas punzantes, Tlaxilli a las penetrantes y no menos de cuatro nombres a las heridas cortantes. Así mismo clasificaron tratamientos diversos de acuerdo con el lugar lesionado.

Por otra parte las heridas eran tratadas por medio de sal, carbón y otros medicamentos: en las heridas de nariz con desprendimiento, se hacía la sutura con cabello y sobre los puntos se aplicaba una mezcla de miel, metl y sal. Cuando el tratamiento no daba resultado se ponía una nariz postiza y cuando la cicatriz quedaba defectuosa, volvía a intervenir hasta corregir el defecto.

Algo más notable fue cuando la soldadura de los huesos (omizaloatzin) no era correcto, entonces volvía a descubrirse la fractura, raspaban las extremidades del hueso e introducían en el hueso medular una varilla de ocoatl y después eran fijados con un aparato.

Y más asombroso fue que hicieran obturaciones circulares, en las que ajustaban pequeñas placas de pirlita o jadeíta pegada con un cemento especial cosa que se ha comprobado en los cráneos encontrados en excavaciones posteriores (Enciclopedia Esplendor del México antiguo 1988).

Son estos algunos de los ejemplos de métodos empleados por culturas prehispánicas, en las actividades de ayuda a otros.

Con los primeros datos sobre la participación de las culturas precolombinas en la realización de acciones al apoyo de otros, los antecedentes de la atención médica en México quedaron establecidos.

Con el transcurso del tiempo, y en un desarrollo internacional, todos los esfuerzos de actividades prosociales, empezaron a ser constituidos en organizaciones civiles, En México fue la Cruz Roja Española quien solicitó al gobierno del país información acerca de las relaciones entre las instituciones de asistencia pública con las unidades sanitarias del ejército, en el año de 1898, iniciándose los primeros trabajos

para constituir la Cruz Roja Mexicana (C.R.M.); institución que ha sido el elemento de mayor cobertura a nivel nacional, en atención de emergencias médicas.

Pero no sería, sino hasta el 21 de Febrero de 1910, en que oficialmente fué fundada la C.R.M. Apartir de entonces ra brindado apoyo, en situaciones tales como: los movimientos revolucionarios de 1910, brindo refugio a los niños de la guerra civil española, participó con acciones de rescate durante el terremoto del 28 de julio de 1957, cubrió el movimiento estudiantil de 1968, en 1973 realizó labores en el terremoto de Orizaba al igual que en el año de 1985 en la Cd. de México, brindo apoyo durante el conflicto armado en el estado de Chiapas, entre otros.

Hemos hablado hasta ahora de la existencia de actividades prosociales, a través de la historia y en diferentes culturas, su importancia y desarrollo, hasta la constitución de instituciones civiles.

La evolución que han mantenido este tipo de acciones, junto al desarrollo científico y tecnológico, han dado origen a lo que se ha constituido como los sistemas de atención ya sean estos en medicina de urgencias, en situaciones de desastre, en rescate y salvamento, en protección civil, entre otras.

La estructura de un sistema médico de emergencias, en lo que respecta a nuestra investigación, mantiene una importancia contundente en la ejecución y efectos dentro de sus miembros, por ello señalar las diferencias existentes en diversos sistemas de intervención, permite un esquema didáctico para la comprensión del tipo de actividades, la distribución del equipo, los recursos materiales y humanos, así como el grado de responsabilidad de cada uno de sus miembros.

Hemos elegido dos modelos: uno europeo, el modelo Francés y otro americano, el modelo de los Estados Unidos de Norte América y concluimos con las acciones que se llevan a cabo actualmente en México, con el fin de plantear diferencias y opciones que permitan el mejor desempeño, el menor número de víctimas psicológicas ante la atención en situaciones de desastre y la prevención de sus efectos.

UN MODELO EUROPEO DEL SISTEMA MEDICO DE EMERGENCIAS.

El modelo francés hace diferencias importantes, sobre las acciones durante el salvamento, el auxilio y los cuidados médicos.

El salvamento se define como el conjunto de acciones y técnicas que consisten en sustraer una o varias personas de un medio que, se considera peligroso en su carácter vital. El salvamento puede no ser la postura de acudir al mejor refugio que implique pasar por alto el auxilio médico que salve al sujeto de cualquier lesión que ponga en mayor riesgo la vida de éste.

El auxilio esta realizado por personal no médico, quienes realizan acciones simultáneas muy específicas, para asegurar la supervivencia del lesionado. Estas acciones, no implican un paso obligatorio del salvamento cuando, por ejemplo la victima se encuentra directamente accesible

Los cuidados médicos, constituyen el conjunto de técnicas médicas a realizar por los médicos para asegurar el tratamiento de una victima en instalaciones hospitalarias

El modelo francés, junto a las definiciones anteriores, describe las fases a través de las cuales se realiza el desempeño de acciones en situaciones de desastres. Para ello recurrimos a lo estipulado en el libro de " Medicine de Catastrofe" de Noto (1987).

La fase de alerta desde el conocimiento de un evento, esta es una condición previa a la postura en cadena, indispensable para que la institución responda a la agresión a través de la cual, se dará conocimiento e información concerniente al accidente; para ello, se cuenta con los emisores que son clasificados como: testigos ordinarios (personas que estan constantes, observando el evento que pueden tener implicaciones en el siniestro tanto materiales como afectivas u orgánicas.) testigos privilegiados (se trata de aquellos sujetos con una formación tal, que permiten una información objetiva, precisa y correcta), testigos profesionales (juegan un rol social particular dentro del lugar donde se desarrolla el siniestro, por ejemplo los responsables de la seguridad, funcionamiento o establecimiento de una industria, quien tiene conocimiento de deficiencias, anomalías etc.).

La fase de desempeño comprende el ensamble de operaciones, que consisten en dirigir los medios humanos y materiales hacia los lugares del accidente para misiones diferentes, esto esta constituido en dos términos:

Medios de auxilio no especifico, los cuales son desempeñados cotidianamente como un desempeño de auxilio normal, estos pueden constituir una fase o la mayoría de

las acciones, y corresponde a la reacción para catástrofes de efectos limitados. Las acciones a realizar son regularmente rápidas siguiendo el entrenamiento del personal y del valor de las organizaciones generales de socorro. Estas labores, serán realizadas por grupos de salvamento, servicios de policías y servicios de emergencia médica.

Medios de auxilio específico, corresponden a actividades tales como la detección o indagación de víctimas, maniobras para terraplenar, escombrar, o bien para cortar a fin de tener acceso a las víctimas.

La fase de reconocimiento esta representada por el conjunto de operaciones efectivas en el campo y la orientación para obtener los registros del siniestro y sus consecuencias que comprende: la naturaleza, exactitud y amplitud del evento; así como los límites topográficos y el riesgo evolutivo. De igual forma las consecuencias en la proximidad, esto es, los daños materiales ocurridos en zonas aledañas como industrias, instalaciones navales, aeropuertos, establecimientos públicos etc. Así mismo las consecuencias en la población, la evaluación misma de la evacuación, la naturaleza principal de las lesiones, la situación de las víctimas accesibles, el valor de los medios todavía disponibles, así como el repertorio de las estructuras que pueden intervenir en la cadena de auxilio.

El reconocimiento, puede ser preliminar efectuando rápidamente, por vía terrestre, en la cual será indispensable que un médico califique, desde su enfoque profesional la catástrofe, junto con responsabilidades de otros. El reconocimiento secundario está establecido a partir de cuadrillas y de sectorización, lo que corresponde a un corte del territorio para la detección de la importancia de la labor potencialmente significativa, los medios susceptibles en el desempeño como lo es la distancia entre los equipos y el puesto de comandancia, los medios y la facilidad de comunicación, las vías de acceso de los medios de auxilio.

La cuarta fase o la puesta en obra, dependerá de la zona, la cual estará esencialmente definida por la existencia de los daños materiales, las posibilidades de riesgo y la instalación de estructuras de auxilio y de comando, para ello, se denomina un mando general el cual dirige técnicas y operaciones de salvamento y auxilio, de consecuencias de seguridad, de soporte logístico en aporte al equipo médico y refuerzos humanos, medios disponibles, así como enlaces e instrucciones en misiones específicas. Se delimitará el territorio en cercos o cuarteles, en el cual se efectuarán conjuntos de obras abiertas en el sitio de la catástrofes, esta sectorización se hará en catástrofes de efectos limitados, catástrofes de medios importantes o en catástrofes mayores.

Las catástrofes de efectos limitados, serán sectorizadas por uno o varios cercos reducidos, con una simple coordinación, ejemplo de estos son: accidentes en caminos férreos, accidentes de circulación, accidentes de aviación, hundimiento de inmuebles aislados, accidentes tecnológicos muy localizados, explosiones o accidentes en la vía pública.

Para la distribución de estas labores, se deberá considerar un orden topográfico (naturaleza del terreno, obstáculos naturales); un orden operacional (medios de comunicación en el interior del cerco, facilidad en enlaces directos o por radio, accesibilidad a los vehículos de auxilio), o bien de orden sanitario creación y distribución de redes que desempeñen labores de sanidad.

Las catástrofes de medios importantes, corresponden a eventos como: avalanchas, inundaciones, incendios, accidentes tecnológicos. El sector, representará varios cercos de ensamble, situados en la misma zona geográfica, que está limitada a su vez por los medios de comunicación encabezada por un comando en el plano técnico, quien es dirigido por un mando general designado en función de la naturaleza del siniestro y los riesgos que genere.

Las catástrofes mayores corresponden a eventos naturales como son: temblores, inundaciones, huracanes, ciclones, centenares de accidentes tecnológicos (tempestad de fuego México 1984, explosiones de gas tóxico o bien en cadena) naufragios, accidentes ferroviarios masivos, etc.

Las operaciones de trabajo corresponden a conjuntos de actos efectivos en el terreno, y que consisten en retirar a las víctimas del sitio, para ser enviadas a los equipos médicos, conformándose una serie de acciones más o menos complejas, siguiendo la calidad de accesibilidad a la víctima.

Cada acción realizada, corresponde a medios de seguridad, en la detección y búsqueda; se cuenta con el siguiente equipo perches, sonda (escandallo para averiguar la profundidad), equipo de video, equipo infrarrojo, sistema de detección con fibras ópticas; para terraplén, el equipo individual corresponde a palas, picos entre otros), para el corte de materiales resistentes se emplea bloque de oxi-corte, lanza térmica, martillo picador, se emplean canoas neumáticas, aviones helicópteros, lanchas, en lugares poco accesibles, se requiere de escalera, navecilla, arnés de seguridad, tirolesa etc. Para el desempeño en zonas tóxicas o contaminadas, se cuenta con equipo de seguridad individual para el grupo de salvamento y aparato respirador aislado para víctimas.

Quinta fase o fase de selección, categorización de víctimas. Después de un examen médico, se realiza una selección y categorización de víctimas, siguiendo diferentes criterios, los cuales son: la prioridad de tomar un cambio médico, la naturaleza de los cuidados a efectuar para cada víctima, las prioridades de evacuación, la modalidad y la destinación de evacuación (Noto1987).

El plan del sistema médico de emergencias francés, destaca la procedencia del personal de auxilio, distinguiendo tres categorías:

Los de salvamento improvisado, los cuerpos de auxilio ya constituidos en el escalón y los esfuerzos extranjeros a la región y al país.

En el salvamento improvisado, los testigos de grupos heterogéneos (viajeros, parientes, amigos, etc.) guían sus acciones, dictadas esencialmente por el altruismo y una reacción emotiva primaria, conforman este salvamento primario, de igual forma a la población directa, proporciona ayuda útil a razón del conocimiento de las vías de comunicación, del conocimiento del lugar y del terreno, conocimiento de los modos de vida, presencia de líderes de estas poblaciones, al igual que juegan un rol importante en la organizaciones del trabajo en el terreno.

Los cuerpos de socorro constituidos, corresponden a los grupos de salvamento, cuerpos de bomberos, representación de la guardia civil, armada o ejército, estructuras sanitarias civiles, organizaciones de socorro no gubernamentales, asociaciones de socorro, tales como la Cruz Roja, médicos en desastres, equipos de socorristas y paramédicos

Junto a las descripciones anteriores, los sistemas médicos de emergencias han establecido un modelo de los médicos de desastres, el cual se establece a partir de centenar de características. Por una parte, una competencia en medicina de urgencias, que corresponde a un nivel de ejecución, criterios técnicos, participación al desempeño con las víctimas, custodia sanitaria, conocimiento básico, teórico y práctico que permitan asegurar una dirección de apoyo médico adaptable. Para ciertos tipos de catástrofes, los equipos médicos deben tener conocimientos especiales tales como: Toxicología, Radiología, Medicina legal, Psiquiatría e Higiene entre otras (Noto 1987).

También existen diferentes categorías dentro de la cadena de apoyo, para la participación médica, esta es: médico técnico científico, médico técnico y táctico, los primeros se encuentran en la zona delantera, quienes coordinan la columna de socorro en una selección primaria y de primeros auxilios; los segundos estipulan operaciones dentro del cerco. Los médicos que seleccionan, escoltan y sobre todo inician acciones clínicas y prácticas, son los más afectados del sistema, ya que deben controlar y asegurar la solicitud de acción, así como organizar la supervivencia de la víctima, deciden cuales son las prioridades de evacuación, participa en la escolta de las víctimas más graves; los médicos del programa de acciones en catástrofes son responsables del apoyo médico y del conocimiento de la organización de las tácticas y de la estrategia y la logística. Por último los médicos consejeros intervienen en cualquier eslabón de la cadena médica, a fin de ofrecer apoyo y asesoría para la toma de decisiones.

De igual forma pueden encontrarse médicos aislados, quienes pueden haber realizado la primera intervención, los cuales podrán ser incorporados a la cadena.

Por último, los médicos del P.M.A. (plan médico de acción) y del C.M.E. (centro médico de emergencias) son autoridad médica, técnica y son quienes vigilan el cuadro de apoyo y control, aseguran el acceso en hospitales de víctimas, organizan

la evacuación, rinden cuentas e informan de la intervención realizada, verifican y hacen verificar que los socorros sean bien prevenidos y provistos.

Los equipos de socorristas comprenden, a bomberos principalmente, asociaciones de protección civil, como la Cruz Roja, quienes realizan labores de desempeño y de relevo, entre ellos, se reparten el trabajo, según los diferentes equipos médicos y técnicas tales como: relevo, arrastre, desempeño, que se hagan en el lugar (terrestre, aéreas, marítimas, en montañas y excavaciones). Junto a esto se destacan, las técnicas de encamillado con todos los materiales actualmente disponibles, técnicas de instalación de víctimas, inmovilización general o parcial, técnicas de liberación de vías aéreas superiores, técnicas de curación de primeros auxilios, todas las técnicas de cambio de una víctima de medio de transporte terrestre, aéreo, ferroviario etc. Así también, las principales generalidades de transmisiones, por radio, utilización de mapas, principales generalidades de manipulación y almacenamiento de cadáveres bajo el doble ángulo de higiene y medicina legal (Nota 1987).

Los socorristas aparecen perfectamente bien definidos en el cuadro de la medicina de urgencias cotidianas o bien de catástrofes, ellos trabajan en un lugar, junto a la víctima, antes del médico para asegurar las maniobras de sobrevida, mientras se hace una medicina más elaborada al lado del médico para asegurar eventualmente la sobrevivencia y sobre todo el traslado a centros hospitalarios.

Cada miembro de la estructura de apoyo, debe asegurar la toma de acción, obedecer o comandar, se subordina y se enlaza sin dificultad a una estructura existente, interviene en esfuerzos o relevo sin riesgo de interrupción de la cadena de apoyo, se integra en un destacamento o en una columna de apoyo sanitario, asegura las responsabilidades diversas de un equipo, en un sector, de una zona, etc. Deberá mostrar una aptitud en el trabajo de equipo, un entrenamiento físico compatible con las exigencias de las acciones a realizar, al igual que condiciones psicológicas y morales indispensables. Será necesario contar con una disponibilidad, en caso de que las acciones se prolonguen, o bien sean requeridos los relevos (Nota 1987).

Hasta aquí hemos descrito algunos de los elementos, mas sobresalientes del sistema médico de emergencias en Francia; ahora abordemos las características del los Estados Unidos de América, de quienes, los sistemas médicos en México reciben una gran influencia.

EL MODELO NORTE AMERICANO DEL SISTEMA MEDICO DE URGENCIAS.

Para los años sesentas, se dio inicio la implementación de sistemas de servicios médicos de emergencias, los cuales se especializaron en áreas de Cardiología y Traumatología. Inicialmente los esfuerzos durante este periodo, fueron hechos por suministros prehospituarios, sin un sistema médico de emergencias *per se*. La era moderna de estos sistemas se inició en 1966 por el documento semanal, "Accidentes de salud e incapacidad, la falta de profesionales de la sociedad moderna" preparado por la academia de Ciencias y el Consejo de Investigación Nacional (Burkle 1994).

Este documento presentó algunos defectos, manifiestos durante aquel tiempo y destacó:

- 1) Una diversidad de normas en el diseño de equipo para enfermos.
- 2) No se aceptó una generalidad de normas para la atención en ambulancias y
- 3) Una ineficiente comunicación entre la ambulancia en servicio y el departamento de emergencias de la Unidad Hospitalaria.

Este reporte, en aquel tiempo abogó por un cambio dentro de la medicina de emergencias tradicional y llamó a la organización.

Para vencer la percepción del problema, la primera acción de la Federación fue nivelar y estandarizar acciones e instrumentos, a través de un escrito de ley, el cual recomendaba:

- 1) Implementación regional.
 - 2) Normas prácticas
 - 3) Consolidación federal.
 - 4) 15 componentes esenciales.
 - 5) Responsabilidad gubernamental en la línea federal.
- Estos son los principios fundamentales en el desarrollo de los sistemas de servicios médicos de emergencias (S.S.M.E) en todo el país.

Hagamos un breve paréntesis y describamos los quince componentes del sistema médico de emergencias del modelo norteamericano (Burkle 1994).

1.- *Personal* esta constituido por la primera respuesta en la que intervienen bomberos, policías y otros elementos de seguridad pública; la distribución de los servicios médicos de emergencias, constituida por técnicos en urgencias médicas-básicas, paramédicos, enfermeras registradas y la unidad de cuidados intensivos y médicos.

2.- *Entrenamiento*, un total de programas institucionales a través de lecturas, experiencia clínica, talleres, etc.

3.- *Medios de comunicación*, este esta constituido por un centro de comunicación con el equipo necesario, con un acceso a través de la línea telefónica con el numero 9-1-1.

4.- *Medios de transportación* esta constituido por equipo de ambulancias, helicópteros, unidades móviles para nieve, botes de rescate, aviones de seguridad y lanzamiento.

5.- *Centro de control*, administración y distribución de los servicios médicos de emergencias.

6.- *Unidades de emergencia* unidades de cuidados intensivos, generales y especializados.

7.- *Agencia de seguridad pública*, constituido por policías, por el departamento de bomberos, personal de rescate especializado, salvavidas, guardabosques, con equipo especializado.

8.- *Participación civil*, asesores locales y consejeros de grupo.

9.- *Traslado de pacientes*, se efectúa a través de cuidados y seguimiento médico, siguiendo un tratamiento prehospitalario de selección.

10.- *Coordinación de reportes y cargos*, en el medio a través del cual asigna los servicios médicos de ambulancias, departamento de emergencias, hospital y reporte de cuidados intensivos.

11.- *Educación e información pública*, acceso a la información local de los servicios médicos de emergencias, entrenamiento a personas en reanimación cardio pulmonar. (R.C.P).

12.- *Revisión y evaluación*, esto constituye el análisis de los recursos, capacidad ejecución y resultados de los servicios médicos de urgencias.

13.- *Acceso a la atención*, caracterización de prioridades en la atención.

14.- *Situaciones de desastres*, Planes para la ejecución de respuestas en desastres naturales o emergencias nacionales.

15.- *Ayuda mutua*, agrupamiento de servicios de enlace, permitidos, entre sistemas regionales de servicios médicos vecinos que colaboran en conjunto si la emergencia lo amerita (Burkley 1994).

Con la descentralización gubernamental el desarrollo de los S.S.M.E. no fué implementado directamente bajo la administración del gobierno federal, por lo cual los sistemas de operación concernientes han sido muy distintos, y considerablemente autónomos. La ideología básica de los Estados Unidos de América sobre los sistemas de cuidados sobre la salud, frecuentemente se resume en que son, "pluralistas". Los servicios de salud son financiados y asistidos directamente por numerosos planes sociales, tanto públicos como privados; el suministro de servicios de salud esta dentro del libre mercado es regulado por competición, sin embargo la intervención gubernamental provee y participa como "una tercera persona", asegurando a los débiles de este esquema económico: para el año de 1979 el gobierno federal asignó un total de 215 millones de dólares, para el establecimiento de un sistema de servicios médicos de emergencias a nivel nacional, así para el actual desarrollo del sistema de salud es asignado un total del 11.2% de producto nacional en un periodo anual.

LO QUE SE HACE HOY EN MEXICO.

Hemos hablado brevemente de dos modelos de sistemas médicos de emergencias, en ambos existen diferencias importantes que distinguir, como lo es la participación de médicos en el modelo francés, los recursos privados con los que cuenta el modelo Norte Americano, que sin duda significan elementos que apoyan y facilitan las labores dentro del sistema médico de emergencias.

El ámbito en el que se desarrollan las labores de un sistema médico de emergencias, en México representa sin duda un problema amplio y de carácter político, social, y económico, pero con graves efectos psicológicos que ha llevado a la atención prehospitalaria a niveles tan altos de desequilibrio, por ello no es razonable que 460 personas, de los cuales el 65% es personal voluntario, miembros

de la Cruz Roja Mexicana, desempeñen el 54% de las labores de atención prehospitalaria esto es: 27 millones de servicios en el año de 1996, (La Jornada 7 de Diciembre de 1996) en la Ciudad más poblada del mundo con 23 millones de habitantes, cuando dentro de las investigaciones de Erik De Soir (1995) maneja 629 cuerpos de bomberos (recordando que son ellos quienes desempeñan actividades de atención prehospitalaria), con un total de 26 000 miembros en el país de Bélgica.

Así la atención prehospitalaria en México es silvestre y carente de recursos, (sin duda un campo de intereses económicos que pueden poner en riesgo la verdadera necesidad que tiene el pueblo) las franquicias son un método de comercialización de los servicios de emergencias puestos en obra por E.U.A que al parecer se encuentran ya en la zona norte del país.

Análisis y reflexiones hechas por Juan Gerardo Reyes en el periodico Excélsior (28 de Julio de 1996) dan una imagen clara de lo que es el gran comercio de la medicina hospitalaria en México.

Es poco entonces lo que se puede decir sobre la A.P.H. en México; por una parte los recursos gubernamentales están constituidos dentro de: El escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas (E.R.U.M.) y Centros de Salubridad, con apoyo de Protección Civil dentro del Distrito Federal han iniciado esfuerzos por legislar estructuras confiables a largo plazo, por otra parte organismos no gubernamentales han implementando sistemas de emergencias médicas, como son el caso de algunas Universidades, y otro grupo ha mantenido la atención prehospitalaria en un carácter privado y comercial.

En otro nivel la Secretaria de la Defensa Nacional a través del Hospital Central Militar en coordinación con la National Association of Emergency medical Technicians (N.A.E.M.T.) ha implementado cursos de capacitación de apoyo vital prehospitalario, al igual que otras instituciones.

Por último la Cruz Roja Mexicana ha ejecutado acciones de atención y capacitación, cubriendo un gran porcentaje de los servicios a nivel nacional.

Uno de los pasos importantes, pero no por ello suficiente, durante los últimos dos años, ha sido la estipulación del proyecto de Norma Oficial Mexicana para la

prestación de servicios de atención médica en unidades móviles publicada el día tres de Octubre de 1994 a través del Diario Oficial de la Federación.

Haremos mención del equipo establecido, dentro del Diario Oficial, con dos finalidades:

Por una parte como un parámetro de recursos con los que cuenta un Técnico en Urgencias Médicas (T.U.M.), marco de referencia que permite analizar, con datos proporcionados anteriormente, las posibilidades de acción, que sin duda un equipo deficiente significa; elementos para la pérdida de control de situaciones determinadas, por otra parte el grado de responsabilidad que cae en cada sujeto de una escuadra determinada.

La norma oficial mexicana (1994) estableció que: El equipo médico básico necesario para las unidades móviles terrestres de urgencias, aéreas y de cuidados intensivos, está integrado por: estetoscopio biauricular, estetoscopio Pinard, Termómetros (rectal y oral), baumanómetro (adulto y pediátrico), collarín cervical semirrigido en varios tamaños (1,2,3) ambú pediátrico y para adulto, tanque de Oxígeno tamaño D con manómetro regulador, válvula de demanda, tanque fijo de Oxígeno con manómetro humidificador, equipo esterilizado para la atención de parto, tabla camilla, gancho portasuero, equipo de aspiración fijo y portátil, férulas rígidas o neumáticas y jeringas asépticas.

En el caso de las unidades móviles de cuidados intensivos se agrega: respirador automático, monitor cardíaco para trazo de ECG, oxímetro de pulso, desfibrilador portátil, equipo de cirugía menor, incubadoras de transporte y equipo para canalización.

Los insumos móviles terrestres de atención médica de urgencias será:

Equipo desechable para venoclisis, tiras reactivas para determinaciones de glucosa en sangre, catéteres cortos para aplicación percutánea y gases estériles, jeringas hipodérmicas, torundersos, jabón quirúrgico, bensaí y isodine, vendas elásticas, tela adhesiva, sonda de Nélaton, Foley y Levin, puntas nasales para Oxígeno, ligaduras cánulas endotraqueales con globo y rasuradoras de rastrillo. (Diario Oficial de la Federación e de Octubre de 1994).

Dentro de esta norma, existen aún deficiencias por ejemplo, no menciona el equipo empleado para situaciones de trauma, el equipo de seguridad que proporciona servicios en unidades móviles no fue estipulado en su totalidad, al igual que otros puntos fundamentales como lo es el seguro de vida para los miembros que pertenecen a un sistema médico de emergencias o un seguro que cubra los gastos generados por los efectos psicológicos que pueda tener la intervención en situaciones de desastres. Así mismo no se conformo un aparato en respuesta a los problemas de tipo legislativo que existen en la atención prehospitalaria.

Uno de los puntos fundamentales para nuestra investigación, son las características con que debe contar cualquier miembro del personal a bordo de las unidades móviles.

El perfil (que no describe ningún rasgo psicológico) de cada uno de estos miembros estipulados por la Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios en emergencias médicas (Diario Oficial de la Federación 3 de Oct. 1994) es el siguiente:

El operador del vehículo de emergencias deberá tener escolaridad mínima de secundaria terminada, licencia de manejo estatal vigente para vehículos de emergencia no particular y licencia federal expedida por la Secretaría de Comunicaciones y Transportes, así mismo acreditación y vigencia de certificación como técnico en urgencias médicas, nivel básico, expedida por una institución legalmente autorizada, conocimientos básicos de atención prehospitalaria, protección civil, materiales peligrosos, sistema de comando en incidentes, Triage (zona de distribución a pacientes según la prioridad de este) e interacción con helicópteros.

En el caso de los Técnicos en Urgencias Médicas deberán tener como mínimo escolaridad secundaria terminada y vigencia de certificación como T.U.M. en cualquiera de sus niveles, expedida por una institución legalmente autorizada como mínimo y bajo criterios de la institución que lo contrate, sus conocimientos abarcarán lo siguiente: soporte básico de vida, atención médica prehospitalaria, nomenclatura de áreas conurbadas de hospitales y especialización operacional del radio transmisor y sus claves, manejo y dominio vías de suministro de medicamentos supervisados por el médico, dominio de inmovilización de pacientes, levantamiento arrastre y traslado, conocimiento básico en protección civil, materiales peligrosos, triage, herramientas y equipo de rescate, relaciones humanas, conocimiento, manejo de las técnicas de trabajo vertical, manejo y administración de albergues puestos de socorro, interacción con helicópteros.

En el caso de los médicos, cada uno deberá comprobar su licenciatura terminada, curso de A.T.L.S. (Advanced Trauma Life Support) y sus conocimientos abarcan lo siguiente: radio comunicación, levantamiento, arrastres y traslados, dominio de las técnicas de inmovilización de lesiones, conocimiento de protección civil, manejo de materiales peligrosos, Triage, sistema de comando en incidentes, manejo de las técnicas de trabajo vertical, manejo y administración de albergues puestos de socorro, interacción con helicópteros y manejo médico legal.

Dentro de los criterios de esta norma, no se estipula que los médicos cubran una especialización en el campo de los desastres. Así mismo se pasa por alto todo aspecto psicológico tanto para la admisión de cualquier aspirante a un sistema médico de emergencias, como para la implementación de programas de atención.

Actualmente según datos proporcionados por la Segunda Dirección Médica del hospital de la Cruz Roja (sin datos documentados) el 90% de los servicios de emergencia médica son cubiertos por: Cruz Roja Mexicana en un 54% y en un 36% por el Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas (E.R.U.M.) EL 10% restante, por el resto de los equipos de emergencias médicas de carácter privado.

Continuando con esta información proporcionada por la Segunda Dirección Médica del hospital de la Cruz Roja, (entrevista directa con el personal encargado) indica que los últimos reportes del mecanismo de lesión con mayor porcentaje de incidencia, ha sido el traumatismo con el 35% y por accidente automovilístico en 30% enfatizando que los últimos 18 meses, los casos por violencia se han incrementado.

Por otra parte actualmente la Cruz Roja Mexicana cuenta dentro del área de Atención Prehospitalaria con el siguiente equipo humano: 160 Técnicos en Urgencias Médicas, los cuales cuentan con una remuneración económica, y 300 Técnicos en Urgencias Médicas voluntarios.

Su equipo Técnico consta de: 60 ambulancias, de las cuales 59 son tipo II y una tipo I de estas, 30 se encuentran equipadas bajo la Norma Oficial de la Federación Mexicana, 5 de terapia intensiva, 3 de rescate urbano diseñada en México, y 6 trailers.

Para el caso de desastres la Cruz Roja Mexicana ha constituido un Manual Normativo y Operativo de socorro, serie 3000, aprobada en 1990 que entro en vigor el día 8 de Mayo de 1991.

Por otra parte, algunas Universidades han iniciado operaciones en situaciones de desastre, algunas de estas Universidades han implementado sistemas médicos de emergencias, cubriendo sus propios campus universitarios, este es el caso de la Universidad Nacional Autónoma de México, quien apartir del año de 1991 cuenta con programas de capacitación e implementación de sistemas de comando en incidentes.

Hasta ahora hemos venido describiendo cuales son los diferentes medios y métodos, en el contexto de los servicios de emergencias, los posibles entornos ha los que habran de hacer frente los miembros de un sistema médico de emergencias, los recursos con los que cuenta, la estructura de organización de cada sistema, etc. En los siguientes temas abordaremos: El contexto psicológico en el que se ven envueltos los técnicos en urgencias médicas durante la cobertura de servicios, los avances que ha tenido la Psicología, el inicio de esta en el campo de las catástrofes, y las investigaciones que se han realizado con personal que realiza las mismas labores o actividades de intervención.

PSICOLOGIA DE LAS CATASTROFES.

En el continente Europeo, la Psicología del desastre o de las catástrofes, es una de las ciencias de desarrollo e interés, en la evolución del conocimiento y las técnicas relacionadas con el riesgo o el peligro, así como las manifestaciones y efectos de los desastres tanto en el entorno geográfico como en víctimas sean estas población en general, como quienes participan en labores de rescate.

En el año de 1987, los doctores Noto, Huguenard y Lacar, desarrollaron, una rama de la medicina enfocada a víctimas de las catástrofes. Una segunda corriente surgió durante Diciembre del mismo año como resultado de un Coloquio realizado por la UNESCO en la ciudad de París, Francia que encaminó la generación de la fundación denominada Cindynica o ciencia del peligro (Cindus-peligro) que inicia sus labores en el año de 1990; esta formada por un grupo de especialistas, en ciencias relacionadas y afines para realizar acciones en situaciones de riesgo, como lo son la física, la Geografía entre otras, esta ciencia se ha regido por los siguientes principios:

Principio de realidad: la medida de riesgo para un actor es relativa a la posición de este actor en un sistema, a sus límites de espacio y tiempo que se deberán tomar en cuenta al momento de hacer la medición.

Principio de Convencionalidad, la medida de riesgo depende del acuerdo entre los actores principales.

Principio de Teleología, el riesgo está en relación de la explicación de los elementos lacerantes.

Principio de Ambigüedad, las medidas de riesgo están sujetas a ambigüedades esto es en sus datos, en sus modelos, en sus elementos de peligro, entre las reglas de juego de sus actores, entre los sistemas de valores de estos mismos.

Principio de retroexperiencias, El retorno a experiencias pasadas reduce la ambigüedad.

Principio de crisis, la crisis destruye los sistemas, pero durante el proceso de esta, se reconstruye elementos importantes.

Principio Ago-antagonista, toda acción humana consta de dos partes: aquellas que reducen factores de riesgo y otra que genera factores de riesgo (Vesseron 1994).

Estos son algunos de los ejemplos de los departamentos con los que cuenta actualmente Cindynica y de las actividades que realiza:

- Un departamento de acción sanitaria.
- Un departamento de información.
- Medios urbanos dentro de la fundación de Cindynica.
- Crear dos espacios, dentro de un hiperespacio del riesgo en relación a principios y ética
- Conducir y elaborar una Psicología y una sociología en Cindynica.
- Continuar con programas y estudios en relación a la seguridad, higiene, ecología, urbanismo, etc. (Vesseron 1994).

Durante la jornada mundial de la salud, en Abril de 1993 Cindynica elaboró el programa CHANCE (Cindynic Health Action Network for Communities en Europe).

La evolución que ha tenido la psicología de las catástrofes en Francia en estos diez últimos años, a crecido y ha mantenido enfoques acerca de las víctimas de eventos traumáticos como lo son: guerras, actos de terrorismo, efectos de los diferentes tipos de desastres, etc.

LA LABOR DEL PSICOLOGO EN UN S.M.E.

Las labores del psicólogo, tanto en la población civil como dentro de un Sistema médico de emergencias estará regido dentro de una catástrofe, por dos factores: El tipo de desastre y el tipo de víctimas a las que habrá que dar atención.

El tipo de víctimas pueden ser:

Víctimas directas o aquellas que presentan consecuencias, materiales y humanas mayores, debido a la aproximación del evento.

Víctimas colaterales. De naturaleza variable según el tipo de implicación al que hagan frente.

- 1.- Implicaciones de orden material, esto es cuando se ha cortado o destruido parcial o totalmente, bienes mobiliarios o inmuebles, en casos como movimientos terrestres, explosiones, huracanes, inundaciones.
- 2.- Implicaciones de orden afectivo. Ella se hace en pedañeros diversos: desaparición, muerte, heridas en parientes directos, amigos o vecinos.
- 3.- implicación de orden mixto. Esta es tanto material como afectiva, de forma simultánea tanto en bienes materiales como en familiares.

Dentro de situaciones de desastre, el Psicólogo podrá hacer una intervención directa en coordinación con los diferentes equipos de atención en emergencias, en lugares como hospitales, albergues, medios de información o bien en los Centros de apoyo psicológico directo o por vía telefónica, para la población civil.

Ahora bien, los sistemas de intervención en situaciones de desastre, deberán estar atendidos por equipos especializados en psicología del desastre permanentes y vinculados al sistema de emergencias sean estos equipos de bomberos, Técnicos en Urgencias Médicas, búsqueda y rescate, médicos, cuerpos militares etc. Para establecer tres facetas importantes en la atención psicológica:

- Conocer los rasgos más vulnerables de los equipos de intervención.
- Poder dar cauce y explicación a las manifestaciones sintomáticas.
- Crear recursos para la selección de nuevo personal.

Cuando se ha constituido un equipo Psicológico, podrá establecer secciones a través de las cuales se permita:

Comprensión esto es sentir a los otros miembros del sistema, sentirse ellos mismos, y crear una conscientización.

Evaluación Durante esta evaluación se trata de mantener un análisis de lo que se realizó y de lo que se sintió durante el servicio (evitando la búsqueda de culpables y el uso de la palabra víctima) creando un medio a través del cual se permita el conocimiento de los miembros, así como estados de catarsis, que lleven a la reflexión y a la elección de estrategias sobre lo que hará posteriormente.

Decisión medidas de implementación para salir adelante, tanto en forma individual como grupal.

Responsabilidad La obligación a responder a ciertos actos tanto profesional, como miembro de un S.M.E. y dentro de un núcleo familiar, de forma que se otorgue una garantía, respeto y un estado solidario.

Por último podemos decir que el equipo de Psicología de los desastres mantendrá constantes investigaciones sobre neurosis traumática, desorden de estrés postraumático, percepción al riesgo etc. Dentro de los miembros de los S.M.E. estableciendo análisis en periodos de tiempo prolongado mayores a un año, entre otras investigaciones.

ESTRES.

UNO DE LOS FACTORES DE MAYOR INFLUENCIA EN LAS LABORES DE RESCATE.

Durante el siglo XIV, fue utilizado el término de estrés para expresar dureza, tensión adversidad o aflicción; pero a fines del siglo XVIII, se empleaba la palabra en el contexto de la física, sistematizado en concepto en la siguiente forma: la palabra "load", fue definida como la fuerza externa "estrés", hacía referencia a la fuerza generada por el interior del cuerpo, como consecuencia de la acción de una fuerza externa (load) y "strain" era la deformación o distorsión sufrida por el objeto (Lazarus 1991).

Para la psicología, la palabra estrés, ha sido vinculada con el termino de ansiedad, posteriormente fué empleada como alarma entendida como activación nervioso-cortical y como respuesta endocrina a través de las endorfinas. Por otra parte se trata el término puramente psiquico, como resultado de la experiencia, estímulos cargados de valor simbólico, que generan respuestas fisiológicas. Mientras que para

el psicoanálisis, estas tensiones existen en el sujeto como derivados de su historia y se actualizan en cada acto o en cada interacción, como resultado de su pasado, entrando en juego los mecanismos de defensa.

Si bien Freud, dió un papel central a la ansiedad (estrechamente relacionada con el vocablo estrés) se refirió a esta patología, el bloqueo o retraso de la descarga instintiva o en la graficación, traduciéndose posteriormente en una sintomatología determinada, que vendría a cobrar importancia en el estrés postraumático (Freud 1967).

Para la teoría del aprendizaje, que cobró importancia durante los años cuarenta y cincuenta en los Estados Unidos, la ansiedad fué considerada como una clásica respuesta condicionada, que llevaba a la reducción de la ansiedad a través de la aparición de ámbitos inútiles (Lazarus 1991).

Durante las últimas décadas las investigaciones en Fisiología, Psicología y Psiquiatría de todas las naciones se han inclinado sobre el problema del estrés, por una parte en prevenir y evaluar la capacidad de la toma de decisiones y de acciones en situaciones graves y de urgencia, por otra parte en prevenir y reducir las reacciones de estrés extremas, incapacitantes y patológicas, a causa de desorganización, desastres o daño en combate.

Dentro de las investigaciones realizadas en Medicina General, consulta en psicología, Sociología y la Secretaría de la Defensa Nacional en Francia por el Dr. Luis Crocq (1989) publicadas en su artículo "El estrés de guerra, impacto sobre las decisiones en los combatientes y la población" se plantea un amplio análisis psicológico de los efectos por estrés.

Siguiendo los planteamientos del Dr. Crocq, estipula que: las situaciones de tensión, de amenaza, de peligro inminente o de agresión que son propios del clima de guerra, conforman entre los combatientes, la población y sus dirigentes, toda una gama de reacciones de estrés, movilizantes, adaptativas, arcaicas, totalmente inadaptadas, a las que el Dr. llama siderales refiriéndose a aquellas que están fuera de la realidad (Crocq, 1989).

El Dr. Crocq conforma un examen de las vertientes psicológicas, en tres dominios: perceptivo-intelectual, afectivo y de volición (acto por el cual la voluntad se determina a alguna cosa).

El sujeto estresado, pone automáticamente e inmediatamente su sistema perceptivo-cognitivo en alerta es decir, que todos sus pensamientos y actividades intelectuales en curso, son bruscamente suspendidas, son quitadas de su mente, en provecho de la recepción perceptiva exclusiva del entorno, de la identificación de sus signos de su evolución y de su integración en la estimulación global de la situación, de su significado y de sus consecuencias potenciales. al mismo tiempo la reflexión (de

inventario) y evaluación de los medios disponibles para hacer frente a la amenaza y la memorización recapitulada de los esquemas de respuestas involucrados y el aprendizaje obtenido en el pasado. Así no solamente la percepción y la atención, sino las facultades de evaluación, de memorización, de juicio y de razonamiento son ellas movilizadas y exacerbadas, en la urgencia de la situación (Crocq 1989).

En el plano emocional y afectivo, el sujeto estresado se encuentra en una situación ambivalente, por una parte es arrancado de un estado suelto, relajado que mantiene en equilibrio con su ambiente pacífico. En su lugar se impone un estado de angustia, generadora de inquietud, también de un estado de perturbación emocional intensa. Este estado es útil, como ya lo ha remarcado Freud, la ansiedad anticipada protege contra la sorpresa y sus efectos y toda esta tensión emocional o función de alarma, estimulan a todo el organismo y le incitan a dejar la inacción, la inercia. Pero a la inversa, el puede también, en su urgencia "hacer perder sus medios", el sujeto se inmoviliza y se envuelve emocionalmente, en la posibilidad de incapacitación y desorganización y el sujeto queda atormentado por los efectos fisiológicos de la emoción, hasta que se presenta un comportamiento de descarga (crisis de lágrimas, crisis de excitación emocional, exceso de colera, exceso de temblores, hasta la pérdida de orina). Después de este estado catártico es seguido de una sensación ambigua de agotamiento físico mezclada de alivio y consuelo físico (Crocq 1989).

Pero algunas ocasiones el sujeto es paralizado por el miedo, con un estado estupefacto (en el plan cognitivo) estuporoso (en el plan afectivo) y fuera de la realidad (en el plano de voluntad).

Al anticiparse la descripción de los efectos de estrés y al iniciarse la movilización cognitiva, el estrés produce un despertar de la voluntad, la iniciación a la primera iniciativa y un impulso a actuar y en todo estado de causa en salir de la irresolución, de la espera de la inmovilización y de la pasividad.

Los efectos del estrés después de ser el resultado de la primera decisión rápida y adaptable, elaborada y escogida en función de un conocimiento y una evaluación objetiva de la situación, pone en obra lo más pronto, bajo el golpe de alerta emocional, nuevas acciones elaboradas en función de una nueva evaluación de incidentes o de circunstancias.

Algunas veces, sin embargo, el desorden emocional producido por el estrés es tan poderoso que obstaculizan más o menos la lucidez que limita las capacidades de control emocional y que apoya la voluntad y la disposición a la acción; en estos casos el estrés puede dar lugar a respuestas imperfectas, insuficientes o lentas en su elaboración, ejecutadas en un halo emocional patológico consciente y alterando las fases de vigilia y de peligro, generando indecisión, duda y movimiento lento, o al contrario se inicia una precipitación creando confusión (Crocq 1989).

El estrés extremo, puede ocasionar un estado patológico fuera de la realidad (sideral) o totalmente desorganizante, produciendo las respuestas arcaicas vitales que están fuera de nuestra herencia filogenética más inadaptada a la actual situación de guerra del siglo XX. Esto es:

La inmovilización estuporosa reproduce la reflexión de inmovilización de la víctima, que se confunde con el paisaje para escapar de la vista de su depredador.

La agitación incoordinada reproduce la demostración gesticular destinada a disuadir al adversario.

El pánico solitario o colectivo es la movilización total de la multitud de un solo arranque de sus depredadores, para ponerse fuera de quien lleve la horda de ataque (Crocq 1989).

Por otra parte el Dr. Crocq presenta las características de tres tipos de estrés:

El estrés adaptable aquel que presenta como características temporal un periodo esencialmente efímero y sin secuelas, ellas duran raramente más de algunos minutos o algunas horas y son seguidos de una recuperación satisfactoria casi inmediata

El estrés mal adaptado o inadaptado es seguido generalmente de un despertar a la conciencia y a la autocrítica, fuera de la decisión y la acción útiles.

Las reacciones emocionales tardías de estrés diferido es liberador de tensión e inductor de un estado físico que recupere sus planos de capacidad.

El estrés extremo produce un cuadro clínico de confusión mental con agotamiento extremo, desorientación temporal espacial, torpeza intelectual y alucinación o pesadillas durante la vigilia a ello se le dio el termino de "hipnosis de batalla" la duración de este estrés es en periodos de varios días o semanas del mismo, en función a la vulnerabilidad (Crocq 1989).

El abordaje descrito anteriormente tiene una noción cuantitativa de la resistencia al estrés, sin embargo desde una postura cualitativa, el Dr. Crocq describe que la predisposición mórbida al responder inadecuadamente en tal o cual tipo de agresión fue estimada antiguamente y hasta la fecha, que era el resultado de las peripecias del desarrollo afectivo de la infancia, de la sedimentación de las experiencias agradables y desagradables de la existencia con su comitiva de estrés reiterado; tal demora inmadura, dependiente e irresponsable, llevan a inclinaciones de aprehensión, ansiedad, el pánico y la huida y semejantes a otros como el capricho; esta posición por las intervenciones médicas que fueron necesarias en estos sujetos, por la disposición para romper lo que rodeaba y permitir la adaptación social precaria del sujeto.

La experiencia de psiquiatras militares, muestran que la ansiedad, las fobias, la histeria y las obsesiones junto con las neurosis no surgen de la resistencias a los

combates, sino que estos impulsan su inestabilidad, deshaciendo su asociación e incontrolando su agresividad. El Dr. Crocq retoma al Psicoanalista Fenichel quien hace un buen resumen de esto, al postular que el sujeto sano y dispuesto va a responder a la agresión del combate en los casos de estrés adaptado y efímero, de forma conveniente y cuando el sujeto este agotado y desmoralizado, él va a responder al estrés en exceso hasta la constitución de una neurosis traumática. Mientras que un sujeto con antiguos males, o neurótico, toda la energía psicológica de sí mismo será acaparada para la salvada de su equilibrio mental y este sujeto no dispone luego de ninguna reserva y es descompensado a la menor agresión respondiendo con actitudes arcaicas, desembocando en estado mórbido, grave y crónico. (Crocq 1989).

La Armada de Francia ha contabilizado durante los últimos años las pérdidas por efectos psicológicos entre combatientes de diferentes cuerpos militares, destacando que las pérdidas durante la guerra de Argelia (1954 -1962) llegó a un total de 9 000 hombres.

Una de las teorías que ha citado frecuentemente dentro de los contextos no solo militares, sino de situaciones de desastres en su carácter psicológico, ha sido los procesos de evaluación cognitiva a que da lugar cada situación, planteada por Lazarus en 1991, que destaca dos formas de evaluación cognitiva:

a) La evaluación *primaria* en la que se distinguen tres clases: la irrelevante (cuando el encuentro con el entorno no conlleva implicaciones para el individuo tales como el valor, necesidad o compromiso, no se pierde ni se gana nada) la benigno-positiva (tiene lugar si las consecuencias del encuentro se valoran como positivas, si preservan o logran el bienestar y la estresante (son aquellas que significan daño, pérdida, amenaza o desafío).

B) La evaluación *secundaria*, dependerá de lo que se haga, de lo que pueda hacerse y de lo que esta en juego; sin embargo existen factores que determinan la evaluación. Por una parte se encuentran los compromisos que pueden acercarse a alejar al individuo de la situación que pueda amenazarlo o desafiarle respectivamente, mientras que otros factores surgen desde la novedad de la situación, la predictibilidad y la incertidumbre, junto a los factores que se refieren al tiempo, la inminencia, la duración e incertidumbre temporal y un análisis por ambigüedad y la cronología de los acontecimientos estresantes respecto al ciclo de la vida.

Ante esto, Lazarus define en la teoría, del afrontamiento al estrés, dos modelos: *Uno dirigido a la emoción*, que corresponde a los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional que incluye estrategias tales como: evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos, realizar ejercicio físico, meditar, tomar

alcohol, desahogar el mal humor, buscar apoyo emocional; sin que este cambio de significado de la situación signifique salir de la realidad.

Otro es *dirigido al problema*, que pueden ser referentes al entorno: modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos.

Por último Lazarus estipula que la efectividad del afrontamiento al estrés depende de la forma de evaluar el problema, de que estas dos formas o modelos de afrontamiento se complementen; esto es, que una persona que domine el problema de forma efectiva, pero a un gran costo emocional no puede decir que afronte el problema con eficacia; el afrontamiento eficaz, incluye el dominio de estos sentimientos, sin que esto signifique que surjan sentimientos positivos, sino que los negativos llegaran a ser dominados (Lazarus 1991).

Los párrafos anteriores, han proporcionado algunos de los resultados de investigaciones hechas sobre el proceso a través del cual un estímulo, genera diferentes estados de estrés, entre poblaciones con actividades de alto riesgo.

En el caso de los sistemas médicos de emergencias, existe un ejemplo muy claro para percibir, el proceso que genera estrés.

En la llamada "hora dorada" considerada en la atención prehospitalaria como vital para la sobrevida de una víctima, dentro de la cual los diez primeros minutos para la sobrevida de un paciente prioridad uno, código omega o en paro cardio respiratorio puede significar muerte cerebral, estaríamos hablando de un rasgo de entre 30 seg. A un minuto para evaluar e iniciar las primeras maniobras de apoyo médico, este rasgo de tiempo fue considerado por Folkins, retomado por Lazarus

(1991) como tiempo suficiente para comprender el significado de la amenaza, pero no para desarrollar estrategias de afrontamiento; entre los 3 y 5 minutos para evaluar la situación, los sujetos mostraban y podían desarrollar más fácilmente respuestas de afrontamiento y por lo tanto experimentar menos estrés.

En las paginas anteriores, describimos las investigaciones realizadas sobre el tema de estrés, vinculadas a equipos militares, que son parte de los sistemas en los que recaen, los efectos con mayores niveles de desorden postraumático, en base a investigaciones dentro de estos equipos y a resultados de otros estudios el Manual Diagnostico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-IV (1995) marca los siguientes criterios para el diagnóstico de trastornos por estrés postraumático:

Inicialmente la persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático, el cual es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

- a) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
- b) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.
- c) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo.

- d) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- e) Respuesta fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

La evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo, con los siguientes síntomas.

- a) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
- b) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- c) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- d) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
- e) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
- f) Restricción de la vida afectiva.
- g) Sensación de un futuro desolador.

Síntomas persistentes de aumento de la activación (ausentes antes del trauma):

- a) Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
- b) Irritabilidad o ataques de ira.
- c) Dificultades para concentrarse.
- d) Hipervigilancia.
- e) Respuesta exagerada de sobresalto.

Estas alteraciones se prolongan más de 1 mes, con deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad del individuo.

En párrafos anteriores se establece que los acontecimientos traumáticos son reexperimentados. Lebigot (1991) a este respecto fórmula una observación subrayando que este traumatismo es siempre actual que esta en cada pesadilla, presente y activo.

Por otra parte Lebigot (1991) hace un análisis de la depresión postraumática y describe: que el estado crónico de estrés, del que el sujeto no puede estar siempre consciente, puede conducir a estados depresivos, como por ejemplo, el descrito bajo el nombre de "depresión por agotamiento", la depresión aparece entonces como enfermedad de la adaptación.

Ahora bien, los efectos de eventos traumáticos como se muestran en las investigaciones realizadas por Erik De Soir en 1995 destacan en sus conclusiones, que son los mismos integrantes del sistema de urgencias, los primeros que pueden tener contacto para la implementación de apoyo psicológico, no solo con los sujetos lesionados o con los familiares de estos sino con los mismos compañeros de equipo, por ello abordemos brevemente algunos datos sobre la intervención en crisis.

Desde la simbología china, el vocablo crisis ha sido un indicativo de peligro y oportunidad, momento en el cual toda actitud lleva a un cambio ya sea saludable o patológico, ello dependerá de la severidad del suceso, los recursos personales y sociales presentes durante el evento traumático.

La ley de Hansel ha dado una idea específica de la eficacia durante la intervención inmediata, especificando que la proximidad en lugar y tiempo del suceso generan las oportunidades de comprensión y crecimiento junto con la dominación de la situación; evitando con ello que los patrones disfuncionales se consoliden dentro del pensamiento y la vida de los sujetos.

Para la eficacia de procedimientos específicos, se ha tratado de dar una clasificación en base a la etiología de la crisis, dándole la nomenclatura de: Crisis catastrófica, es originada por cualquier desastre, de forma inesperada, su principal característica es que afecta por varios días y semanas, existiendo una incapacidad para enfrentar el evento y un deterioro de gran duración, la crisis circunstancial es generada por un suceso presipitante, tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o etapa del desarrollo (ataque físico, muerte de un familiar etc. Por último la crisis de desarrollo se relaciona con el traslado desde una etapa del crecimiento a otra, desde la infancia hasta la senectud. Dando un periodo aproximado de seis semanas para la recuperación del equilibrio después del suceso

Slaikeu (1988) ha generado un modelo para la intervención en crisis que postula:

Intervención de primer orden la cual solo tomará la primer sesión proporcionando principalmente, apoyo, reducción de la mortalidad y la creación de vínculos entre la persona en crisis y otros recursos de ayuda.

Dentro de esta intervención se distinguen cinco componentes principales:

1.- Hacer sentir al sujeto escuchando, comprendiendo, aceptando y apoyando, reduciendo la intensidad de angustia y creando capacidad para la solución de problemas.

2.- Examinar necesidades inmediatas y posteriores.

3.- Identificar una o mas soluciones a necesidades inmediatas, ayudando a tomar una acción concreta

4.- Implementar soluciones.

5.- Establecer un seguimiento

Intervención en segundo orden Este segundo acercamiento es el inicio de un proceso terapéutico a corto plazo que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y dirige mejor la resolución de la crisis.

Antes de esta intervención Slaikeu (1988) propone la valoración de los sistemas de la personalidad CASIC que se convierte en el centro de la terapia en crisis, destacando las modalidades Conductuales, Afectivas, Somáticas, Interpersonales y Cognitivas.

Dentro de la modalidad conductual se valoran los patrones de trabajo, ejercicio, dieta, conducta sexual, hábitos de sueño, uso de drogas o tabaco, métodos de afrontamiento acostumbrados con estrés.

Para la modalidad afectiva se demarcan los sentimientos sobre cuales quiera de las conductas mencionadas, de sentimientos como ansiedad, cólera, alegría, depresión, afectos apropiados a las circunstancias de la vida, los sentimientos se expresan o se ocultan.

En la modalidad somática se determina el funcionamiento físico general, esto es la presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y cualquier otra afección somática.

La modalidad interpersonal valora la naturaleza de las relaciones con la familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, fuerzas interpersonales y dificultades, cantidad y frecuencia del contacto con los amigos y conocidos, papel asumido durante estas relaciones (pasivo, independiente, líder, co-igual), estilo en la resolución del conflicto (asertivo, agresivo, introvertido), modo interpersonal básico (compatible, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente).

Por último la modalidad cognitiva valora los sueños actuales de día y de noche, imágenes mentales del pasado o futuro, autoimagen, propósitos de la vida y razones de su validez, creencias religiosas, filosóficas de la vida, presencia de cualquiera de los siguientes: delirios, alucinaciones, diálogo interno irracional, racionalizaciones, ideaciones paranoides, actitud general.

Posteriormente a la valoración Slaikeu (1988) describe cuatro tareas de la resolución de crisis las cuales son:

- 1.- *Supervivencia física*: Preservar la vida (prevenir el suicidio, homicidio, mantener la salud física).
- 2.- *Expresión de sentimientos*: identificar y expresar sentimientos relacionados con la crisis de una manera socialmente adecuada.
- 3.- *Dominio cognitivo*: desarrollar la comprensión basada en la realidad del suceso de crisis, comprender la relación entre el suceso de crisis y las creencias del sujeto, adaptación, cambios de creencias, autoimagen y planes a futuro bajo la luz del suceso de crisis.
- 4.- *Adaptaciones conductuales*: realizar cambios en los patrones diarios de trabajo, juego y relaciones con la gente (Slaikeu 1988).

Los datos anteriores permitirán elementos a nuestro siguiente tema.

DEFINICION Y TEORIAS DE LA PERSONALIDAD.

Hasta ahora hemos abordado, los antecedentes de la intervención en situaciones de emergencia, hemos descrito algunos de los modelos actuales de los sistemas médicos de emergencias, con la finalidad de contar con el panorama general sobre el cual realizan actividades los miembros de un sistema de urgencias, recurrimos a algunas de las características de las primeras instituciones interdisciplinarias en los trabajos de desastres en las que se han desarrollado importantes trabajos sobre Psicología de las catástrofes, planteamos el estrés como el elemento principal en las labores de emergencias.

Sin embargo, las investigaciones acerca de los equipos de intervención, son mínimas en el campo de la Psicología actual, aún en países desarrollados, por ello, el abordaje de este tema requiere mantener las bases teóricas de la Psicología en general, para abordar el tema central de nuestra investigación: los rasgos de personalidad de los miembros de un sistema médico de emergencias.

El querer definir personalidad nos ha llevado a una lista de hasta 50 significados diferentes, emparentados al término: persona, desde las descripciones hechas en la antigua Roma como una máscara teatral, el papel o personaje que desempeñaban en el drama, lo que llegó a significar la apariencia exterior del actor mismo, hasta el verdadero ser interior o sí mismo.

El significado de personalidad está influido también por la manera en que está se estudia, para ello será necesario abordar las diferentes teorías de la personalidad. Destacándose cuatro modelos dentro de las teorías de la personalidad:

El modelo psicoanalítico que deriva del análisis de la teoría de las etapas psicosexuales de Freud

El modelo egosocial en las que destaca el énfasis sobre los determinantes sociales en el desarrollo de la personalidad

El modelo humanístico existencial en el que se destaca los atributos característicamente humanos haciendo hincapié al comportamiento expresivo.

El modelo conductual Es una teoría radical y no acepta variables psicológicas como determinantes de la conducta sino que se relaciona con los estímulos del medio en un modelo de estímulo-respuesta.

La teoría del aprendizaje indica que este es acumulativo para los seres humanos el aprendizaje social y cognitivo, utilizan variables de la personalidad, como recursos explicativos inferidos a partir de la conducta.

Las teorías anteriores nos permiten formular algunos acercamientos hacia un perfil de personalidad, a través de diversos instrumentos que son fundamentados por estas mismas, los cuales varían en su acercamiento y enfoque.

INVESTIGACIONES REALIZADAS SOBRE ALGUNAS DE LAS CARACTERISTICAS ESENCIALES DE LOS MIEMBROS DE SISTEMAS DE INTERVENCION.

En los primeros años de esta década y a raíz de los efectos, consecuencias generadas por las catástrofes, ha surgido un incremento en el interés por dar acuse a todos los efectos dentro de las víctimas directas e indirectas de una situación de desastre. Así como dentro de los distintos cuerpos de intervención, ya sean estos militares, de atención médica, de rescate y salvamento entre otros. Sin duda estos problemas han sido el objeto de atención de la prensa, de instituciones no gubernamentales, Centros de investigación, que han generado una recapitulación a las situaciones de desastre, como lo fueran las recientes misiones humanitarias en Zaire, Irak, Ruanda, Ex-Yugoslavia, Bosnia, etc.

Ante esto y con escasas investigaciones, grandes límites y carencias de fuerza en la literatura, la importancia de las consecuencias sociales, laborales y humanas de las catástrofes son retomadas por varias disciplinas en la búsqueda de reducir las pérdidas humanas tanto físicas como psicológicas.

En esta búsqueda se han iniciado los primeros cimientos en la creación de estudios de Catástrofes, en Francia por ejemplo los doctores. Noto, Huguenard y Larcan (1987), han implementado amplias investigaciones a este respecto, por otra parte en 1990 se fundó la institución de Geo-Cindynica, como ya hemos mencionado anteriormente.

Los diferentes tipos de catástrofes tales como: Las catástrofes en tiempo de paz, las catástrofes en tiempo de guerra por bombardeos clásicos, por bombardeos nucleares, ataques por armas químicas, ataques por armas bacteriológicas. Las catástrofes naturales: Geológicas, climáticas, bacteriológicas. Las catástrofes socio-organizativas: motines, terrorismo, secuestro etc. Han dado pauta a que un mayor número de ciencias queden involucradas en la búsqueda de métodos y técnicas que incrementen la capacidad de respuestas de un sistema.

Hoy en día la Psicología abre un nuevo camino en la investigación y estudio de la victimología de las catástrofes, y en ellos incluidos: por una parte la población civil y por otro los miembros de seguridad pública, cuerpos militares, miembros de rescate y salvamento, miembros de atención médica etc.

Cuando pensamos en los equipos de intervención a situaciones de desastre, es necesario pensar, no sólo en el rango que desempeña cada miembro dentro del sistema de intervención al que pertenece, sino los incidentes a los que se ve expuesto, esto es el estrés de incidentes críticos o estrés traumático, el tiempo que duró tal exposición y los efectos que en cada sujeto generó la intervención. William y Foreman (1986) hacen una reflexión acerca de una frace empleada por Mantell (1988) quien se pregunta ¿cuáles son las reacciones normales en situaciones anormales?, sin duda esto no es sencillo de responder pero sí una de las bases más importantes para investigaciones en torno a este tema y al que intentamos incursionar.

Erik de Soir y Oliver Serniclaes (1995) llevada cabo dentro del Centro Psicológico de Crisis (CPC), en colaboración con la Cátedra de Psicología del Colegio Real Militar, investigaciones sobre las secuelas emocionales vividas por cascos azules belgas, al regreso a su país después de misiones humanitarias para el implemento de tratamiento esto, en Bruselas, Bélgica.

Pero este atributo no es exclusivo de los militares, sino también de todos aquellos que realicen labores de rescate y salvamento, para lo que destacan la inexistente ayuda o sostén directo para la ejecución ante los eventos traumáticos, para lo cual tampoco cuenta con algún pago adicional que pueda ser consignado a las enfermedades psicológicas o diversas reacciones a que son expuestos. Siendo entonces ellos mismos quienes sobrellevan estas dificultades, teniendo repercusiones en sus medios profesionales y familiares, en tanto que quienes les rodean resisten frecuentemente con incomprensión e ignorancia esta situación.

Erik de Soir y Oliver Serniclaes (1995), manifiestan que las experiencias traumáticas son enfrentadas bajo un conjunto de mecanismos protectores, tales como racionalización, fanfarronear, pseudo-destacamento (síndrome de John Wayne) por otra parte, describen que guardan el control de la situación en pro de preservar su imagen ante el grupo, en su medio social y profesional.

Así mismo, hacen referencia a como la armada, la policía o la gendarmería muestran regularmente problemas emocionales y psicológicos donde los hábitos frecuentemente instaurados por su antigüedad, implican el negar un reflujo de estas emociones. (De Soir 1995).

Es importante destacar también que dentro de estas investigaciones se describe la importancia, de la frecuencia y tipo de acción de las situaciones traumáticas, para lo que se enmarcan que cada bombero se enfrenta anualmente con 1200 muertes dentro del servicio, lo que equivale a tres muertes y diez lesionados por jornada laboral.

Bien ahora, haremos la descripción que corresponde a esta investigación.

La existencia de 629 cuerpos de bomberos con un total de 26,000 miembros permitió una muestra de 82 cuerpos de bomberos, de los cuales 23% eran profesionales varones y 5% profesionales mujeres, junto con 600 jefes de bomberos. Cerca del 5% contaban con dos años de servicios y el 80% con más de cinco años de servicio.

Los resultados de estos estudios fueron los siguientes:

FRECUENCIA Y TIPO DE HECHOS A LOS QUE LOS BOMBEROS SE ENFRENTAN

Accidentes con lesiones graves	84%
Fuertes emociones de tristeza o de supervivencia	44%
Decesos de víctimas en el curso de la atención	41%
Alcoholismo	40%
Suicidio o intento de suicidio	37%
Descubrimiento de cadáveres	28%
Víctimas graves por quemaduras	27%
Muerte de un conocido	25%
Un conocido gravemente lesionado	21%
Tentativa de fallar en la atención	16%
Deber hacer una elección entre víctimas	15%
Muerte de un colega	10%
Un colega gravemente herido	8%
Catástrofes por una disfunción técnica	4%
Incurrir ellos mismos en lesiones graves	2%
Causar un accidente durante la atención	1%

SITUACIONES REPORTADAS POR LOS BOMBEROS QUE COBRAN UN IMPACTO IMPORTANTE

Muerte de un colega.	100%
Responsabilidad de un accidente en el curso de un servicio.	80%
Muerte de un infante.	79%
Muerte de una persona conocida.	78%
Heridas graves de un colega.	77%
Heridas graves de un infante.	76%
Tentativa mal hecha de la atención a una persona.	66%
Heridas graves de un conocido.	64%
Incurrir ellos mismos en heridas graves.	63%
Deceso de la víctima durante la atención.	56%

Por otra parte, realizan un análisis sobre si, a través de la experiencia y la costumbre, se permitiría una mejor reacción ante las situaciones estresantes, destacando, que aún contando con experiencia no existiría una protección si se estuviera dando una forma de identificación con las víctimas; de hecho, encontraron muestras de que el mayor número de bomberos con un grado mayor y en consecuencia más experiencia son calificados como personas con actitudes "chocantes".

Una investigación reciente del Centro Psicológico de Crisis junto con el personal de socorro y salvamento que participaron en las operaciones de apoyo durante la catástrofe de "Herald of Free Enterprise", implicó que esta última categoría de personal estuviera poco apta para desarrollar un contacto humano en situaciones de ayuda (ellos presentaron trastornos psicológicos, con muestras de reducción de sus emociones y sus capacidades empáticas. (De Soir 1995).

En esta investigación realizada por Erik De Soir y Oliver Serniclaes (1995) se hace una descripción de las reacciones seguidas a los incidentes críticos: así del 10% al 15% de los bomberos interrogados, resisten a los eventos graves con angustia, problemas de concentración, depresión y/o problemas corporales según investigaciones hechas por Groos A. En 1992. En la siguiente tabla se muestran las reacciones que la mayoría de los individuos pueden percibir en un periodo corto de tiempo:

Estado de shock.	casi 6%
Reexaminar el suceso en el pensamiento.	al rededor del 40%
Rehusar creer que esto pueda pasar.	al rededor del 30%
Se tortura el alma con el evento.	al rededor del 30%
Se siente irritado o disgustado.	al rededor del 25%

Las reacciones descritas aparecen en la mayor parte de los incidentes críticos que suceden en el curso de las operaciones militares esta gestione es similar si se pone en su lugar a los bomberos.

De igual forma Erik De Soir y Oliver Serniclaes, presentan observaciones respecto a la prevención, señalan que primordialmente la administración de un trauma implica una escucha activa, abriéndose y no culpando a la persona implicada (evitar si es posible el término víctima) así mismo manifiestan que dentro de su experiencia aprendida, el sostén primordial de los miembros de un sistema de intervención en situaciones de desastres, son sin duda los directivos a cargo de traumas a corto o largo plazo.

Por último concluyen, que el trabajo cotidiano puede averiguarse en tres pasos emocionales:

1.- La naturaleza de su oficio puede confrontar en un trabajo o en otro incidente crítico, aun que estos no correspondan a hacer frente. Su entrenamiento y su capacidad de acción les permite pasar por encima la situación traumática, entretanto la acumulación de incidentes puede arrastrar un agotamiento sobre todo para administrar sus emociones en apoyo.

2.- El papel que juegan las organizaciones que tienen participación en las situaciones de desastre respecto a la proximidad del evento, exige una modificación en la mentalidad del trabajo general.

3.- La promoción de "valores humanos" constituye un problema dentro de las organizaciones de intervención a situaciones de desastre o de seguridad pública, desacuerdo a la importancia de la jerarquía, la disciplina o el comportamiento viril. Por otra parte entre estas organizaciones numerosos miembros, son los que pierden su carácter exclusivamente masculino

Concluyendo, los bomberos al hacer frente a los incidentes pueden presentar estados de shock, perturbación, depresión, irritabilidad creciente, comportamiento alcohólico y/o toxicómano. (De Soir 1995).

Otra de las investigaciones a las que hemos de recurrir, debido a la similitud en las labores que desarrollan los miembros de seguridad pública y el tipo de estudio realizado, es la desempeñada por William A. Foreman M.A. (1986) reportada en su artículo "POLICE STRESS RESPONSE TO A CIVILIAN AIRCRAFT DISASTER" a través del cual hacen un análisis de las reacciones presentadas posteriormente de un incidente traumático en periodos de seis meses esto es a los 6 meses, 12 meses y 18 meses. Con un grupo de oficiales quienes desempeñaron labores de rescate y salvamento en California, E.U.A. obteniendo los siguientes resultados:

REACCIONES RELACIONADAS AL INCIDENTE.

	6 meses	%	12 meses	%	18 meses	%
Regreso al lugar del incidente	1.17		1.17		2.0	
Apoyo en su hogar	0.17		0.33		0.29	
Sentirse espantado	0.33		1.67		1.43	
Patrón usual de actividades	0.58		0.67		0.43	
Conservar distancia con otros	0.25		0.83		0.71	
sentirse culpables	0.83		1.0		1.57	
Dificultad para concentrarse	0.67		1.17		0.86	
Uso de alcohol/drogas.	0.08		0.0		0.0	

Así los resultados anteriores fueron interpretados como:
"Me apoyan en casa" al parecer no está considerada por este grupo.

"Me espanto fácilmente" es claramente marcado hablando de este grupo a los 12 y 18 meses tal reacción aumenta la ansiedad o la hipervigilancia.

"Mi patrón de actividades es el mismo" aquí el promedio de respuesta no fue pronunciado, esto puede indicar interrupción en la actividad cotidiana.

"Yo guardo cierta distancia con los otros" esto fue mostrado al aislarse de los otros y por la interrupción de su rutina.

"Me siento culpable" esto sugiere algún grado de culpa del sobreviviente persistiendo sobre los 18 meses.

"Tengo una pobre concentración" esto parece ser un rasgo importante.

"Yo uso alcohol o drogas" esto no fue usado por este grupo y se tomó un valor de honestidad de otras respuestas.

Por otra parte William y Foreman (1986) registraron con que personas se había discutido el incidente, encontrando que:

PERSONAS A LAS QUE SE ACUDIÓ

	6 MESES%	12 MESES %	18 MESES %
Asesor	29	59	0
Médico	10	0	0
Familiares	46	42	42
Amigos	56	42	71
Sacerdote	0	0	0
Otros	0	0	0
Ninguna persona	0	13	13

Esto indica que el soporte fue buscado por todos los oficiales a los seis meses y con ello fue verbalizado; para los 12 y 18 meses el 13% registrado no acudió a ninguna persona. Así mismo los asesores y los amigos no fueron encontrados como un soporte consistente como lo fue la familia, sin embargo a los 18 meses los asesores fueron contemplados por el 42% como quienes brindaron apoyo.

Dentro de este mismo estudio, se realizó la aplicación de la Escala de eventos de la vida de Horowitz, Schaefer, Hiroto, Wilner y Levin (1977) obteniendo una respuesta en la escala de impacto proporcional, esto es: 26.2 a seis meses, 29.6 a 12 meses, 19.2 a 18 meses.

Posteriormente se registró el porcentaje encontrado como sistemas de desordenes de estrés postraumático, uno de los elementos de mayor importancia dentro de las labores de intervención en situaciones de desastre, en el cual registraron que:

6 MESES		12 MESES		18 MESES	
%	MEDIA	%	MEDIA	%	MEDIA
50	37.5	71	35.9	43	46.0

Esto indica un alto porcentaje a los 12 meses sin embargo, la media se elevó a los 18 meses esto puede mostrar que los síntomas de sufrimiento llegan a presentar mayor pena conforme transcurre el tiempo.

Dentro de estos resultados se observó en policías una susceptibilidad a reacciones precedentes, esto fue relacionado con el "síndrome de John Wayne" cuando los hombres se mostraban duros, tal idea de dureza los mantenía callados bajo estrés restandoles control sobre sus reacciones emocionales. (William 1986).

Es de destacar, algunos de los criterios para la selección de oficiales descrita por Hargrave y Norgorg (1986) sugiere que los candidatos a estos puestos deberán contar con rasgos tales como

Extroversión, independencia, ser alguien prevenido, controlado, activo, reservado, autoritario, quienes en promedio sean inteligentes y relativamente libres de psicopatología; tales individuos no deben temer discutir o dudar de sí mismos, ellos necesitan tener control y en el tiempo en que los requieren, el mundo y las personas ellos predicen y siguen un rol de probabilidad, así mismo se requiere de una honestidad en un trabajo de equipo, evidentemente un rasgo de ajuste social bueno y una lealtad fuerte de grupo.

Las características deseables que hacen un buen oficial, son también su punto vulnerable, que dan reacciones que lo destruyen a él y a otros.

Algunos otros estudios han mostrado que entre los familiares de oficiales se presentan síntomas de Desorden de estrés postraumático, como lo fueron patrones de baja expresión, de baja cohesión y alto conflicto Reese 1982 y Mc. Farlane (1987) encontraron, un incremento en los niveles de irritabilidad conflictos y se retiraban de sus familiares. Erikson (1976) encontró una desmoralización y un incremento en los divorcios familiares. De Fazio y Pascucci (1984) describen como el cónyuge se veía enredado en los síntomas de desorden de estrés postraumático.

Algunas de las sugerencias para la implementación de apoyo psicológico en estos casos fue el Debriefing para reducir y manejar los síntomas del desorden de estrés postraumático que permitan la expresión de apoyo y la discusión de estrategias de Coping.

EN EL ORIGEN DEL ALTRUISMO.

El hombre por su naturaleza es un ser social, su constitución física determina que debe vivir en grupos, vinculado por valores, compartiendo un mismo origen, cultura e historia.

La palabra altruismo proviene del francés altruismo, y este del altrui, otra persona los demás. Ha sido definida como el sentimiento contrario al egoísmo, define las tendencias simpáticas que impulsan al individuo a "vivir para otros", sin embargo la psicología ha planteado diferentes teorías acerca de ella.

Nancy Eisenberg (1982), menciona en su libro "THE DEVELOPMENT OF PROSOCIAL BEHAVIOR" Las definiciones dadas por Bar-Tal y Riviv, quienes destacan que el altruismo es un tipo de acto de ayuda, que requiere de una cualidad mayor, que se diferencia por ser hecha voluntariamente, en beneficio de una persona, como resultado de una conversión moral justa y sin expectativas de una recompensa externa.

Hoffman y Krebs, retomados también por Nancy Eisenberg (1982), definen al altruismo como las conductas tales como ayuda o apoyo que promueve el bienestar de otros sin intereses propios conscientes. Krebs, consideran al altruismo, como una nueva voluntad de sacrificio propio por el bien de otros.

Anna Freud, por otra parte en el año de 1984, escribe sobre los tipos de personalidad que se hallan regidos por la necesidad de dar a otros lo que ellos mismos no consiguieron satisfaciendo esta necesidad a través de "recibir" mediante la identificación con la persona a la que se le brinda ayuda, describiendo el altruismo, de este tipo, en el que ciertos placeres, que la persona se siente inhibida de permitirse a sí misma, son ofrecidos a otros y disfrutando por la identificación con estos últimos (Freud A. 1984).

Los autores de la Escuela Psicoanalítica Inglesa, sostiene que ya en los primeros meses de la vida, el niño proyecta sus iniciales impulsos agresivos manifestados antes de realizar la menor depresión y que este proceso posee decisiva importancia para la representación infantil del mundo externo y para el curso del desarrollo de su personalidad y puede ocurrir, que durante el desarrollo se invierta completamente la dirección a la que se dirigía en su infancia, surgiendo por ejemplo, la ambición por la humanidad.(Eisenberg 1982).

Existe por otra parte, la postura de Otto Fenichel (1971) en la que destaca, que los actos altruistas buscan la satisfacción de lo que él ha llamado "*La necesidad*

narcisística", que describe como la incapacidad neurótica de satisfacción y regulación arcaica de autoestima.

Vaillan, retomado por Lazarus (1991), en su descripción acerca de los mecanismos de defensa, considera el altruismo como un mecanismo maduro de acción, al lado de la sublimación, supresión anticipada y buen humor.

Por otra parte y siguiendo la evolución del ser humano, en función del legado genético, Carl Sagan en su libro "*Los dragones del edén*" postula que hay motivos para creer que las raíces del comportamiento altruista se hallan en el sistema límbico, distinguiendo que solo los mamíferos y las aves se esmeran por el cuidado de su prole.

Otro de los temas que hemos considerado importante de destacar se refiere a la actividad lúdica.

LA ACTIVIDAD LUDICA.

Lo lúdico, ha cobrado significados diferentes en cada una de las distintas lenguas, desde el enfoque de los juegos exclusivos de niños (Koani de la tribu Algonquinos o "pies negros") o del vocablo Kridati del pueblo Hindú o como juego de competición (del griego agonal) o bien dentro de lo dinámico y de movimiento (Lac o Lacan) o bien, cuando es vinculado con la música a través del tocar un instrumento (La'iba, vocablo árabe, Jover y Jeu, vocablo francés), hasta llegar a sentimiento erótico (Spielen de origen germánico y Spleten, vocablo holandés) (Huitzinga 1972).

Dentro de la raíz inglesa, el vocablo Plegan corresponde al viejo sajón Pflagan, que ha dado un significado particular correspondiente a exponerse a un peligro o a un riesgo por algo o por alguien, donde cobra mayor significado, el que algo se halla en juego.

Así mismo, se ha tratado de dar el origen del juego en la base de la descarga de exceso de energía vital, o como impulso de imitación o como la satisfacción de una necesidad de relajamiento, como también una ejercitación de una necesidad de relajamiento, como también una ejercitación de actividades que en un periodo posterior serán requeridas, o bien desde el origen del deseo de poder efectuar algo, deseo de dominio o de entrar en competencia con otros, por último desde la orientación de la satisfacción de los deseos que no pudieron ser satisfechos en la realidad. (Huitzinga 1972).

Desde el punto de vista psicológico se ha vinculado al juego con el término de identificación por compensación o como acción representativa.

Pero dentro de la pluralidad de significados y orígenes, Huitzinga (1972) plantea características particulares del juego distinguiéndose que el juego es una actividad completamente libre y que en el momento en que se realiza por mandato, deja de ser juego. De igual forma plantea que el juego, no es la vida "corriente" o la propiamente dicha, sino un escaparate de ella, que se presenta como intermezzo, así el juego crea orden, llevando al mundo imperfecto y a la vida confusa a una perfección provisional y limitada a través de construir otra realidad.

En el libro de "PSICOLOGIA DEL HUMORISMO" Grotjahn (1961), hace un amplio análisis acerca del origen y manifestaciones del humor, explica la relación existente entre el pesimismo, el cinismo y el sarcasmo diciendo que, "el cinico evita la depresión mediante su exhibición de agresividad. Una observación cinica reprime las lágrimas, como puede atestiguar los periodistas de sucesos o el personal de ambulancias. Para animarse a acudir al escenario de la catastrofe, aun aquellas personas que no tienen la costumbre de comportarse cinicamente, ni de hacer observaciones de ese tipo, pueden permitirse el lujo de hacerlo".

Describe también un ejemplo de ello: al contemplar a un cirujano, dando los últimos toques a su trabajo, cuando el ayudante anunció que tría a otra víctima. El cirujano dijo al conductor de la ambulancia que se fuera que se marchase a cualquier parte, pero que se fuera. El chofer permaneció perplejo un momento y dijo "lo siento señor; pero no podemos mover al paciente. Le faltan ambas piernas, "después de un momento se dejó oír nuevamente la voz del cirujano: Traíganle entonces. Si es solo medio hombre, tendremos tiempo y espacio para ocuparnos de él". (Grotjahn 1961).

Grotjahn en este mismo texto explica que el pesimista retorna una y otra vez al destete y a la derrota de la megalomanía intentando extraer placer de lo desagradable. El sarcástico posiblemente durante su niñez fue humillado y torturado por su padre, con quien después mantiene una identificación.

El sarcasmo es una buena defensa contra el riesgo de estrechar demasiado las relaciones con amigos o los enemigos, pero hace posiblemente la permanencia dentro del grupo sin perder nunca contacto del todo.

El juego de palabras, dice Grotjahn, es una impronta de infantilismo en el se puede incorporar un mensaje agresivo.

Por otra parte Freud en su libro "EL CHISTE Y SU RELACION CON EL INCONSCIENTE" (1905) destaca principalmente la labor del ingenio y este es empleado cuando se reprime una necesidad, tornándose en agresión directa o sarcasmo.

Describe que el chiste es la llave que abre la puerta de lo reprimido en el inconsciente. El ingenio en términos Freudianos pueden ser de carácter totalmente "inofensivo" o "tendencial" que da acceso a las tendencias reprimidas obscenas u hostiles.

Freud destaca también que la risa "catarsis" proviene del inconsciente y lo cómico del preconscious. Además conservó en su teoría sobre el chiste, un vínculo con el sueño y dijo que el sueño sirve para prevenir el dolor, mientras que el sarcasmo coopera con la adquisición de placer.

METODO

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.

Dadas las condiciones geopolíticas y sociales de nuestro país, y específicamente de la ciudad de México, la demanda de un sistema Médico de Urgencias, capacitado y de carácter profesional, ha rebasado la capacidad de respuesta actual: ante esto la U.N.A.M. inició desde el año de 1991 la creación de un Sistema Médico de Urgencias, capacitado, que dadas sus características amplia también sus necesidades de entrenamiento y formación propia, es así que el desarrollo de investigaciones que proporcionen elementos desde un marco psicológico en los miembros de cuerpos de intervención en situaciones de desastre que posibiliten la prevención y/o superación de posibles desordenes emocionales, el ajuste en servicios de atención de necesidades tanto laborales como de carácter familiar, académico o profesional, permitirá el conocimiento y/o elaboración de los efectos ocasionados por eventos traumáticos así como el afrontamiento de estos para generar nuevos proyectos de investigación y mejore la prestación de servicios.

Por ello y tratándose de un proyecto de carácter exploratorio, se ha contemplado este estudio desde enfoques diferentes, a través del uso de instrumentos con fundamento teórico tanto cognitivo conductual como psicoanalítico y psiquiátrico-psicológico, con el fin de contar con elementos suficientes para un mejor análisis de este personal de salud.

OBJETIVOS.

I Evaluar aspectos de la personalidad de miembros del equipo de Técnicos en Urgencias Médicas tales como: rasgos, estilos de afrontamiento, manejo de estrés y presiones ambientales, efectos psicológicos posteriores a eventos traumáticos etc.

II Analizar a partir de tres tipos de instrumentos psicológicos las características de personalidad del equipo de T.U.M. de la D.G.S.M. de la U.N.A.M.

III Analizar cuales son las relaciones entre las características de personalidad y los estilos de afrontamiento. Al conocer estas características y su importancia, proporcionar elementos para la creación de programas de selección, o en su caso la mejoración de estos.

IV Realizar un análisis de la posible existencia de diferencias sexuales entre los Técnicos en Urgencias Médicas.

Los objetivos son entonces: Investigar y crear marcos de referencia en relación a la personalidad del personal de los distintos sistemas de intervención en

desastres, que permiten planear programas de apoyo para los miembros de estos sistemas y con ello mejorar los servicios prestados.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

PREGUNTA 1.

¿ Los T.U.M. presentan, dentro de las escalas clínicas del MMPI-2 puntajes correspondientes a la población general?

PREGUNTA 2.

¿El personal de T.U.M. presenta mecanismos de defensa que estén dirigidos en igual proporción a afrontar tanto el problema como la emoción, en la prueba de eventos de la vida de Moos y Billings?

PREGUNTA 3.

¿ Es posible encontrar a través de la prueba proyectiva "Persona bajo la lluvia" elementos que indiquen mecanismos para enfrentar situaciones de tensión y estrés dentro de la muestra poblacional de T.U.M.?

PREGUNTA 4.

¿Existen diferencias en los rasgos de personalidad entre el sexo masculino y femenino?

POBLACIÓN.

35 sujetos miembros del Sistema Médico de Urgencias de la Dirección General de Servicios Médicos de la Universidad Nacional Autónoma de México, los cuales cuentan con las siguientes características:

Se trata de estudiantes de la propia universidad, que cursan estudios dentro de los niveles medio superior y superior (mayoritariamente este último). Los sujetos cuentan con residencia dentro del Distrito Federal y área metropolitana. Cuentan con una posición social-económica media.

MUESTREO.

Posterior a la solicitud y aplicación del examen de conocimientos, para el ingreso a los diferentes niveles de capacitación del Sistema Médico de Emergencias, los propios coordinadores e instructores realizan una selección a través de una entrevista, la asistencia de un examen médico y bajo los parámetros de calificación obtenida durante los exámenes de conocimientos se eligen a aquellos miembros que cubren los requisitos.

INSTRUMENTOS.

Se emplearon:

- Una entrevista dirigida, cuyo diseño, se presenta en el anexo (1)
- El Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota 2 (MMPI 2).
- La Prueba proyectiva de la Persona bajo la lluvia.
- La Escala de Eventos de la Vida de Moos y Billings en su fracción de afrontamiento (anexo 2).

TIPO DE ESTUDIO.

Se trata de una investigación de tipo exploratoria, de campo, transversal y evaluativa.

DISEÑO.

El diseño es exploratorio, con dos muestras individuales, comparativamente entre el sexo masculino y el sexo femenino.

PROCEDIMIENTO.

Previo a la aplicación del presente proyecto, se sometió a la aprobación por parte de los miembros del consejo del propio Sistema Médico de Urgencias en su fracción de Atención Prehospitalaria (A.P.H.) para lo cual se presentó el proyecto de la presente investigación, los instrumentos a utilizar (MMPI-2), una breve descripción de la prueba de la figura bajo la lluvia, junto al esquema de la entrevista y de la prueba de afrontamiento); para lo cual el consejo, aprobó la aplicación dentro de las instalaciones.

Posteriormente se realizaron dos sesiones para la aplicación grupal del primer instrumento (MMPI- 2) con una participación de carácter voluntario.

Después de efectuar estas sesiones, se realizaron entrevistas individuales durante las cuales se aplicaron los test de la Figura humana bajo la lluvia, junto a la Escala de afrontamiento y la entrevista correspondiente al formato presentado.

Al terminar de aplicar los instrumentos antes mencionados y concluida su calificación y/o interpretación, se continuó con un análisis estadístico, comparativo entre los sexos.

Este procedimiento se inició, con el trabajo estadístico de análisis de varianza, posteriormente se realizó un estudio de correlaciones de variables entre las escalas del MMPI-2, estilos de afrontamiento y la edad en que se presentó la desintegración familiar o se presentó la muerte, como posibles factores diferenciales.

Por último, se realizaron las interpretaciones correspondientes a cada dato.

RESULTADOS.

DATOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ENTREVISTA.

Edad

Sexo	Media	Percentil
Femenino	22.6 años	5.8
Masculino	23.3 años	3.9

TABLA 4

Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	16 sujetos	45.7
Femenino	19 sujetos	54.3

TABLA 5

Escolaridad

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenina	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Bachillerato	6	17.1	4	21	2	12.5
Medicina	6	17.1	3	15.8	3	18.8
Ingeniería	3	8.6	0	0	3	18.8
Física	2	5.7	0	0	2	12.5
Actuaria	1	2.9	1	5.3	0	0
Química	2	5.7	1	5.3	1	6.3
Contaduría	1	2.9	0	0	1	6.3
Veterinaria	1	2.9	1	5.3	0	0
C Políticas	1	2.9	1	5.3	0	0
Posgrado	2	5.7	1	5.3	1	6.3
Biología						
Fotografía	1	2.9	0	0	1	6.3
Educadora	1	2.9	1	5.3	0	0
Enfermería	3	8.6	3	15.8	0	0
primaria	1	2.9	1	2.9	0	0

TABLA 6

Estado civil

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculina
Soltero	29	82.9	16	84.2	13	81.3
Casado	1	2.9	1	5.3	0	0
Divorciado	1	2.9	0	0	1	6.3

TABLA 7

Ocupación

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Estudiante	20	57.1	12	63.2	8	50
Trabajador	9	25.7	3	15.8	6	37.5
Estudiante - Trabajador	1	2.9	1	5.3	0	0
Hogar	1	2.9	1	5.3	0	0

TABLA 8

Religión

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculino	Porcentaje Masculino
Católica	18	51.4	10	52.6	8	50
Sin práctica	13	37.1	7	36.8	6	37.5

TABLA 9

Fecha de ingreso al sistema médico de urgencias U.N.A.M.

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculino	Porcentaje Masculino
1992	4	11.4	4	21.1	0	0
1993	6	17.1	5	26.3	1	6.3
1994	16	45.7	7	36.8	9	56.3
1995	5	14.3	1	5.3	4	25

TABLA 10

Años dentro del sistema médico de emergencias en general

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
1 año	6	17.1	3	15.8	3	18.8
2 años	9	25.7	5	26.3	4	25
3 años	8	22.9	3	26.3	3	18.8
4 años	4	11.4	3	15.8	1	6.3
8 años	2	5.7	1	5.3	1	6.3
12 años	1	2.9	0	0	1	6.3
15 años	1	2.9	0	0	1	6.3

TABLA 11

Antecedentes médico familiares

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Cardiopatías	12	34.3	4	21.1	8	50
Oncológicos	5	14.3	2	10.5	3	18.8
Diabetes	4	11.4	2	10.5	2	12.5
Osteoporosis	2	5.7	2	10.5	0	0
Artritis	2	5.7	1	5.3	1	6.3
Congénitos deformativos	2	5.7	1	5.3	1	6.3
Alergias	1	2.9	0	0	1	6.3
Gastritis	1	2.9	0	0	1	6.3

TABLA 12

Presencia de conocidos accidentados

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Acc. automóvil	5	14.3	4	21.1	1	6.3
Acc. Hogar	6	17.1	2	10.5	4	25
Homicidio	1	2.9	0	0	1	6.3
Ninguno	19	54.3	11	57.9	8	50

TABLA 13

Se enteró del sistema médico de urgencias a través de:

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Anuncios	4	11.4	2	10.5	2	12.5
Referencias de otras personas	27	77.1	15	78.9	12	75

TABLA 14

Por que ingreso al sistema médico de urgencias

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Personal	23	65.7	13	68.4	10	62.5
Familiar	6	17.1	1	5.3	5	31.3
Social	10	28.6	7	36.8	3	18.8

TABLA 15

Ha acudido a situaciones de desastre

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Tiempo indefinido	1	2.9	0	0	1	6.3
Hasta 11 hrs.	2	5.7	0	0	2	12.5
Hasta 11 días	4	11.4	1	5.3	3	18.8
No ha acudido	24	68.6	16	84.2	8	50

TABLA 16

Ha presenciado la muerte de un paciente

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Si	26	74.3	15	78.9	11	68.8
No	5	14.3	2	10.5	3	18.8

TABLA 17

Tipos de alteraciones ante la cobertura de A . P . H .

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Incremento del periodo de sueño	1	2,9	1	5,3	0	0
Insomnio	2	5,7	0	0	2	12,5
Pesadillas	2	5,7	1	5,3	1	6,3
Incremento en adicciones	3	8,6	1	5,3	2	12,5
Pérdida de interés	2	5,7	1	5,3	1	6,3
Reuerdo con angustia	3	8,6	1	5,3	1	6,3
Somatización	2	5,7	2	10,5	0	0

TABLA 18

A quien se acude cuando hay alteraciones

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Familiares	6	17,1	3	15,8	3	18,8
Amigos	13	37,1	5	26,3	8	50
Compañeros	15	42,9	10	52,6	5	31,3
Personal capacitado	1	2,9	0	0	1	6,3
Nadie	3	8,6	2	10,5	1	6,3

TABLA 19

En una escala de riesgo del 1 al 10 que valor se le asigna a la A.P.H.

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculina
Valor de 5	1	2,9	0	0	1	6,3
Valor de 6	2	5,7	1	5,3	1	6,3
Valor de 7	7	20	4	21,1	3	18,8
Valor de 8	7	20	3	15,8	4	25
Valor de 9	6	17,1	4	21,1	2	12,5
Valor de 10	7	20	4	21,1	3	18,8

TABLA 20

Riesgo psicológico

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculina
Valor de 8	1	2.9	0	0	1	6.3
Valor de 10	1	2.9	0	0	1	6.3
No fue considerado	33	94.3	19	100	14	87.5

TABLA 21

Que representa el sistema médico de urgencias de la U.N.A.M.

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculina
Nada	1	2.9	1	5.3	0	0
Aprendizaje	12	34.3	5	26.3	7	43.8
Relaciones interpersonales	20	57.1	12	63.2	8	50
Incremento de autoestima	5	14.3	2	10.5	3	18.8
Refugio afectivo	5	14.3	2	10.5	3	18.8

TABLA 22

Definición de altruismo

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculina
Definición clara	7	20	3	15.8	4	25
Presencia del concepto	6	17.1	2	10.5	4	25
Ignorancia	11	31.4	8	42.1	3	18.8
Concepto equivocado	6	17.1	3	15.8	3	18.8

TABLA 23

Realizó actividades altruistas.

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculina
Ninguna	27	77.1	15	78	12	75
Una	2	5.7	1	5.3	1	6.3
Dos	1	2.9	0	0	1	6.3

TABLA 24

Planes a futuro dentro del S.M.U.

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculina
Mas capacitación	19	54.3	9	47.4	10	62.5
Instrucción a otros	7	20	5	26.3	2	12.5
Investigación	1	2.9	0	0	1	6.3
Aplicación	6	17.1	3	15.8	3	18.8
No definida	5	14.3	3	15.8	2	12.5
No continuar	1	2.9	0	0	1	5.3

TABLA 25

Actividades en su tiempo libre

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculina
Recreativa	25	71.4	13	68.4	12	75
Deportiva	7	20	4	21.1	3	18.8
Cultural	8	22.9	4	21.1	4	25

TABLA 26

Decesos familiares

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculina
Padres	5	14.3	3	15.8	2	12.5
Abuelos	12	34.3	6	31.6	6	37.5
Tíos	2	5.7	1	5.3	1	6.3
Primos	1	2.9	1	5.3	0	0
Ningunos	11	31.4	6	31.6	5	31.3

TABLA 27

Problemas de relaciones interpersonales.

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculina
Familiar	5	14.3	5	26.3	0	0
Académico	3	8.6	0	0	3	18.8
Eq. Técnico	3	8.6	3	15.8	0	0
T.U.M.- Fam. paciente	2	5.7	1	5.3	1	6.3
T.U.M.- Paciente	2	5.7	1	5.3	1	6.3
T.U.M.-T.U.M	9	25.7	5	26.3	4	25
T.U.M.- Autoridad	4	11.4	1	5.3	3	18.8
Personal	5	14.3	2	10.5	3	18.8
Ninguno	1	2.9	1	5.3	0	0

TABLA 28

Edad cuando presencio la muerte

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculina
1 a 5 años	3	8.6	3	15.8	0	0
6 a 10 años	2	5.7	1	5.3	1	6.3
11 a 20 años	13	37.1	7	36.8	6	37.5
21 a 30 años	2	5.7	0	0	2	12.5
Ninguno	11	31.4	6	31.6	5	31.3

TABLA 29

Desintegración familiar

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculina
Por muerte de algún padre	4	11.4	3	15.8	1	6.3
Por divorcio	9	25.7	3	15.8	6	37.5
No	17	48.6	10	52.6	7	43.8

TABLA 30

Edad en que ocurrió la desintegración

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculina
De 1 a 5 años	7	20	4	21.4	3	18.8
De 6 a 10 años	3	8.6	1	5.3	2	12.5
De 11 a 20 años	4	11.4	2	10.5	2	12.5
No existió	17	48.6	10	52.6	7	43.8

TABLA 31

INTERPRETACION DE LA ENTREVISTA.

Sin ser esta una entrevista validada aún, se ha empleado como un instrumento que fungió como un medio de sondeo, dentro de esta investigación exploratoria; buscando especificar puntos particulares de la población que desempeña actividades de atención Prehospitalaria (A.P.H). Sin dejar de equiparar la importancia de su validación.

Inicialmente los datos de la muestra poblacional, indican un porcentaje del 46% varones y 54% mujeres, dentro de la cual se muestra una media de edad de 23 años en el total de la población.

ESCOLARIDAD.

En el sexo femenino el 21% corresponde al nivel de bachillerato, seguido de las profesiones de medicina y enfermería con un puntaje de 16% para cada una de estas actividades.

El sexo masculino refiere desempeñar actividades académicas dentro de las profesiones de medicina e ingeniería en un valor del 19% de la muestra poblacional.

ESTADO CIVIL.

Los datos obtenidos dentro de la muestra poblacional indican que el 83% esta constituida por miembros solteros.

OCUPACION.

Respecto a la ocupación el 63% en el sexo femenino y el 50% en el caso masculino, refieren dedicarse a estudios de tiempo completo, mientras que el 38% de los varones y el 50% de las mujeres realizan actividades remuneradas.

RELIGION.

El 50% de los miembros del Sistema de A.P.H. profesan una religión Católica, mientras que el 37% refiere no llegar a cabo ninguna práctica religiosa

FECHA DE INGRESO AL SISTEMA MEDICO DE URGENCIAS DE LA U.N.A.M. .

El ingreso al sistema médico de urgencias por parte de los miembros de A.P.H. lo hicieron durante el año de 1994 fecha que corresponde al periodo de duración de la capacitación del sistema.

AÑOS DENTRO DEL SISTEMA MEDICO DE URGENCIAS EN GENERAL.

El periodo registrado de actividades dentro de un sistema de urgencias indica que en el caso del sexo femenino el 53% ha realizado labores durante 2 o 3 años. El sexo masculino registra en un 25% un periodo de dos años y un 44% un periodo de 3 a 15 años de actividades prehospitalarias.

ANTECEDENTES DE PROBLEMAS MEDICO FAMILIARES.

El sexo femenino registra un 37% dentro de la muestra poblacional sin antecedentes médico familiares, mientras que el 19% corresponde al sexo masculino.

En el 50% de los casos de los miembros varones, se registran como principal antecedente, los problemas cardiovasculares, porcentaje superior al registrado por el sexo femenino, quienes obtuvieron un puntaje de 21%.

Ocupando un segundo lugar, se destacaron antecedentes Oncológicos, seguidos de problemas Diabéticos tanto en el sexo masculino como en el femenino.

PRESENCIA DE CONOCIDOS ACCIDENTADOS.

Refiriéndonos al periodo anterior al ingreso a un sistema médico de urgencias, la presencia de conocidos accidentados, fue nula en el 54% de la muestra poblacional en general.

En el 25% restante del caso masculino, indican haber presenciado accidentes dentro de su hogar, mientras que en el 21% de los casos del sexo femenino refieren la presencia de accidentes automovilísticos

MEDIO A TRAVES DEL CUAL SE ENTERO DE S.M.U.

El medio a través del cual el personal de A.P.H. se enteró del S.M.U. de la U.N.A.M. por el cual ingresó fue en un 77% por referencias de otras personas

RAZONES POR LAS QUE INGRESA A UN S.M.U.

Las razones del por qué ingresan los miembros del S.M.U. de la U.N.A.M. en nuestra población indican, que el 68% de los casos femeninos es una razón personal ejemplo de ello es la búsqueda de mayor información, mientras que el 63% corresponde al sexo masculino. Por razones relacionadas a su familia el 5% corresponde al caso femenino, mientras que el 31% al caso masculino.

El 37% de los casos femeninos da como razón un aspecto social, mientras que el 19% del caso masculino lo refiere

SE HA ACUDIDO A SITUACIONES DE DESASTRE

El 69% de la población en general refiere no haber acudido a situaciones de desastre. Con un 84% en el caso del sexo femenino y un 50% en el caso masculino.

PRESENCIO LA MUERTE DE UN PACIENTE.

El 74% de la muestra poblacional indican haber presenciado la muerte de un paciente.

TIPO DE ALTERACIONES ANTE EVENTOS TRAUMATICOS.

Ante las actividades de A.P.H. los miembros indican en un 49% no haber detectado ninguna alteración a sus actividades cotidianas. Registrándose

entonces, con mayor porcentaje dentro de las alteraciones, el incremento de adicciones y el recuerdo con angustia.

A QUIENES SE ACUDE CUANDO HAY ALTERACIONES EMOCIONALES.

El 43% de la muestra poblacional, recurre a sus compañeros. En ello el 53% de las mujeres acuden a compañeros, mientras que el 31% de los varones lo hacen. A diferencia de que el 50% de los varones acuden a amigos mientras que el 26% de las mujeres lo hacen.

ESCALA DE RIESGO FISICO Y PSICOLOGICO.

En una escala de valor de riesgo físico, con un parámetro del 1 al 10, los valores asignados oscilan entre los valores de 7.8 y 10. Mientras que el riesgo psicológico fue únicamente considerado por el sexo masculino. En un 5%, con los valores de 8 y 10.

QUE REPRESENTA EL S.M.U. DE LA U.N.A.M.

Respecto a que representa el S.M.U. el 57% de la muestra poblacional en general, refiere relaciones interpersonales, mientras que el 34% indican aprendizaje.

DEFINICION DE ALTRUISMO.

El 31% de la muestra poblacional en general, ignoran el concepto de altruismo, el 20% tienen una definición clara y en un 17% tienen la presencia del concepto e igualmente un concepto equivocado. Ante esto el 77% refiere no haber hecho ninguna actividad altruista.

PLANES A FUTURO DENTRO DEL S.M.U.

Dentro de los planes a futuro del sexo femenino refiere en un porcentaje del 47%, dedicar actividades a mayor capacitación seguido de instrucción a otros en un 26%. Mientras que el sexo masculino refiere más capacitación en un 63% y en un 19% la realización de labores de A.P.H. o bien su aplicación.

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE SU TIEMPO LIBRE.

Durante su tiempo libre, el 71% de los miembros de A.P.H. refieren realizar una actividad recreativa. en un 23% una actividad cultural y en un 20% actividades deportivas.

PROBLEMAS DE RELACIONES INTERPERSONALES.

El sexo femenino refiere en un 26% problemas con su familia por pertenecer al sistema médico de urgencias y en igual porcentaje indican tener problemas entre ellas y otros Técnicos en Urgencias Médicas. Este último problema es presentado por el sexo masculino en un porcentaje del 25% (nivel más alto dentro de este sexo).

El tercer problema de mayor importancia registrado por el sexo femenino es debido a la escasez del equipo técnico dentro de las unidades de A.P.H. con un puntaje del 16%.

Para el sexo masculino el segundo problema con un puntaje del 19% es tanto un problema académico, de técnicos con la autoridad o bien un problema de tipo personal, ocupando estos tres ese mismo puntaje.

DECESOS FAMILIARES.

Respecto a los decesos familiares el 34% de la muestra poblacional refieren el deceso de los abuelos como mayor puntaje, mientras que el 14% refiere decesos en los padres, otro 31% no refiere ningún deceso.

EDAD EN QUE SE PRESENCIO LA MUERTE.

En un rango de entre los 11 y los 20 años se registra el 37% del puntaje (nivel máximo) en el que el personal de A.P.H. presenciaron la muerte.

EDAD EN QUE SE SENTIO SOLO.

El 60% de los miembros de A.P.H. refirieron no haberse sentido solos (53% el sexo femenino, 69% el sexo masculino).

En el caso femenino el 11% refiere haberse sentido solas durante los 10 primeros años y durante la segunda década el 26%.

En el caso masculino el 19% refiere haberse sentido solos durante la segunda década.

DESINTEGRACION FAMILIAR.

El 47% del total de la muestra poblacional refiere no tener un desintegración familiar. El 38% en el caso masculino refiere una desintegración por divorcio; mientras que en el caso femenino el 16% fue por muerte de un padre, y en igual porcentaje (16%) por divorcio.

EDAD EN QUE OCURRIO LA DESINTEGRACION.

La edad en que ocurrió la desintegración familiar en la muestra poblacional el puntaje mayor corresponde a un rango de entre 1 y 5 años de edad, con un nivel de el 20%.

RELACION CON OTROS.

El 68% de los miembros del equipo de A.P.H. se abstuvieron de dar un calificativo a su relación con los otros, el 74% dijo que su relación con su madre era buena, el 66% otorgo este mismo calificativo a la relación con sus hermanos y el 46% la otorgo a su padre.

El 31% de los miembros varones le otorgaron a la relación con su padre un calificativo regular, nivel que superó en un 15% al caso femenino.

Para un calificativo de una mala relación el mayor porcentaje se le asignó a la relación con su padre en un 6%, siendo este calificativo en de menor número de respuestas dadas.

**TABLAS DEL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD
MINNESOTA 2.**

ESCALAS CLINICAS GENERALES.

Nombre de la escala	Rango	Media	Desviación estándar
L (Mentiras)	31-68	49.9	8.9
F (Infrecuencia)	33-80	48.6	10.4
K (Corrección)	30-89	55.6	13.2
Hs Hipocondriasis	32-69	52	9.3
D Depresión	37-77	53	7.6
Hí Histeria	33-84	54.4	12.6
Dp Desviación Psicopática	37-80	54.8	11.4
MF Masculinidad Femenidad	32-69	52	11
Pa Paranoia	32-66	52.6	8.9
Pt Psicastenia	37-98	54.2	11.5
Es Esquizofrenia	35-92	51.7	11.3
Ma Hipomania	36-68	49.1	8.5
Is Introversión Social	33-68	47.9	9.1

TABLA 1

Los datos anteriores corresponden a valores en T.

ESCALAS CLINICAS SEXO FEMENINO.

Nombre de la escala	rango	Media	Desviación estándar
L (Mentira)	31-68	51.5	10.2
F (Frecuencia)	34-70	47.1	9.8
K (Corrección)	30-79	57.2	12.2
Hs Hipocondriasis	32-69	49.6	8.7
D Depresión	37-63	49.4	5.5
Hí Histeria	36-79	53.8	12
Dp Desviación Psicopática	37-80	52.5	10
MF Masculinidad Femenidad	32-67	49.8	11.3
Pa Paranoia	32-64	50.5	9.1
Pt Psicastenia	37-61	49.5	7.3
Es Esquizofrenia	35-68	49.1	8.5
Ma Hipomania	36-66	48.8	8.1
Is Introversión Social	33-61	44.6	7.7

TABLA 1a

Los datos anteriores corresponden a valores en T.

ESCALAS CLINICAS SEXO MASCULINO.

Nombre de la escala	Rango	Media	Desviación estándar
L (Mentira)	34-65	48	7
F (Infrecuencia)	33-80	50.3	11.1
K (corrección)	30-89	53.6	14.5
Hs Hipocondriasis	39-68	54.8	9.4
D Depresión	40-77	57.4	7.7
Hj Histeria	33-84	55	13.6
Dp Desviación Psicopatica	40-77	57.5	12.7
MF Masculinidad Femenidad	33-69	54.5	10.5
Pa Paranoia	39-66	55.1	8.2
Pt Psicastenia	44-98	59.8	13.2
Es Esquizofrenia	36-92	54.8	13.5
Ma Hipomania	36-66	49.5	9.1
Is Introversión Social	33-68	51.8	9.4

TABLA 1b

Los datos anteriores corresponden a valores en T

ESCALAS DE CONTENIDO GENERALES.

Nombre de la escala	Rango	Media	Desviación estándar
ANS Ansiedad	33-78	49.6	11.6
MEI Miedo	34-76	44.9	8.6
OBS Obsesividad	32-81	47.8	10.7
DEP Depresión	35-89	48.4	12
SAU Preocupación por la salud	38-79	50.8	9.8
DEL Pensamiento delirante	39-69	47.1	8
ENI Enojo	31-74	49.7	11.3
CIN Cinismo	33-74	52.6	11.1
PAS Practica antisocial	31-64	44.7	9.8
PTA Personalidad tipo A	31-67	46.6	10.1
BAE Baja autoestima	35-82	50.4	10.6
ISO Incomodidad social	32-68	48.9	9.3
FAM Problemas familiares	35-79	49.2	11.3
DTP Dificultad en el trabajo	36-85	49.3	11.7
RTR Rechazo al tratamiento	36-80	47.5	10.2

TABLA 2

Los datos anteriores corresponden a valores en T

ESCALAS DE CONTENIDO SEXO FEMENINO.

Nombre de la escala	Rango	Media	Desviación estándar
ANS Ansiedad	33-64	44.8	9.5
MIE Miedo	34-76	45	9.6
OBS Obsesividad	32-60	44.8	7.5
DEP Depresión	35-79	44.4	9.6
SAU Preocupación por la salud	38-79	48.5	9.5
DEL Pensamiento delirante	40-66	46.1	6.9
ENJ Enojo	31-72	47.4	11.8
CIN Cinismo	43-74	57.4	9.6
PAS Práctica antisocial	32-64	44.3	10.9
PTA Personalidad tipo A	31-56	43.2	8.2
BAE Baja autoestima	37-61	46.8	7.4
ISO Incomodidad social	32-57	45.1	7.1
FAM Problemas familiares	35-65	44.4	8
DTP Dificultad en el trabajo	36-59	43.7	6.2
RTR Rechazo al tratamiento	36-60	44.8	6.9

Los datos anteriores corresponden a valores en T.

TABLA 2a

ESCALAS DE CONTENIDO SEXO MASCULINO.

Nombre de la escala	Rango	Media	Desviación estándar
ANS Ansiedad	37-78	55.2	11.6
MIE Miedo	35-56	44.7	6.8
OBS Obsesividad	37-81	51.4	12.9
DEP Depresión	39-89	53.2	13.1
SAU Preocupación por la salud	40-75	53.5	9.7
DEL Pensamiento delirante	39-69	48.4	9.2
ENJ Enojo	35-74	52.4	10.5
CIN Cinismo	33-62	46.8	10.2
PAS Práctica antisocial	31-63	45.1	8.7
PTA Personalidad tipo A	34-67	50.7	10.8
BAE Baja autoestima	35-82	54.6	12.5
ISO Incomodidad social	33-68	53.5	9.7
FAM Problemas familiares	38-79	54.9	12.2
DTP Dificultad en el trabajo	40-85	56	13.2
RTR Rechazo al tratamiento	37-80	50.7	12.6

Los datos anteriores corresponden a valores en T.

TABLA 2b

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

ESCALAS SUPLEMENTARIAS GENERALES.

Nombre de la escala	Rango	Media	Desviación estándar
A Ansiedad	33-82	47.8	11.2
R Represión	36-74	52.2	9.8
Fyo Fuerza del Yo	31-72	51.6	9.4
A MAC Alcoholismo	31-70	48.2	9.3
HR Hostilidad Reprimida	33-69	51.7	10.3
Do Dominancia	30-67	50.3	10.3
RS Responsabilidad Social	30-67	45.4	9.6
Dpr Desajuste Profesional	33-82	49.5	11.9
GM Genero Masculino	31-62	23.6	26.8
GF Genero Femenino	30-71	25.8	25.5
DPK Desorden de estres post-traumatico de Keane	36-83	47.8	10.1
EPS Desorden de estres post-traumatico de Schelenger	36-88	49.6	11.7
FP Infrecuencia Posterior	38-68	45.5	8.4

TABLA 3

Los datos anteriores corresponden a valores en T

ESCALAS SUPLEMENTARIAS SEXO FEMENINO.

Nombre de la escala	Rango	Media	Desviación estándar
A Ansiedad	33-59	43.1	7
R Represión	37-74	54.8	10.5
Fyo Fuerza del Yo	36-72	54.3	8.9
A MAC Alcoholismo	31-70	48.6	10.2
HR Hostilidad Reprimida	37-69	54.3	9.1
Do Dominancia	38-67	53	8
RS Responsabilidad Social	30-61	41.2	7.4
Dpr Desajuste Profesional	33-68	43.5	8.8
GM Genero Masculino			
GF Genero Femenino	30-71	47.5	12
DPK Desorden de estres post-traumatico de Keane	36-63	44	6.8
EPS Desorden de estres post-traumatico de Schelenger	36-69	45.5	8.7
FP Infrecuencia Posterior	38-64	43.9	7.1

TABLA 3a

Los datos anteriores corresponden a valores en T

ESCALAS SUPLEMENTARIAS SEXO MASCULINO.

Nombre de la escala	Rango	Media	Desviación estándar
A Ansiedad	37-82	53.5	12.7
R Represión	36-68	49.1	8.1
Fyo Fuerza del Yo	31-70	48.6	9.5
A MAC Alcoholismo	36-59	47.8	8.3
HR Hostilidad Reprimida	33-63	48.6	11.1
Do Dominancia	30-63	47.1	12.1
RS Responsabilidad Social	31-67	50.5	9.5
Dpr Desajuste Profesional	40-82	56.6	11.3
GM Genero Masculino	31-62	51.6	8.7
GF Genero Femenino			
DPK Desorden de estres post-traumatico de Keane	39-83	52.4	11.7
EPS Desorden de estres post-traumatico de Schelenger	39-88	54.5	13.2
FP Infrecuencia Posterior	40-68	47.5	9.6

Los datos anteriores corresponden a los valores en T.

TABLA 3b

MMPI-2

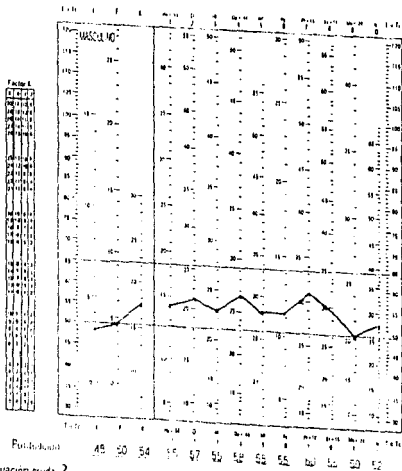
S.R. Hathaway y J.C. McKnight
Inventario multifactorial de la personalidad Minnesota 2

Perfil de escalas básicas

MP 46 5.1

Inventario multifactorial de la personalidad Minnesota 2
Copyright © 1989, Harwood, 1970, 1943, 1947
Este perfil © 1989 por Regents of the University of Minnesota
© 1995 Editorial El Manual Mexicano S.A. de C.V.
En condición con licencia Nacional Autónoma de México © 1994
MMPI-2 y Minnesota Multiphasic Personality Inventory
son TM y ® por University of Minnesota

Nombre: _____
Dirección: _____
Ocupación: _____ Fecha de aplicación _____
Escolaridad: _____ Edad: _____ Estado civil _____
Referido por: _____
Clave del perfil: _____
Iniciales del calificador: _____



Factor K Agregado

Puntuación con K

ESCALA CLINICA BASICA, MEDIA DE LA
MUESTRA POBLACIONAL SEXO MASCULINO DEL
EQUIPO DE T.U.N. DE LA D.G.S.N. DE -
LA U.N.A.M.



MMPI-2

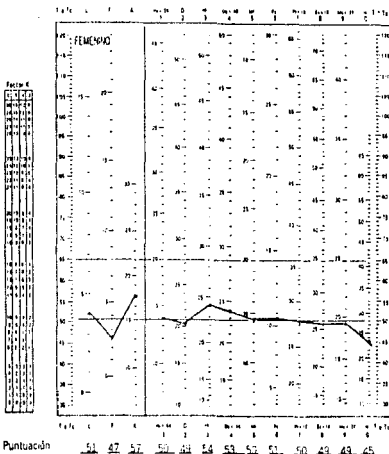
S.R. Hathaway y J.L. McKinley
Inventario Multidimensional de la
Personalidad Minnesota 2

Perfil de escalas básicas

MP 46 5.1

Inventario Multidimensional de la Personalidad Minnesota 2
Copyright © 1989 (revisado, 1970), 1943, 1942
Este perfil © 1989 por Request of the University of Minnesota
© 1935 Editorial T. Manual Maudsley, S.A. de C.V.
En colaboración con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994
MMPI-2 y "Inventario Multidimensional de la Personalidad Minnesota"
son M.R. por University of Minnesota

Nombre: _____
Dirección: _____
Ocupación: _____ Fecha de aplicación: _____
Escolaridad: _____ Edad: _____ Estado civil: _____
Incluido por: _____
Clave del perfil: _____
Iniciales del calificador: _____



ESCALA CLINICA BASICA, MEDIA DE LA
NUESTRA POBLACIONAL, SEXO FEMENINO
DEL EQUIPO DE T.U.N. DE LA D.G.S.M
DE LA U.N.A.M.



MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multifásico de la
personalidad Minnesota 2

Perfil de escalas de contenido

MP 46.5 3

Hathaway, Graham, Wittels y De Foa (1967)

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Copyright © 1989, renovación 1970, 1942, 1934

Este perfil, 1989 por Request of the University of Minnesota

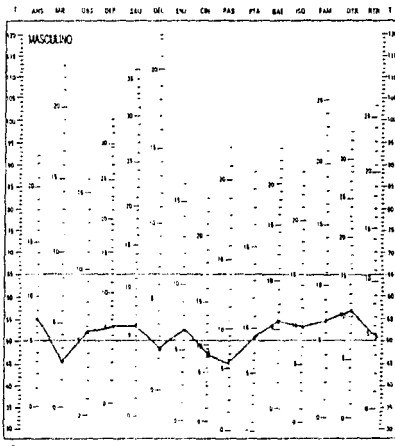
© 1975 por Manual Moderno, S.A. de C.V.

En colaboración con Universidad Nacional Autónoma de México © 1974

MMPI 2 y "Manual Moderno Especifico Inventario"

con M.R. por Universidad de México

Nombre: _____
 Dirección: _____
 Ocupación: _____ Fecha de aplicación: _____
 Escolaridad: _____ Edad: _____ Estado civil: _____
 Referido por: _____
 Clave del perfil: _____
 Iniciales del calificador: _____



ESCALA DE CONTENIDO, MEDIA DE LA
 MUESTRA POBLACIONAL, SEXO MASCULINO
 DEL EQUIPO DE T.U.M. DE LA D.G.S.M.
 DE LA U.N.A.M.

Puntuación

50 45 52 53 54 48 51 47 45 51 53 54 55 56 51



84

MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKinley
Inventario multifásico de la
personalidad Minnesota 2

Perfil de escalas de contenido

MP 45 5.3

Butcher, Graham, Williams y Ben Porath (1989)

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2

Copyright © 1989, renovado 1970, 1943, 1947

Este perfil © 1989 por Regents of the University of Minnesota

© 1995 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

En coordinación con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994

MMPI-2 y "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"
son TM por University of Minnesota.

Nombre: _____

Dirección: _____

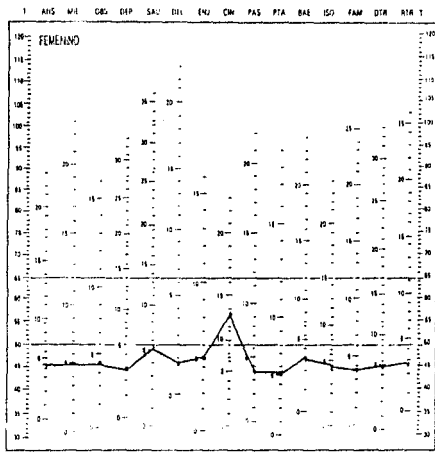
Ocupación: _____ Fecha de aplicación: _____

Escolaridad: _____ Edad: _____ Estado civil: _____

Referido por: _____

Clave del perfil: _____

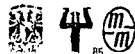
Iniciales del calificador: _____



ESCALA DE CONTENIDO. MEDIA DE
LA MUESTRA POBLACIONAL, SEXO
FEMENINO DEL EQUIPO DE T.U.M.
DE LA D.G.S.M. DE LA U.N.A.M.

Puntaje en

1	ANS	ME	OBS	DEP	SAU	DEL	ENU	CN	PAS	PTA	BAE	CLO	FAM	DTR	RTR	T
45	45	44	49	44	49	46	47	57	44	43	47	45	44	44	45	45



MMPI-2

S.R. Hathaway y J.C. McKeague
Investigadores fundadores de la
personalidad Minnesota 2

Perfil de escalas suplementarias

MP 46-5-7

Investigación realizada en la Universidad Minnesota 2

Copyright © 1989 renovado 1970-1943-1942

Este perfil, 1989 por Request of the University of Minnesota

© 1995 Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

En cooperación con Universidad Nacional Autónoma de México © 1994

MMPI-2, "Minnesota Multiphasic Personality Inventory"

es un ® por University of Minnesota

Nombre: _____

Dirección: _____

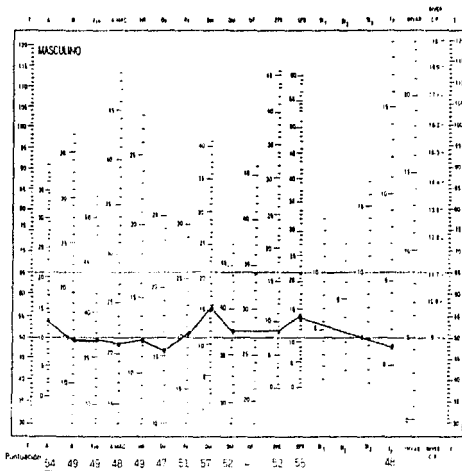
Ocupación: _____ Fecha de aplicación: _____

Escolaridad: _____ Edad: _____ Estado civil: _____

Referido por: _____

Clave del perfil: _____

Iniciales del calificador: _____



ESCALA SUPLEMENTARIA. MEDIA
DE LA MUESTRA POBLACIONAL -
SEXO MASCULINO DEL EQUIPO DE
T.U.M. DE LA D.G.S.M. DE LA
U.N.A.M.



MMPI-2

S. R. Hathaway y J. C. McKinley
Inventario multifásico de la
personalidad Minnesota 2

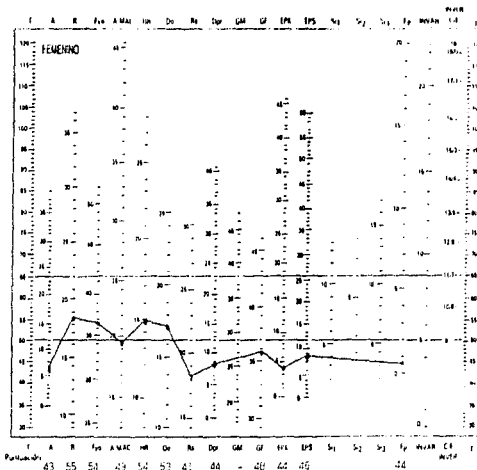
Perfil de escalas suplementarias

MP 48 5 2

Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2
Copyright © 1982, Edición 1970, 1941, 1942
L. S. Perl, 1985 por Regents of the University of Minnesota
y 1935 Edición El Manual Moderno, S. A. de C. V.
En colaboración con Universidad Nacional Autónoma de México y 1994

MMPI-2 © Minnesota Multiphasic Personality Inventory
por la R. por University of Minnesota

Nombre: _____
Dirección: _____
Ocupación: _____ Fecha de aplicación: _____
Escolaridad: _____ Edad: _____ Estado civil: _____
Teléfono: _____
Clave del perfil: _____
Iniciales del calificador: _____



ESCALAS SUPLEMENTARIAS.
MEDIA DE LA
MUESTRA POBLACIONAL
DEL EQUIPO DE T.U.M.
DE LA D.G.S.H. DE
LA U.N.A.M.



INTERPRETACION DE LAS ESCALAS DEL MMPI-2.

Para la siguiente interpretación, se tomaron en cuenta: por una parte los puntajes normativos de estudiantes mexicanos empleados en el perfil de la nueva versión del Inventario Multifásico de la personalidad de minnesota MMPI-2 (Revista Mexicana de Psicología Vol II Núm. 1) los cuales fueron comparados con los resultados obtenidos con la muestra poblacional de Técnicos en Urgencias Médicas (T.U.M.) de la Universidad Nacional Autónoma de México. Por otra parte se analizó se existía diferencia entre los miembros del equipo de técnicos respecto a su género y se llevó a cabo la interpretación según los criterios correspondientes a los valores de T.

De forma general se destaca que ninguna de las escalas, ya sean clínicas, suplementarias o de contenido rebasan los niveles normales, descartando rasgos patológicos dentro del perfil de la muestra poblacional del equipo de T.U.M. de la U.N.A.M.

En el manual para la aplicación y calificación (sección de introducción pag.12) se destaca que ninguna de las escalas clínicas de la población mexicana llegan a presentar medidas que caigan por arriba de T 55 ni mucho menos en niveles patológicos, sin embargo estos niveles se ven modificados en algunas de las escalas en el grupo de T.U.M. como se muestra en los siguientes resultados.

En el caso femenino la única escala que rebasa el nivel de T 55 es la escala K con un valor de T 57.2 y en el caso masculino se encuentra la escala de Pt (psicastenia) como un valor de T 59.8, la escala de D (depresión) con un valor de T 57.5 y la escala de Dp (desviación Psicopática) con T 57.5 puntos. (Tablas 1a 1b).

ESCALA L (MENTIRA).

El puntaje de la población normativa mexicana correspondiente a un valor de T 57 en ambos géneros, mientras que en el caso del equipo de T.U.M. los valores correspondientes al caso femenino equivalen a T 51 superando al caso masculino, el cual obtuvo un valor de T 48, esto indica que para el género femenino es más importante dar una buena imagen, que en el caso del género masculino.

ESCALA F (INFRECUENCIA).

Los valores que corresponden a la población normativa son: de T 53 en el caso masculino y de T 54 en el caso femenino. Mientras que para el caso de los T.U.M. los valores correspondientes son de T 50 para la población masculina y de T 47

para el caso femenino, esto indica que los valores en esta escala, para ambos sexos cae dentro de un buen funcionamiento y respuesta común a la prueba.

ESCALA K (CORRECCIÓN).

En el caso masculino y femenino, los valores existentes de esta escala, superan en tres y seis puntos respectivamente, a los valores de T de la población normativa mexicana (masculino T 51 femenino T 51) obteniendo, el grupo de T.U.M. un valor de T 57 en el caso femenino y T 54 en el caso masculino, esto indica que en el caso masculino existe un equilibrio entre autoprotección y autodescubrimiento. Mientras en el caso femenino, existe una actitud defensiva moderada, junto con una indisposición a pedir ayuda.

ESCALA HS (HIPOCONDRIASIS).

La población normativa mexicana, cuenta con un valor de T 54 en el sexo femenino y masculino, mientras que los T.U.M. cuentan con un valor de T 50 en la población femenina y de T 55 en la masculina, encontrándose ambas en un nivel medio, lo que nos indica que no se manifiesta ningún interés especial acerca del cuerpo o la salud en general de la muestra poblacional del equipo de T.U.M.

ESCALA D (DEPRESION).

Es la tercer escala que rebasa los niveles de la puntuación de la población normativa mexicana, existe una diferencia de tres puntos en el valor de T entre la población normativa en su población masculina (T 54) y el caso de los T.U.M. quienes obtuvieron una puntuación de T 57 superando a la primera. A diferencia del sexo femenino del equipo de T.U.M. el puntaje se encuentra cinco puntos por debajo de la puntuación de la población normativa femenina, (sexo femenino del equipo de T.U.M. T 49, población normativa T 54).

Existiendo entonces una diferencia de ocho puntos entre el sexo masculino y el femenino del equipo de T.U.M.

Ambos puntajes se encuentran dentro de un nivel moderado (sin dejar a un lado el mayor puntaje en el caso masculino) esto indicará que se trata de sujetos que pueden manifestar desaliento, melancolía, al igual que insatisfacción consigo mismo o con el mundo junto con esto puede mostrar actitudes pesimistas y encontrarse preocupados en exceso. Una de las características básicas de la personalidad de individuos deprimidos es la responsabilidad excesiva, justo con normas personales estrictas y con tendencias a sentirse culpables.

Este estado de depresión puede ser un móvil para la búsqueda de ayuda y la aceptación de un tratamiento psicológico, sin que con ello signifique la existencia

de confianza y participación en este proceso terapéutico, que es posiblemente el caso de los T.U.M.

ESCALA Hi (HISTERIA).

Es la más elevada de las escalas clínicas en el caso del sexo femenino del equipo de T.U.M. superando por seis puntos los valores de T de la población normativa mexicana (sexo femenino T.U.M. T54. Población normativa T 48) mientras que en el caso del sexo masculino (T 55) también supera a los valores de la población normativa (T 50) por cinco puntos, encontrándose dentro de límites de un nivel medio para ambos sexos, indicando que se trata de personas realistas, sensibles, equilibradas y razonables.

ESCALA DP (DESVIACION PSICOPATICA).

En la escala, ambos sexo, superan los niveles de la puntuación mas alta de T 55 de la población normativa mexicana; en el caso del sexo masculino el valor de T es de 58 y para el sexo femenino, T corresponde a 53 puntos, superior en 7 y 3 puntos al valor de T para la población normativa mexicana correspondiente a 51 puntos.

Para el caso femenino su nivel de puntuación es medio, indicando que se trata de una población que muestran sinceridad, confianza, tenacidad y responsabilidad. Mientras que para el caso masculino el puntaje cae dentro del nivel moderado, lo que indica que se trata de sujetos que pueden tender a la impulsividad y a la aventura, en cierto modo hedonistas, sociales, confiados en si mismos que expresa sus opiniones y sentimientos, imaginativo, creativo o bien, resentido, poco confiable o impaciente. Hay que destacar que existe mayor represión en el caso de sexo femenino que el sexo masculino.

ESCALA MF (MASCULINIDAD FEMINIDAD).

En el caso del sexo femenino, los valores de T se encuentran muy por debajo de los niveles de la población normativa mexicana, con 14 puntos de diferencia (puntuación normativa mexicana T 64, mientras que la población de T.U.M. del sexo femenino corresponde a T 50), encontrándose este puntaje en un nivel medio, indicando que se trata de personas capaces y eficientes consideradas con los demás, empáticas y de trato fácil, idealistas.

En general sus intereses se acercan más a un rol tradicional que en el caso de la población normativa mexicana. Sin embargo en el caso masculino el grupo de T.U.M. supera por 9 puntos a la puntuación de la población normativa mexicana (T 46) mientras que la muestra de la población de T.U.M. manifestó una puntuación de T 55, quedando al igual que el caso femenino, dentro de un nivel medio, indicando que se trata de sujetos prácticos y despreocupados, realistas y convencionales, acercándose de igual forma a un rol tradicional.

ESCALA Pa (PARANOIA).

Tanto en el caso masculino como en el femenino, ambas escalas superan las puntuaciones de la población normativa mexicana; para el caso femenino la puntuación normativa indica un valor de T 48 mientras que la muestra de la población de T.U.M. sexo femenino, indica un valor de T 51, así mismo, en el caso masculino el puntaje normativo mexicano indica un valor de T 47 mientras que en el caso de los T.U.M. el valor de T corresponde a 55.

Ambas escalas en el caso de la población de T.U.M. se encuentran dentro de un nivel medio lo que indica, que se trata de sujetos que muestran un pensamiento claro y actúan racionalmente presentándose esto, generalmente en personas precavidas y flexibles.

ESCALA Pt (PSICASTENIA).

La escala de psicastenia u obsesividad, se presentó en el caso de los T.U.M. sexo masculino, con un mayor puntaje (T 60) superando a la puntuación de la población normativa mexicana con 8 puntos (P.N.M. T 52).

En el caso femenino el valor de la puntuación del grupo de T.U.M. cayó por debajo de la población mexicana con dos puntos (P.N.M. T 52, T.U.M. sexo femenino T 50).

En el caso de la población de T.U.M. sexo femenino la puntuación T cae dentro del nivel medio, lo que indica que se trata de personas confiables, puntuales y bien organizadas.

Para el caso masculino, de la población de T.U.M. el nivel es moderado, lo que indica, que se trata de sujetos responsables y acuciosos que tienen a intelectualizar, de igual forma se trata de personas trabajadoras, ordenados, perfeccionistas, autocríticas o introspectivos.

Tomando en cuenta los valores de la población de T.U.M. en ambos sexos; el caso masculino supera en 10 puntos el valor del género femenino, lo que nos indica, una diferencia importante para los rasgos de personalidad; esto indica que el personal masculino, muestra un mayor nivel de obsesión y con ello mayor inseguridad que el personal femenino, al igual que se trata de la escala más alta en el caso del personal masculino.

ESCALA Es (ESQUIZOFRENIA).

En el caso femenino de la población de T.U.M. existe una diferencia de 5 puntos (T 49) por debajo de la puntuación de la población normativa mexicana, la cual tiene un valor de (T 54).

A diferencia, del caso masculino, la puntuación de la población normativa mexicana y la de los T.U.M. corresponde al mismo valor de T 55. Tanto el sexo masculino como el femenino caen dentro del nivel medio, indicando que se trata de personas adaptables, confiables, realistas y prácticos.

ESCALA Ma (MANIA).

En ambos sexos de la población de T.U.M. los valores de T se encuentran por debajo de la puntuación normativa mexicana, teniendo ésta un valor de T 53, cuando para el personal masculino, del equipo de T.U.M. su valor corresponde a T 50 y en el sexo femenino su valor es de T 49. Ambos puntajes se encuentran dentro de un nivel medio, lo que indica que se trata de sujetos sociables, con una actitud amigable, responsables, entusiasta, realista y equilibrados.

ESCALA Is (INTROVERSION SOCIAL).

El puntaje normativo de la población mexicana, indica en el sexo femenino un valor de T 49 y en el sexo masculino un valor de T 50; mientras que los valores que corresponden a la población de T.U.M. es de: T 45 para el sexo femenino, y de T 52 para el masculino. Ambos puntajes caen dentro de un nivel medio, lo que indica, que se trata de sujetos enérgicos y activos, con entereza, esto es que se trata de personas equilibradas, amistosas y con facilidad para charla con otros.

INTERPRETACION EN COMBINACIONES DE LAS ESCALAS CLINICAS.

Para la siguiente interpretación, el **"Manual para la aplicación del MMPI 2"** estipula que las investigaciones sobre el significado de las claves derivadas de la combinación de las escalas del MMPI original, no presentaban uniformemente la distribución de puntuaciones en un amplio rango de las escalas, por ello deberá postergarse dentro de el presente reporte de investigación, la interpretación de las mismas.

INTERPRETACION DE LAS ESCALAS DE CONTENIDO.

Para la interpretación de estas escalas, los criterios de evaluación corresponden a puntuaciones altas, todas aquellas que sean mayores de T 65, y puntuaciones bajas las que sean inferiores de T 40 (según lo estipulado en el "Manual para la aplicación y calificación del MMPI 2 pag. 52).

Dado que los resultados obtenidos en la muestra poblacional del grupo de Técnicos en Urgencias Médicas (T.U.M.) de la Universidad Nacional Autónoma de México no rebasó ninguno de los dos límites; la muestra fue considerada, dentro de los rangos normales.

Sin embargo existe una diferencia entre sus miembros respecto al género, obteniéndose mayores niveles de puntuación en todas las escalas de contenido, (excepto la escala de Cinismo) en el género masculino: Mientras que el género femenino no supera el valor de T 50.

Esta interpretación carece de comparación con los valores de la población normativa mexicana, por falta de la existencia bibliográfica, sin embargo, se recurre a los criterios del "manual para la aplicación y calificación del MMPI 2"

ESCALA ANS (ANSIEDAD).

Esta escala ocupa el segundo nivel más alto en el caso del sexo masculino, superando por 10 puntos, al valor del sexo femenino (S. M T 55, S.F T 45) Siendo entonces, que el sexo masculino, presenta un mayor índice de ansiedad, angustia e incomodidad, podrá también presentar problemas de tipo cardiaco, además de dificultad para dormir, tendencia a preocuparse en exceso, falta de concentración, o bien hipervigilia. Estos miembros del equipo de T.U.M. pueden estar conscientes de estos problemas y admitirlos abiertamente.

ESCALA MIE (MIEDO).

Los valores de la puntuación T, en la escala de miedo se obtuvo el mismo puntaje en ambos sexos de la población de T.U.M. con un valor de T 45, indicando que no existe un temor a situaciones como fenómenos naturales (tormentas, desastres etc.) o bien a animales, a la pérdida de dinero o de su hogar.

ESCALA OBS (OBSESIVIDAD).

Con un valor de T 51 el sexo masculino rebasa por 6 puntos al valor del sexo femenino (T 45) lo que indica que en el caso del sexo masculino, existe una dificultad en la toma de decisiones y probablemente meditan excesivamente sus puntos de vista y problemas, es posible que se infravaloren, tener que hacer cambios les resulta angustiante y pueden mostrar conductas compulsivas como contar o guardar cosas insignificantes, esto puede molestar a quienes les rodean.

ESCALA DEP (DEPRESION).

Supera por 9 puntos el valor del sexo masculino (T 53) al valor del sexo femenino (T 44) esto indica, un nivel mayor de tristeza, incertidumbre sobre el futuro, pueden mostrar intranquilidad y sentirse infelices, miembros varones del equipo de T.U.M. Esto genera, no poder ver en otras personas fuentes de apoyo.

ESCALA SAU (PREOCUPACION POR SU SALUD).

Existe una mayor preocupación por su salud en el caso masculino, obteniendo un puntaje de T 54, superando con 5 puntos al puntaje del sexo femenino (T 49).

En este caso los sujetos varones pueden mostrar más frecuentemente síntomas gastrointestinales, neurológicos, cardiovasculares o bien molestias respiratorias o problemas sensoriales; vinculados algunos de ellos a los efectos de estrés.

ESCALA DEL (PENSAMIENTO DELIRANTE).

El valor correspondiente al sexo masculino es de T 48, mientras que el puntaje del sexo femenino equivale a T 46 con solo una diferencia de dos puntos. Valores que corresponden a rangos normales.

ESCALA ENJ (ENOJO).

La diferencia existente entre el género masculino con un valor de T 52, equivale a 5 puntos en comparación con el valor del T 47 que corresponde al sexo femenino. Esto indica que los miembros varones del equipo de T.U.M. pueden mostrar en ocasiones ser irritables, impacientes, además de mostrar conductas arrebatadas u obstinadas. En ocasiones pueden maldecir, aun que no este incluido dentro de su vocabulario, o destrozar cosas.

ESCALA IN (CINISMO).

Esta escala fue rebasada con el mayor puntaje por el sexo femenino con un valor de T 57, superando con 10 puntos, a los valores del sexo masculino (T 47). Esto indica que las integrantes del grupo de T.U.M. que pueden mostrar en ocasiones una actitud con tendencias misantrópicas, con la creencia de que detrás de los actos de otros puede haber motivos negativos escondidos; considerando también que se debe desconfiar de las personas por que utilizan a otras y son amigables sólo por razones egoístas. Todo esto puede generar actitudes negativas hacia quienes están cerca de ellas, entre estos compañeros de trabajo, familiares y amigos

ESCALA PAS (PRACTICA ANTISOCIAL).

Esta escala es muy similar entre los dos sexos, con una diferencia de un punto; donde el sexo masculino tiene una puntuación de T 45 y el sexo femenino de T 44 estando, en ambos casos, dentro de los niveles bajos, esto indica una actitud adecuada dentro del entorno social.

ESCALA PTA (PERSONALIDAD TIPO A).

Dentro de esta escala, el sexo masculino supera con 8 puntos (T 51) el valor del puntaje del sexo femenino (T 43) esto indica que los varones se comportan con una actitud más apresurada, orientada al trabajo, que frecuentemente se pueden impacientar, irritar o fastidiar; son directos y pueden carecer de tiempo durante el día para realizar tareas.

ESCALA BAE (BAJA AUTOESTIMA).

Esta escala es rebasada nuevamente por 8 puntos por el género masculino, quienes obtuvieron un puntaje de T 55 donde el valor del sexo femenino, corresponde a T 47. Esto indica que los valores muestran una inferior opinión de sí mismos que las mujeres miembros del equipo de T.U.M. Esto puede estar reflejado en actitudes negativas hacia sí mismos, incluyendo pensamientos relacionados a su apariencia física, esto debido a que carecen de confianza en sí mismos y encuentran difícil aceptar elogios.

ESCALA ISO (INCOMODIDAD SOCIAL).

El sexo masculino obtuvo un puntaje de T 54 mientras que el sexo femenino tiene un puntaje de T 45, dando una diferencia de 9 puntos, esto indica que los integrantes del equipo de T.U.M. en general pero sobretodo los varones son sujetos que se sienten más inquietos en torno a otros, por lo que prefieren estar solos, posiblemente se vean a sí mismos como personas tímidas.

ESCALA FAM (PROBLEMAS FAMILIARES).

La escala de problemas familiares es la segunda escala de mayor diferencia entre ambos sexos.

El sexo masculino obtuvo un puntaje de T 55, mientras que el sexo femenino obtuvo un puntaje de T 44; esto indica que los miembros varones del equipo de T.U.M. refieren mayor número de discordancias familiares, estos sujetos pueden describir a sus familiares como carentes de amor, con riñas frecuentes y desagradables; en algunos casos pueden describir maltrato durante la infancia e infelicidad y dentro de sus matrimonios carentes de afecto.

ESCALA DTR (DIFICULTAD EN EL TRABAJO).

Esta escala de dificultad en el trabajo, se presenta en el equipo de T.U.M. con la mayor puntuación en el género masculino (T 56) el género femenino, obtuvo un puntaje de T 44.

En un análisis general podemos observar a través de las escalas anteriores sus efectos, dentro de esta escala, como son: la ansiedad registrada, los problemas familiares, la baja autoestima con una pobre confianza en sí mismos, la preocupación por su salud, la obsesividad registrada en las escalas clínicas; ocasionando un desempeño pobre en el trabajo.

Siguiendo este análisis, existe una contra posición entre la escala más elevada (DTR) y la más baja (PAS) en el sexo masculino, a través de las cuales se

entiende que la incomodidad con síg mismo no es llevada a prácticas antisociales.

ESCALA RTR (RECHAZO AL TRATAMIENTO).

Esta escala es superada por el sexo masculino (T51) con una diferencia de 6 puntos a los valores del sexo femenino (T 45) esto indica, que existe en los miembros varones, una mayor actitud negativa hacia los medios y tratamientos relacionados con la salud mental.

INTERPRETACION DE LAS ESCALAS SUPLEMENTARIAS.

Para la interpretación de estas escalas se siguieron los criterios estipulados por el **"Manual para la aplicación y calificación del MMPi 2"** donde aquellos valores superiores a T 65 son considerados altos, y todos aquellos menores a T 40 son designados como puntajes bajos. Dado que los resultados obtenidos, en la muestra poblacional del grupo de Técnicos en Urgencias médicas (T.U.M.) de la Universidad nacional Autónoma de México, no rebasó ninguno de estos límites, la muestra fue considerada dentro de los rasgos normales.

ESCALA A (ANSIEDAD).

Esta escala nuevamente corrobora la diferencia en puntaje entre el sexo masculino quien obtuvo un valor de T 54, mientras que el sexo femenino alcanzó un valor de T 43, en esta ocasión con 11 puntos de diferencia entre ambos.

Esto nos indica nuevamente las diferencias en cuanto a manejo de la ansiedad e incomodidad en el equipo de T.U.M. varones; son personas que pueden mantener sobre control en sus impulsos, puede existir dificultad para la toma de decisiones, al igual que sentirse inseguros y sumisos.

Sin embargo en el caso del sexo femenino existe ausencia de angustia o bien ésta puede estar canalizada hacia otro medio.

ESCALA R (REPRESION).

La escala de represión ocupa el mayor nivel dentro de las escalas suplementarias en el sexo femenino con un valor de T 55.

Si consideramos que los niveles altos, caracterizan a personas convencionales y sumisas, entonces recurrimos a los valores de la escala K. Podemos explicar que para el caso femenino se recurre a la represión impidiendo el reconocimiento de los problemas.

ESCALA FYO (FUERZA DEL YO).

Esta escala es superada nuevamente por el sexo femenino con un valor de T 54 con una diferencia de 5 puntos con el sexo masculino (T 47). Esto indicaría la existencia de espontaneidad, sentimientos de suficiencia personal para el caso

femenino, sin embargo la existencia de una actitud defensiva (escala K) no tiene las mismas implicaciones positivas.

Para el caso masculino los sujetos tienden a manifestar inhibición, malestares físicos y sentimientos de incapacidad para manejar la presión de su ambiente, esto en un estrecho vínculo con el concepto de sí mismo.

ESCALA A MAC (ALCOHOLISMO).

Existe una nota específica para esta escala en la que las investigaciones realizadas con población mexicana aun no han sido suficientes para su validez y el poder de discriminación.

Por ello solo anotamos que en ambos sexos, los niveles son muy similares. En el caso masculino el valor es de T 48 y para el caso femenino T 49, con una diferencia de un punto, indicando que los sujetos no presentan problemas con el abuso de alcohol u otras sustancias.

ESCALA HR (HOSTILIDAD REPRIMIDA).

Escala con niveles superiores en el caso femenino (T 54) mientras que el caso masculino indica un valor de T 49 existiendo una diferencia de 5 puntos. Esto muestra una menor tolerancia a la frustración en el caso femenino en ocasiones responden a la provocación mientras que en otras situaciones muestran respuestas de agresión exagerada.

ESCALA DO (DOMINANCIA).

En el caso femenino el valor de T 53 supera al del caso masculino siendo este el menor de todas las escalas suplementarias correspondientes a este sexo, quienes obtuvieron un puntaje de T 47 dando una diferencia de 6 puntos con el caso femenino.

Esto indica que los integrantes del equipo de T.U.M. tienden a obtener el control sobre los demás, mientras que en el caso masculino, esto indica que la desconfianza en sí mismo impide un adecuado manejo de su problemática.

ESCALA RS (RESPONSABILIDAD SOCIAL).

El puntaje obtenido por el sexo femenino, corresponde al nivel más bajo de la escala suplementaria de este sexo (T 41) con una diferencia de 10 puntos con el sexo masculino (T 51).

Indicando que los integrantes del equipo de T.U.M. no se perciben a sí mismas ni sienten ser percibidas por otros como personas dispuestas a aceptar las consecuencias de su propio comportamiento.

ESCALA GM Y GF (DE GENERO).

La investigación que se realiza en la actualidad, respecto a esta escala junto a otras, sobre la interpretación de los diferentes sexos posterga un análisis detallado dentro del grupo de T.U.M.

ESCALA DPT Y EPS (ESTRES POSTRAUMATICO).

Dentro de la escala de estrés postraumático se posterga nuevamente por causas de investigación, la interpretación de estos resultados sin que con ello no podamos hacer uso de los mismos en próximas investigaciones.

TABLA CORRESPONDIENTE A LA ESCALA DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO VAREMOS.

AFRONTAMIENTO	MEDIA GRAL.	PERCENTIL GRAL.	MEDIA MASC.	PERCENTIL MASC.	MEDIA FEM.	PERCENTIL FEM.
PROBLEMA	2.07	84	2.05	90	2.09	82
EVITATIVO	1.47	63	1.46	72	1.47	57
A LA EMOCION	1.98	76	1.90	76	2.06	77
INFORMACION APOYO	1.94	84	1.95	91	1.93	81

INTERPRETACION DE LAS ESCALAS DE AFRONTAMIENTO.

De acuerdo con los datos correspondientes sobre la escala de **Eventos de la vida de Moos** en su fracción de afrontamiento, respecto a la presente investigación, el 46% de la muestra poblacional del equipo de Técnicos en Urgencias Médicas de la U.N.A.M. no evita el afrontamiento de eventos: el 27% lo hace ocasionalmente y el 16% lo hace con frecuencia.

Cuando estos miembros de Atención Médica, requieren afrontar un evento, el 41% dirigen este afrontamiento hacia el problema, el 29% lo hacen ocasionalmente y el 19% no lo dirigen al problema.

Mientras que el afrontamiento dirigido a la emoción no se lleva a cabo en el 38% de los casos; el 24% lo hacen ocasionalmente y el 27% lo hacen con frecuencia.

El afrontamiento dirigido a la búsqueda de información y apoyo social, no se lleva a cabo en el 36% de los casos de la muestra; lo hacen con frecuencia el 29% y ocasionalmente el 24% de la población.

Estos resultados indican que el equipo de Técnicos en Urgencias Médicas al afrontar los eventos dirigen el mayor número de esfuerzos hacia el problema, para lo que el afrontamiento dirigido a la emoción es relegado, al igual que la búsqueda de información y apoyo social.

FIGURA HUMANA BAJO LA LLUVIA

Tipo de ojos







	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Vacios	9	25.7	3	15.8	6	37.5
	3	8.6	1	5.3	2	12.5
	1	2.9	1	5.3	-	-
	1	2.9	1	5.3	-	-
	5	14.3	4	21.1	1	6.3
	1	2.9	1	5.3	-	-
	4	11.4	2	10.5	2	12.5
	3	8.6	2	10.5	1	6.3
Sin ojos	1	2.9	-	-	1	6.3
Ocultos	2	5.7	1	5.3	1	6.3

TABLA 32

Tipo de boca






	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculino	Porcentaje Masculino
	3	8.6	2	10.5	1	6.3
	17	48.6	10	52.6	7	43.8
	1	2.9	1	5.3	-	-
	4	11.4	2	10.5	2	12.5
Sin boca	1	2.9	-	-	1	6.3
	3	8.6	-	-	3	18.8

TABLA 33

Forma de manos

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenino	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Completa	3	8.6	2	10.5	1	6.3
Flor	4	11.4	3	15.8	1	6.3
Enguantada	4	11.4	2	10.5	2	12.5
Aleta	3	8.6	3	15.8	-	-
Garra	5	14.3	2	10.5	3	18.8
Oculto	5	14.3	2	10.5	3	18.8
Tenaza	2	5.7	-	-	2	12.5
Sin mano	3	8.6	2	10.5	1	6.3
Dedo medio largo	1	2.9	-	-	1	6.3

TABLA 34

Caracteres sexuales secundarios

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenino	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculino	Porcentaje Masculino
Con	1	2.9	-	-	1	6.3
Sin	22	62.9	13	68.4	9	56.3
En vestimenta	8	22.9	4	21.1	4	25

TABLA 35

Rostro

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Con	27	77	15	78.9	12	75
Sin	2	5.7	1	5.3	1	6.3
Perfil	1	2.9	1	5.3	1	6.3

TABLA 36

Presencia de cuello

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Sin	1	2.9	1	5.3	-	-
Con	30	85.7	16	84.2	14	87.5

TABLA 37

Forma del pie

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenino	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Palo de golf	18	51.4	11	57.9	7	43.8
Fálica	1	2.9	-	-	1	6.3
Normal	9	25.7	3	15.8	6	37.5
Falta un pie	1	2.9	1	5.3	-	-

TABLA 38

Craneo

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenino	Porcentaje General	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Completo	27	77.1	14	73.7	13	81.3
Medio	2	5.7	2	10.5	-	-
Cráneo						

TABLA 39

Proporción

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Con Proporción	2	5.7	-	-	2	12.5
Proporción Regular	11	31.4	8	42.1	3	18.8
Desproporcionado	17	48.6	8	42.1	9	56.3

TABLA 40

Simetría

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculino	Porcentaje Masculino
Simétrico	13	37.1	6	31.6	7	43.8
Asimétrico	17	48.6	10	52.6	7	43.8

TABLA 41

Presión sobre la línea del dibujo

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Presente	16	45.7	9	47.4	7	43.8
No se muestra	14	40	7	36.8	7	43.8

TABLA 42

Ubicación

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenino	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Centro inferior	8	22.9	5	26.3	3	18.8
Central	12	34.3	8	42.1	4	25
Central izquierda	4	11.4	1	5.3	3	18.8
Centro superior	3	8.6	1	5.3	2	12.5
Superior izquierdo	3	8.6	1	5.3	2	12.5

TABLA 43

Proporción en la hoja

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenino	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
2/3	1	2.9	1	5.3	-	-
1/3	2	5.7	1	5.3	1	6.3
1/4	3	8.6	1	5.3	2	12.5
1/5	13	37.1	5	26.3	8	50
1/7	11	31	8	42.1	3	18.8

TABLA 44

Sexo del dibujo

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenino	Porcentaje femenino	Frecuencia masculina	Porcentaje Masculino
Si Femenino	5	14.3	5	26.3	-	-
No Femenino	11	31.4	11	57.9	-	-
Si masculino	4	11.4	-	-	4	25
No masculino	10	28.6	-	-	10	62.5

TABLA 45

Presencia de vestimenta

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Totalmente vestido	14	40	8	42.1	6	37.5
Vestido sin zapatos	4	11.4	3	15.8	1	6.3
Vestido sin camisa	5	14.3	2	10.5	3	18.8
Ropa interior	1	2.9	-	-	1	6.3
Ausencia de vestimenta	6	17.1	3	15.8	3	18.8

TABLA 46

Inclusiones de vestimenta

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Cinturón	3	8.6	2	10.5	2	12.5
Bolsillo	3	8.6	2	10.5	1	6.3
Botones	3	8.6	-	-	3	18.8
Nada	21	60	1	5.3	-	-

TABLA 47

Enfasis anatómico

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Nada	25	71.4	16	84.2	9	56.3
Articulación	1	2.9	-	-	1	6.3
Musculatura	2	5.7	-	-	2	12.5
Nariz	1	2.9	-	-	1	6.3
Oreja	1	2.9	-	-	1	6.3

TABLA 48

Instrumentos protectores

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Sombrilla que cubre	5	14.3	2	10.5	3	18.8
Sombrilla sin cubrir	3	8.6	2	10.5	1	6.3
Impermeable	1	2.9	-	-	1	6.3
Manta	1	2.9	-	-	1	6.3
Arbol	1	2.9	-	-	1	6.3
Casa	1	2.9	1	5.3	-	-
Ninguna	18	51.4	11	57.9	7	43.8

TABLA 49

Lluvia

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Escasa	7	20	4	21.1	3	18.8
Moderada	10	28.6	5	26.3	5	31.3
Abundante	12	34.3	6	31.6	6	37.5
Nada	1	2.9	1	5.3	-	-

TABLA 50

Nubosidad

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Abundante	3	8.6	1	5.3	2	12.5
Moderada	8	22.9	5	26.3	3	18.8
Escasa	1	2.9	1	5.3	-	-
Ninguna	18	51.4	9	47.4	9	56.3

TABLA 51

Inclusiones en el contexto del dibujo

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Charco	7	20	3	15.8	4	25
Luna	2	5.7	1	5.3	1	6.3
Estrellas	1	2.9	-	-	1	6.3
Casa	2	5.7	2	10.5	-	-
Arbol	3	8.6	1	5.3	2	12.5
Poste	1	2.9	-	-	1	6.3
Alcantarilla	2	5.7	-	-	2	12.5
Piso	9	25.7	5	26.3	4	25
Montaña	1	2.9	-	-	1	6.3
Nada	16	45.7	8	42.1	8	50

TABLA 52

Movimiento en la figura

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Dinámica	6	17.1	1	5.3	5	31.3
Rígida	24	68.6	15	78.9	9	56.3

TABLA 53

Posición

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Perfil	3	8.6	1	5.3	2	12.5
3/4	2	5.7	-	-	2	12.5
Espalda	1	2.9	1	5.3	-	-
Frente	24	68.6	14	73.7	10	62.5

TABLA 54

Posición corporal

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
De pie	29	82.9	16	84.2	13	81.3
Sentada	1	2.9	-	-	1	6.3

TABLA 55

Expresión facial

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Estereotipada	22	62.9	12	63.2	10	62.5
Seria	5	14.3	3	15.8	2	12.5

TABLA 56

Pruebas

	Frecuencia General	Porcentaje General	Frecuencia Femenina	Porcentaje Femenino	Frecuencia Masculina	Porcentaje Masculino
Anulada	5	14.3	3	15.8	2	12.5
Aceptadas	30.5	85.7	16	84.2	14	87.5

INTERPRETACION DE LA PRUEBA DE LA FIGURA BAJO LA LLUVIA.

Para la siguiente interpretación se recurrió al **"Manual del test proyectivo de Karen Machover la figura humana, junto con la tesis de Licenciatura "la prueba bajo la lluvia como auxiliar en el diagnóstico"** Perez (1985) dentro de la cual se elaboró la interpretación de la figura bajo la lluvia, en un análisis de mosaico.

La coordinación visomotora basada en la distribución y ejecución de la figura en el 86% de los casos del personal de A.P.H. de la U.N.A.M. se consideró como buena excluyendo problemas a nivel neurológico dentro del personal, en ambos sexos.

El esquema corporal fue incompleto en un porcentaje del 86%, indicando un concepto de su yo físico pobre.

El tipo de ojos vacíos se presentó con un mayor porcentaje en un 26% de los casos del equipo de A.P.H. encontrándose en mayor porcentaje (38%) dentro de los miembros varones, posiblemente indicando el no querer ver o no tener contacto con el exterior, mientras que la forma de ojos comunes cobró el mayor índice (21%) en el género femenino.

En el caso del sexo masculino, los ojos vacíos es un indicador de inmadurez emocional y egocentrismo.

Mientras que para el caso femenino es común que realicen ojos más elaborados que los hombres.

El 49% del total de los casos presentó una desproporción y asimetría en las figuras, esto indica una dificultad en la imagen corporal por parte de los miembros de A.P.H.

La proporción de la figura en la hoja fue aproximadamente de 1/5 parte en el mayor porcentaje con un valor de 37%, esta proporción fue igualmente más significativa en el caso masculino. Mientras que en el caso femenino su proporción disminuyó en 1/7 parte del total de la hoja indicando, una mayor represión e infravaloración.

Respecto a la ubicación en la hoja el 34% de los casos se presentaron al centro de ésta, indicando un equilibrio entre la fantasía y la tendencia a lo práctico, entre la introversión y la extroversión.

La calidad de línea con un valor regular en el 43% de los casos, junto con una rigidez de un 69% de los casos nos indica que se trata de sujetos tímidos e inseguros.

La boca realizada a través de una línea cóncava obtuvo un porcentaje del 49% en el puntaje general de la prueba, siendo esta forma la más significativa para ambos, esto por lo general es característico de los sujetos dependientes.

La forma de manos en garra y las manos ocultas obtuvieron el mismo punta (14%) en los casos de la muestra poblacional, en cuya presencia los hombres obtuvieron los principales porcentajes, esto indica que las manos ocultas muestran una tendencia a la evasividad al contacto con los otros, y a actuar; las manos en forma de garras indican agresividad.

En el caso femenino el mayor porcentaje registrado corresponde al 16% en las manos en forma de flor, con dedos cortos y redondos esto indica poca habilidad manual e infertilidad.

En un 63% del total de los casos de la muestra poblacional, los caracteres sexuales secundarios fueron anulados con una mayor frecuencia en el caso femenino esto indica un inadecuado manejo de la identificación con su rol.

El 40% de los casos presentó el total de la vestimenta con una similitud en ambos géneros, esto puede indicar que se trata de personas convencionales, recatadas que ponen límites.

El 60% de la muestra poblacional no puso inclusiones dentro de la vestimenta; el 80% no hizo énfasis en ningún aspecto y el 71% no presentó ningún énfasis anatómico.

En el 80% de los casos no existió un tema específico (como algún tema deportivo o laboral) dentro de la figura humana.
El rasgo de edad aparente en las figuras osciló entre los 11 y 15 años encontrándose el 34% del total de la población, característica que regularmente se encuentra entre los adolescentes.

En el 46% del total de los casos se detectó una posible tensión muscular por parte del equipo de Técnicos en Urgencia Médica a través de la presión empleada al realizar el esquema de la figura.

Uno de los aspectos fundamentales de este Test, es la representación de instrumentos protectores para defenderse de la lluvia elemento que de forma proyectiva se considera como estresor. Dentro de esto el 51% de los casos no empleó ningún instrumento protector, mientras que solo el 14% empleó una

sombrilla que cubre y el 9% poseía la sombrilla sin emplearla (El resto del porcentaje presentaron instrumentos de protección tales como árboles, casas, o mantas).

Esto indicó de forma proyectiva que no se contaba con elementos empleados para la autoprotección, que los recursos fueron inadecuados o bien que estos recursos no se empleaban para enfrentarse a situaciones de estrés o de amenaza. El resto del porcentaje mostro la posibilidad de que los sujetos recurrieran a la protección de elementos ya configurados

El 34% de los casos dibujó lluvia abundante con una diferencia relativamente mayor en el caso masculino esto indica que posiblemente los sujetos experimentan una cantidad de estrés, angustia o amenaza considerables.

TABLA DE CORRELACIONES . ESCALAS CLINICAS (SEXO MASCULINO)

	L	F	K	Hs	D	Hu	Dp	Mf	Pa	Pt	Ea	Ma	Is
L													
F													
K													
Hs			608**										
D													
Hu													
Dp													
Mf													
Pa													
Pt													
Ea													
Ma													
Is													

TABLA DE CORRELACIONES . ESCALAS CLINICAS (SEXO FEMENINO)

	L	F	K	Hs	D	Hu	Dp	Mf	Pa	Pt	Ea	Ma	Is
L													
F													
K													
Hs													
D													
Hu													
Dp													
Mf													
Pa													
Pt													
Ea													
Ma													
Is													

* P ≤ .05

**P ≤ .01

O Probabilidad de error nula

TABLAS 59sup. 60inf.

CORRELACIONES ESCALAS DE CONTENIDO-CLINICA (SEXO MASCULINO)

	ANS	MIE	OHS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR	
L			.5631	.5517												
F	.7106	.4983	.7135	.8752		.6311	.5805	.6386	.6803	.5180	.5056		.6190	.6208	.5566	
K	.6095	.6099	.7525	.7121		.5387	.7901	.6844		.7525	.5914	.5393	.5041	.7268	.6728	
Ha					.7741					.4867						
D	.6857	.5629	.5755	.7134		.5950			.5749		.5787	.5993	.5186	.6117	.6474	
Hh					.6980					.5247						
Dp					.6252											
Mf					.7825											
Pa					.5506											
Pt	.6429	.5139	.7552	.7490	.6097						.6217	.5229	.7160	.6946	.7230	
Ea	.5904	.5020	.7370	.7716	.5977	.6047					.6565	.5582	.8172	.6933	.6995	
Ma			.6314	.5595			.5912	.5518					.6721	.7956		
la	.6741	.6619	.7237	.7262		.4949		.6403	.5131		.6689	.8133	.6321	.7881	.7065	

CORRELACIONES ESCALAS DE CONTENIDO-CLINICA (SEXO FEMENINO)

	ANS	MIE	OHS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR	
L																
F			.4788	.4432			.5633							.5029		
K	.6795		.7250	.7604			.7772	.7176	.5154	.5980	.7230	.4608	.7103	.5766	.8404	.8012
Ha					.5683			.5097							.7980	.5247
D	.6849				.6423						.5601	.5553			.5379	
Hh					.4641			.6465	.4539	.5255	.5566				.4767	
Dp								.5086			.6231					
Mf					.4863					.4631						
Pa								.6403	.4777	.4834						
Pt													.5738			
Ea																
Ma																
la				.4704				.5090	.6508		.6518	.8582			.5891	

* p < .05

** p < .01

O Probabilidad de error nula

TABLAS 61supp 62inf.

CORRELACION DE ESCALAS CLINICAS-SUPLEMENTARIAS (SEXO MASCULINO)

	L	F	K	Rs	D	It	Dp	Mf	Pa	It	Ea	Ma	Is
A			**		**					**	**	**	
R	5277		7299		7197					6906	6948	6179	
Fyo	**				**	6624						**	**
AMac	6581		5123		5770					7553	7142		7089
Hr		**										5193	
Do		6706			**					**	**	**	**
Rs	5713				6259		5129			7281	7149		6894
Dpr		**	**		**					6669	6744	6233	7040
Gm	6552	7912	5519		8019					8041	8056	5550	8846
Gf		4969	5503		7249				5351	8093	7530		6597
EPK	**	**	**		**					**	**	**	**
EPS	7191	8508	6591		7417					8099	8682	6288	8982
Fp	5907	8808	7153		6777					7454	8025	7122	7718
	6917	5623	5652							7397	6586	5640	6715

CORRELACION DE ESCALAS CLINICAS-SUPLEMENTARIAS (SEXO FEMENINO)

	L	F	K	It	D	It	Dp	Mf	Pa	It	Ea	Ma	Is
A			**		**								
R	4557		8961		5698								4429
Fyo			**		**	5721	5710						
AMac			6163		5813								
Hr	**		**		**								
Do	6756		5659		**								
Rs		**	**		**								
Dpr	5312		7145		**								
Gm	4692	5294	8253		6144								4887
Gf								5518					
EPK	**	**	**		**								
EPS	6307		7151		5911								
Fp	4684		7606		5201								
	6243	**	7164		5736								4574

* P ≤ 05

** P ≤ 01

O Probabilidad de error nula

TABLAS 63sup, 64inf.

CORRELACIONES ESCALAS DE CONTENIDO-SUPLEMENTARIAS (SEXO MASCULINO)

	ANS	MIE	OBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR
A	.0	**	.0	.0		**	**	**	**	**	**	**	.0	.0	.0
R	9106	8829	8929	9311		6519	7252	7021	5821	6026	7265	6579	7762	9008	8172
Fyo	.0	**	.0					.5221			6145				
AMac	.7708	.6651	.7985		.6626						6959	5862	6194	7225	5902
Hr	.0			.0											
Do	5234			6566				6102	7188	5193		5007		6075	6176
Ra	.0		.5159					5094			5018	6059	5289		5506
Dpr	8722	5425	7489	8175				6473	5681	5746	4811	5842	5791	6172	8268
Gm	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0
Gf	8647	5872	8558	8757	4974	6302	5822	6134	5433		7362	6954	7892	8773	7675
EPN	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0
EPs	7619	7138	8069	7487	5411	5798	6177			5402	6353	5420	6327	6862	7215
EPp	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0
EPK	7152	5776	8471	9557		6261	5853	7398	6639	5041	7164	6654	8118	8758	8890
EPs	8496	6164	9164	9340		6326	7252	6560	5045	5623	7138	6791	8163	9356	8194
EPp	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0
EPK	7495	5945	8335	8025			5312	5010		5981	6613	5904	6094	7778	8439

CORRELACIONES ESCALAS DE CONTENIDO-SUPLEMENTARIAS (SEXO FEMENINO)

	ANS	MIE	OBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR
A	.0	.0	.0	.0										.0	.0
R	7851		7406	7988			7171	6662	4816		7917	5590	6115	8924	5651
Fyo	.0		5402				4646								
AMac	.6506		5386	6986			6720				5317	5188		6591	5941
Hr	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0
Do	4875		5048				5105			4441					
Ra	4952		5431	5053			5738			4986					5087
Dpr	.0			.0				5260	4421		5042				
Gm	8025		6264	8981			7830	6012	5229		7058	5944	5517	8511	5748
Gf	.0			.0			4713								
EPK	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0
EPs	7183		5898	9035	5526		7734				5598	5341	5790	7744	6125
EPp	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0
EPK	7885		6080	8818	4489		8085	4439			6318	5410	5218	7638	5252
EPs	6665		5941	8766			6689	4558			3777	5360	4631	8324	7237

*P ≤ .05

**P ≤ .01

O Probabilidad de error nula

TABLAS 65sup. 66inf

CORRELACION DE ESCALAS SUPLEMENTARIAS (SEXO MASCULINO)

	A	R	Fyo	AMac	Hr	Do	Ra	Dpr	Gm	Gf	EPK	EPS	Fp
A													
R													
Fyo	0.6831**												
AMac		0.6385**											
Hr	0.6174**	0.5093*											
Do	0.5175*												
Ra	0.8030**		0.5517*		0.5109*	0.5531*							
Dpr	0.3097**		0.7311**		0.5546**	0.7245**	0.8813**						
Gm	0.7413**		0.7333**			0.5014*	0.8133**	0.7237**					
Gf													
EPK	0.8861**		0.5332*		0.6911**	0.5906**	0.7733**	0.8858**	0.7120**				
EPS	0.9383**		0.7344**		0.6020**	0.5241**	0.8309**	0.9174**	0.7060**		0.9919**		
Fp	0.7607**		0.7298**		0.8771**		0.6630**	0.7410**	0.7102**		0.7657**	0.7711**	

CORRELACION DE ESCALAS SUPLEMENTARIAS (SEXO FEMENINO)

	A	R	Fyo	AMac	Hr	Do	Ra	Dpr	Gm	Gf	EPK	EPS	Fp
A													
R	0.5933*												
Fyo	0.7362**												
AMac		0.7155**											
Hr	0.5842**	0.5729**		0.5450**									
Do	0.4707*												
Ra	0.6860**	0.4589*		0.5314**	0.5446**								
Dpr	0.5863**		0.7522**		0.5913**		0.7485**						
Gm													
Gf													
EPK	0.7966**		0.7186**	0.4512**			0.6862**	0.8845**					
EPS	0.8530**		0.7767**	0.5474**	0.5157**		0.6971**	0.9458**			0.9343**		
Fp	0.7800**		0.7075**				0.5450**	0.8652**			0.8327**	0.8152**	

 * $P \leq 0.05$

 ** $P \leq 0.01$

O Probabilidad de error nula

TABLAS 67sup. 68inf.

CORRELACIONES ESCALAS DE CONTENIDO (SEXO MASCULINO)

	ANS	MIR	OBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR
ANS															
MIR	** .6792														
OBS	^o .8347	** .6825													
DEP	^o .8149	^o .5705	^o .8629												
SAU															
DEL	** .5794		^o .5029	** .0869	^o .5214										
ENJ	** .6950	^o .5471	** .6888	** .6485		** .6977									
CIN		^o .5113	^o .6473	^o .6871			^o .5292			^o .7827					
PAS				^o .6484					^o .7827						
PTA	** .6271	** .6691	** .6154	** .8776			** .7252		** .6846						
BAE	** .5875		** .7591	** .7673		^o .5735									
ISO	** .6513	** .7639	** .6733	** .6017					** .6938		^o .5399				
FAM	** .6311		** .7451	** .7397	** .5945	** .6525	** .6213	** .4935			^o .5198				
DTR	^o .8095	** .6637	^o .9274	^o .8542			** .6625	** .7376	** .5347	** .6562	** .6350	** .7116	** .7264		
RTR	** .7186	** .6840	** .8452	^o .9113		^o .5291	^o .5323	** .7669	** .6147	** .6265	** .7205	** .7182	** .5647	^o .7913	

* P ≤ .05

** P ≤ .01

^o Probabilidad de error nula

CORRELACIONES ESCALAS CLINICAS, ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y EDAD EN QUE SE PRESENCIA LA MUERTE U OCURRIO DESINTEGRACION FAMILIAR (SEXO MASCULINO)

	L	F	K	Us	D	Hi	Dp	Mf	Fa	Pt	Es	Ma	Is
PROBLEMA			^o .5144		^o .5605								** .5861
INFORMACION DE APOYO													
EVITATIVO													
EMOCIONAL						^o .5096							
EDAD													
EDAD DESFAMILIAR													
EDAD MUERTE													

* P ≤ .05

** P ≤ .01

^o Probabilidad de error nula

TABLAS 69sup. 70inf.

CORRELACIONES ESCALAS DE CONTENIDO (SEXO FEMENINO)

	ANS	MIE	OBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR
ANS															
MIE															
OBS	**														
DEP	5536														
SAU	6750		4853												
DEL	5164			4955											
ENJ	4765		5115												
CIN	6497		7932	7307	4990										
PAS									0						
PTA									7898						
BAE	**			**					5240						
ISO	5713			5949					7941	6131	6077				
FAM				5745					4648		6457				
DTR	**		4711	4785					4182		5924	5997			
RTR	5918	**	6423	8019		**	**	**	5879	6343	5730	7130	7174	7420	0
		**	5501	7084		**	**	**				5089	6170	7106	**

CORRELACIONES ESCALAS CLINICAS, ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y EDAD EN QUE SE PRESENCE LA MUERTE U OCURRIO DESINTEGRACION FAMILIAR (SEXO FEMENINO)

	L	F	K	Hu	D	Hu	Dp	Mf	Fa	It	Es	Ma	Is
PROBLEMA													
INFORMACION		5134		4131						4719			
EVITATIVO				4408									
EMOCIONAL				5829									
EDAD				5000									
EDAD DEFAM												6581	
EDAD MUER		5853								4446			
		6989											5652

* P ≤ .05

** P ≤ .01

0 Probabilidad de error nula

TABLAS 71sup. 72inf.

CORRELACIONES ESCALAS DE CONTENIDO ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y EDAD EN QUE SE PRESENCIA LA MUERTE U OCURRIO DESINTEGRACION FAMILIAR (SEXO MASCULINO)

	ANS	MIE	OBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR
PROBLEMA		. **		. **						. **	. **	. **			. **
INFORMACION DE APOYO		. 5927		. 5218						. 5346	. 4813	. 5150			. 6789
EVITATIVO															. **
EMOCIONAL															. 4919
EDAD															
EDAD DESFAMILIAR									. **		. 5030				
EDAD MUJER									. 5917						

CORRELACIONES ESCALAS DE CONTENIDO ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y EDAD EN QUE SE PRESENCIA LA MUERTE U OCURRIO DESINTEGRACION FAMILIAR (SEXO FEMENINO)

	ANS	MIE	OBS	DEP	SAU	DEL	ENJ	CIN	PAS	PTA	BAE	ISO	FAM	DTR	RTR
PROBLEMA				. **								. **	. **		. **
INFORMACION DE APOYO				. 5709								. 4451	. 5283		. 4462
EVITATIVO				. **											. **
EMOCIONAL				. 5382											. 4412
EDAD				. **								. 4675			
EDAD DESFAMILIAR	. **			. **								. 4939	. 0	. **	. **
EDAD MUJER	. 4682			. 6509								. 6058	. 7292	. 5916	. 5523
				. **								. **	. **	. **	. **
				. 5365								. 6058	. 6340	. 4904	. 5010

* P ≤ .05

**P ≤ .01

O Probabilidad de error nula

TABLAS 73sup. 74inf.

CORRELACIONES ESCALAS SUPLEMENTARIAS, ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y EDAD EN QUE SE PRESENCIO LA MUERTE U OCURRIO DESINTEGRACION FAMILIAR (SEXO MASCULINO)

	A	R	Fyo	AMac	Hr	Do	Ra	Dpe	Gm	Gf	EPK	EPS	Fp
PROBLEMA	-.5325								-.4899				-.5335
INFORMACION APOYO													
EVITATIVO													
EMOCIONAL													
EDAD													
EDAD DESFAMILIAR													
EDAD MUER													

* p ≤ .05 **p ≤ .01 O Probabilidad de error nula

CORRELACIONES ESCALAS SUPLEMENTARIAS, ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y EDAD EN QUE SE PRESENCIO LA MUERTE U OCURRIO DESINTEGRACION FAMILIAR (SEXO FEMENINO)

	A	R	Fyo	AMac	Hr	Do	Ra	Dpe	Gm	Gf	EPK	EPS	Fp
PROBLEMA										**	*	*	*
INFORMACION APOYO										5486	-4650	-4646	
EVITATIVO								-.4865			**	**	**
EMOCIONAL										5358			
EDAD										**			
EDAD DESFAMILIAR	-.5585		**					-.6267			0	**	**
EDAD MUER			-.5248					-.4857			5269	4718	-.5050

* p ≤ .05 **p ≤ .01 O Probabilidad de error nula

TABLAS 75sup. 76inf.

CORRELACIONES ESCALAS DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y EDAD EN QUE SE PRESENCIA LA MUERTE U OCURRIO DESINTEGRACION FAMILIAR

SEXO MASCULINO

	PROBLEMA	INFOR APOYO	EVITATIVO	EMOCIONAL
EDAD				
EDAD DEFAM	**	**		**
EDAD MUER	.6384	.6174		.6423
	.5404		.6028	.5833

TABLA 77

SEXO FEMENINO

	PROBLEMA	INFOR APOYO	EVITATIVO	EMOCIONAL
EDAD				
EDAD DEFAM	**	**	*	**
EDAD MUER	.7021	.6569	.4865	.5337
	.6773	.6025	.4415	.4749

TABLA 78

SEXO FEMENINO

	PROBLEMA	INFOR APOYO	EVITATIVO	EMOCIONAL
PROBLEMA		.7689 ^o	.8211 ^o	.9122 ^o
INFOR APOYO			.6473 ^{**}	.8054 ^o
EVITATIVO				.8970 ^o
EMOCIONAL				

TABLA 79
 * P ≤ .05 **P ≤ .01 O Probabilidad de error nula

TABLAS DE DIFERENCIA ENTRE SEXOS.

ESCALAS CLINICAS

	MEDIA MASCULINO.	MEDIA FEMENINO	T	PORCENTAJE
DEPRESION	57.4	49.4	3.58	.007
PSICASTE- NIA	59.8	49.5	2.92	.006
INTROVER- CION SOC	51.8	44.6	2.48	.018

TABLA 80

ESCALAS DE CONTENIDO.

	MEDIA MASCULINO	MEDIA FEMENINO	T	PORCENTAJE
ANSIEDAD	55.2	44.8	2.89	.007
DEPRESION	53.2	44.4	2.28	.029
CINISMO	46.8	57.4	-3.17	.003
PERSONALI- DAD TIPO A	50.7	43.2	2.32	.027
BAJA AUTO- ESTIMA	54.6	46.8	2.28	.020
INCOMODI- DAD SOC.	53.5	45.1	2.96	.006
PROBLEMAS FAMILIARES	54.9	44.4	3.05	.004
DIFICULTAD EN EL TRAB.	56.0	43.7	3.60	.003

TABLA 81

ESCALAS SUPLEMENTARIAS.

	MEDIA MASCULINO.	MEDIA FEMENINO	T	PORCENTAJE
ANSIEDAD	53.5	43.1	3.06	.008
RESPONSABI- LIDAD SOC.	50.5	41.2	3.24	.003
DESAJUSTE PROFESION	56.6	43.5	3.84	.001
DESORDEN DE ESTRÉS POS-TRAU K.	52.6	43.5	2.63	.013
DESORDEN DE ESTRÉS POS-TRAU S.	54.5	45.5	2.41	.022

TABLA 82

CORRELACIONES ENTRE LAS ESCALAS CLINICAS DEL SEXO FEMENINO.

En el caso del sexo femenino existe una correlación **directamente** proporcional significativa con un valor de probabilidad 0 entre las siguientes escalas:

- * Histeria Vs. Hipocondriasis

Así mismo existe una correlación **directamente** proporcional, significativa con un valor menor o igual a .01 entre las escalas siguientes:

- * F (infrecuencia) Vs. Introversión social.
- * K (corrección) Vs. Hipocondriasis.
- * Depresión Vs. Introversión social.
- * Paranoia Vs. Psicastenia.
- * Psicastenia Vs. Esquizofrenia.

Siguiendo este análisis, existe en el caso del sexo femenino, una correlación **inversamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad menor o igual a .01 entre las escalas de:

- * Masculinidad Femenidad Vs. Paranoia.

CORRELACION ENTRE LAS ESCALAS DE CONTENIDO VS. CLINICAS DEL SEXO FEMENINO.

En el caso del sexo femenino existe una correlación **directamente** proporcional significativa con un valor de probabilidad 0 entre las siguientes escalas:

- * Incomodidad social Vs. Introversión social.
- * Rechazo al tratamiento Vs. F (infrecuencia).

Así mismo existe una correlación **inversamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad menor o igual de 0 en las siguientes escalas:

- * Obsesividad Vs. K (corrección)
- * Depresión Vs. K (corrección)
- * Enojo Vs. K (corrección)
- * Baja Autoestima Vs. K (corrección).

De igual forma, existe en el caso del sexo femenino, una correlación **directamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad menor o igual a .01 entre las escalas de:

- * Ansiedad Vs. Depresión.
- * Depresión Vs. F (infrecuencia)
- * Depresión Vs. Depresión
- * Preocupación por la salud Vs. Hipocondriasis.
- * Cinismo Vs. K (corrección)
- * Cinismo Vs. Histeria
- * Cinismo Vs. Paranoia

- * Practicas Antisociales Vs. Introversión Social
- * Baja Autoestima Vs. Depresión
- * Baja Autoestima Vs. Incomodidad Social
- * Incomodidad Social Vs. F (infrecuencia)
- * Incomodidad Social Vs. Depresión
- * Problemas familiares Vs. F (infrecuencia)
- * Dificultad en el trabajo Vs. F (infrecuencia)
- * Dificultad en el trabajo Vs. Depresión
- * Dificultad en el trabajo Vs. Introversión Social.

Así mismo existe una correlación **inversamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad de error menor o igual de .01 en las siguientes escalas:

- * Ansiedad Vs. K (corrección).
- * Enojo Vs L (mentira).
- * Personalidad tipo A Vs. K (corrección).
- * Personalidad tipo A Vs. Desviación Psicopática.
- * Personalidad tipo A Vs. Esquizofrenia.
- * Baja Autoestima Vs. Histeria.

CORRELACION ENTRE LAS ESCALAS CLINICAS Vs. SUPLEMENTARIAS DEL SEXO FEMENINO.

Para el caso del sexo femenino, existe una correlación **inversamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad de error 0 entre las siguientes escalas:

- * K (corrección) Vs. Ansiedad.
- * K (corrección) Vs. Desajuste Profesional.
- * K (corrección) Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.

Así mismo, existe una correlación **directamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad menor o igual de .01 entre las siguientes escalas:

- * L (mentiras) Vs. Hostilidad Reprimida.
- * F (infrecuencia) Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane
- * F (infrecuencia) Vs. Infrecuencia Posterior.
- * K (corrección) Vs. Represión.
- * K (corrección) Vs. Fuerza del yo.
- * K (corrección) Vs. Hostilidad Reprimida.
- * Depresión Vs. Ansiedad.
- * Depresión Vs. Desajuste profesional.
- * Depresión Vs. Infrecuencia posterior.
- * Histeria Vs. Represión.
- * Desviación Psicopática Vs. Represión.

De igual forma existe una correlación **inversamente** proporcional, significativa, con un valor de probabilidad menor o igual a .01 entre las siguientes escalas:

- * L (mentiras) Vs. Responsabilidad social.
- * L (mentiras) Vs. Desajuste profesional.
- * K (corrección) Vs. Alcoholismo de Mac Andrew-R.
- * K (corrección) Vs. Responsabilidad social.
- * K (corrección) Vs. Desorden de estrés postraumático K.
- * K (corrección) Vs. Infrecuencia posterior.
- * Depresión Vs. Fuerza del yo.
- * Masculinidad femineidad Vs. Genero Femenino.

CORRELACION ENTRE LAS ESCALAS DE CONTENIDO VS. CONTENIDO DEL SEXO FEMENINO.

En el caso del sexo femenino, existe una correlación **directamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad de error 0 en las siguientes escalas:

- * Depresión Vs. Dificultad en el trabajo.
- * Obsesividad Vs. Enojo.
- * Depresión Vs. Enojo.
- * Problemas familiares Vs. Dificultad en el trabajo.

Así mismo existe una correlación **inversamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad 0 en las siguientes escalas:

- * Cinismo Vs. Practica antisocial.
- * Cinismo Vs. Baja Autoestima.

Por otra parte existe una correlación **directamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad menor o igual de .01 en las siguientes escalas:

- * Ansiedad Vs. Obsesividad.
- * Ansiedad Vs. Depresión.
- * Ansiedad Vs. Enojo.
- * Ansiedad Vs. Baja autoestima.
- * Ansiedad vs. Dificultad en el trabajo.
- * Obsesividad Vs. Pensamiento delirante.
- * Obsesividad Vs. Dificultad en el trabajo.
- * Obsesividad Vs. Rechazo al tratamiento.
- * Depresión Vs. Baja autoestima.
- * Depresión Vs. Incomodidad social.
- * Depresión Vs. Rechazo al tratamiento.
- * Enojo Vs. Dificultad en el trabajo.
- * Practica antisocial Vs. Baja autoestima.
- * Practica antisocial Vs. Dificultad en el trabajo.
- * Personalidad tipo A Vs. Baja autoestima.
- * Baja autoestima Vs. Incomodidad social.
- * Baja autoestima Vs. Problemas familiares.
- * Baja autoestima Vs. Dificultad en el trabajo.
- * Incomodidad Social Vs. Problemas familiares.
- * Incomodidad Social Vs. Dificultad en el trabajo.

- * Problemas familiares Vs. Rechazo al tratamiento.
- * Dificultad en el trabajo Vs. Rechazo al tratamiento.

De igual forma existe una correlación **inversamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad menor o igual de .01 en las siguientes escalas:

- * Cinismo Vs. Dificultad en el trabajo.

CORRELACIONES ENTRE LAS ESCALAS DE CONTENIDO VS. SUPLEMENTARIAS, DEL SEXO FEMENINO.

En el caso del sexo femenino, existe una correlación **directamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad de error 0 entre las siguientes escalas:

- * Ansiedad Vs. Desajuste profesional.
- * Depresión Vs. Desajuste profesional.
- * Depresión Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Depresión Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Depresión Vs. Infrecuencia posterior.
- * Enojo Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Dificultad en el trabajo Vs. Desajuste profesional.
- * Desajuste profesional Vs. Infrecuencia posterior.
- * Ansiedad Vs. Ansiedad.
- * Ansiedad Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Obsesividad Vs. Ansiedad.
- * Depresión Vs. Ansiedad.
- * Enojo Vs. Desajuste profesional.
- * Enojo Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Baja autoestima Vs. Ansiedad.
- * Dificultad en el trabajo Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Dificultad en el trabajo Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Rechazo al tratamiento Vs. Fp (Infrecuencia posterior).

Así mismo existe una correlación **inversamente** proporcional significativa con un valor de probabilidad de 0 entre las siguientes escalas.

- * Dificultad en el trabajo Vs. Ansiedad.

Por otra parte existe una correlación **directamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad menor o igual a .01 entre las escalas siguientes:

- * Ansiedad Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Ansiedad Vs. Infrecuencia Posterior.
- * Obsesividad Vs. Desajuste profesional.
- * Obsesividad Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Obsesividad Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Obsesividad Vs. Infrecuencia posterior.
- * Depresión Vs. Responsabilidad social.
- * Preocupación por la salud Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Enojo Vs. Ansiedad.
- * Enojo Vs. Responsabilidad.

- * Enjo Vs. Infrecuencia posterior.
- * Practica antisocial Vs. Responsabilidad social.
- * Personalidad tipo A Vs. Responsabilidad social.
- * Baja autoestima Vs. Responsabilidad social.
- * Baja autoestima Vs. Desajuste profesional
- * Baja autoestima Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Baja autoestima Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Incomodidad social Vs. Ansiedad.
- * Incomodidad social Vs. Desajuste profesional.
- * Incomodidad social Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane
- * Incomodidad social Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Incomodidad social Vs. Infrecuencia posterior.
- * Problemas familiares Vs. Ansiedad.
- * Problemas familiares Vs. Desajuste profesional.
- * Problemas familiares Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Dificultad en el trabajo Vs. Responsabilidad social.
- * Rechazo al tratamiento Vs. Ansiedad.
- * Rechazo al tratamiento Vs. Desajuste profesional.
- * Rechazo al tratamiento Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.

De este modo existe una correlación **inversamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad menor o igual a .01 entre las siguientes escalas:

- * Ansiedad Vs. Fuerza del yo.
- * Obsesividad Vs. Represión.
- * Obsesividad Vs. Fuerza del yo.
- * Obsesividad Vs. Hostilidad reprimida.
- * Depresión Vs. Fuerza del yo.
- * Enjo Vs. Fuerza del yo.
- * Enjo Vs. Hostilidad reprimida.
- * Cinismo Vs. Ansiedad.
- * Cinismo Vs. Responsabilidad social.
- * Cinismo Vs. Desajuste profesional.
- * Baja autoestima Vs. Fuerza del yo.
- * Dificultad en el trabajo Vs. Fuerza del yo.
- * Rechazo al tratamiento Vs. Fuerza del yo.

CORRELACION ENTRE LAS ESCALAS SUPLEMENTARIAS VS. SUPLEMTARIAS DEL SEXO FEMENINO.

En el caso del sexo femenino existe una correlación **directamente** proporcional significativa con un valor de probabilidad de error 0 entre las siguientes escalas:

- * Ansiedad Vs. Desajuste profesional.
- * Ansiedad Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane
- * Ansiedad Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Ansiedad Vs. Infrecuencia posterior.
- * Desajuste profesional Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.

- * Desajuste profesional Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Desajuste profesional Vs. Infrecuencia posterior.
- * Desorden de estrés postraumático de Keane. Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Desorden de estrés postraumático de Keane. Vs. Infrecuencia posterior.
- * Desorden de estrés postraumático de Schelenger. Vs. Infrecuencia posterior.
- * Responsabilidad social Vs. Desajuste profesional.

Así mismo existe una correlación **inversamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad menor o igual de **0** en las siguientes escalas:

- * Ansiedad Vs. Fuerza del yo.
- * Represión Vs. Alcoholismo de Mac Andrew
- * Fuerza del yo Vs. Desajuste profesional
- * Fuerza del yo Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.

Por otra parte existe una correlación **directamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad menor o igual de **.01** en las siguientes escalas:

- * Ansiedad Vs. Fuerza del yo.
- * Represión Vs. Hostilidad reprimida.
- * Alcoholismo de Mac Andrew Vs. Responsabilidad social
- * Alcoholismo de Mac Andrew Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Responsabilidad social Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane
- * Responsabilidad social Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Responsabilidad social Vs. Infrecuencia posterior.

De este modo existe una correlación **inversamente** proporcional significativa con un valor de probabilidad menor o igual de **.01** en las siguientes escalas:

- * Ansiedad Vs. Alcoholismo de Mac Andrew.
- * Ansiedad Vs. Hostilidad reprimida.
- * Fuerza del yo Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Fuerza del yo Vs. Infrecuencia posterior
- * Alcoholismo Mac Andrew Vs. Hostilidad reprimida.
- * Hostilidad reprimida Vs. Responsabilidad social.
- * Hostilidad reprimida Vs. Desajuste profesional.

CORRELACIONES ENTRE LAS ESCALAS CLINICAS TIPO DE AFRONTAMIENTO, EDAD EN QUE PRESENCIO LA MUERTE Y OCURRIO LA DESINTEGRACION FAMILIAR DEL SEXO FEMENINO.

Existe en el caso del sexo femenino una correlación **directamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad menor o igual de **.01** en las siguientes escalas:

- * Hipomanía Vs. Edad del sujeto.
- * Introversión social Vs. Edad en que se presenció la muerte.

Así mismo existe una correlación **inversamente** proporcional significativa con un valor de probabilidad menor o igual de .01 en las siguientes escalas:

- * F (infrecuencia) Vs. Edad en que ocurrió la desintegración familiar.
- * F (infrecuencia) Vs. Edad en que se presenció la muerte.
- * Hipocondriasis Vs. Evitar el afrontamiento.

CORRELACION ENTRE LAS ESCALAS DE CONTENIDO, ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y EDAD EN QUE PRESENCIO LA MUERTE Y OCURRIO LA DESINTEGRACION FAMILIAR DEL SEXO FEMENINO.

Existen en el caso del sexo femenino una correlación **inversamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad de error de 0 en las siguientes escalas:

- * Problemas familiares Vs. Edad en que ocurrió la desintegración familiar.

Por otra parte existe una correlación **inversamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad menor o igual .01 en las siguientes escalas:

- * Depresión Vs. Afrontamiento dirigido al problema.
- * Depresión Vs. Búsqueda de información y apoyo social.
- * Depresión Vs. Evitar el afrontamiento.
- * Depresión Vs. Afrontamiento dirigido a la emoción.
- * Depresión Vs. Edad en que ocurrió la desintegración familiar.
- * Depresión Vs. Edad en que se presenció la desintegración familiar.
- * Incomodidad social Vs. Edad en que se presenció la muerte.
- * Problemas familiares Vs. Edad en que se presenció la muerte.
- * Dificultad en el trabajo Vs. Edad en que ocurrió la desintegración familiar.
- * Resistencia al tratamiento Vs. Edad en que ocurrió la desintegración familiar.
- * Resistencia al tratamiento Vs. Edad en que se presenció la muerte.
- * Incomodidad social Vs. Edad del sujeto.

CORRELACION ENTRE LAS ESCALAS SUPLEMENTARIAS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y LA EDAD EN QUE PRESENCIO LA MUERTE Y OCURRIO LA DESINTEGRACION FAMILIAR DEL SEXO FEMENINO.

Existe en el caso femenino una correlación **inversamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad de 0 en las siguientes escalas.

- * Estrés postraumático de Keane Vs. Edad en que ocurrió la desintegración familiar.

Así mismo existe una correlación **directamente** Proporcional, significativa con un valor de probabilidad de error menor o igual de .01 en las siguientes escalas:

- * Fuerza del yo Vs. Edad en que ocurrió la desintegración familiar.
- * Genero femenino Vs. Afrontamiento dirigido al problema.
- * Genero femenino Vs. Evitar el afrontamiento.
- * Genero femenino Vs. Afrontamiento dirigido a la emoción.

Por otra parte existe una correlación **inversamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad de error menor o igual de .01 en las siguientes escalas:

- * Ansiedad Vs. Edad en que ocurrió la desintegración familiar.
- * Desajuste profesional Vs. Edad en que ocurrió la desintegración familiar.
- * Estrés postraumático de Keane Vs. Búsqueda de información y apoyo social.
- * Estrés postraumático de Schelenger Vs. Búsqueda de información y apoyo social.
- * Estrés postraumático de Schelenger Vs. Edad en que ocurrió la desintegración familiar.
- * Infrecuencia posterior Vs. Edad en que ocurrió la desintegración familiar.

CORRELACION ENTRE LAS ESCALAS DE AFRONTAMIENTO Y LA EDAD EN QUE SE PRESENCIA LA MUERTE Y OCURRIO LA DESINTEGRACION FAMILIAR DEL SEXO FEMENINO.

En el caso del sexo femenino, existe una correlación **directamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad menor o igual de .01 en las siguientes escalas:

- * Edad en que ocurrió la desintegración familiar. Vs. Afrontamiento dirigido al problema.
- * Edad en que ocurrió la desintegración familiar. Vs. Búsqueda de información y apoyo social.
- * Edad en que ocurrió la desintegración familiar. Vs. Afrontamiento dirigido a la emoción.
- * Edad en que se presencié la muerte Vs. Afrontamiento dirigido al problema.
- * Edad en que se presencié la muerte Vs. Búsqueda de información y apoyo social.

CORRELACION ENTRE LAS ESCALAS CLINICAS DEL SEXO MASCULINO.

En el caso del sexo masculino existe una correlación **directamente** proporcional significativa con un valor de probabilidad de error 0 entre las siguientes escalas:

- * Hipocondriasis Vs. Histeria
- * Depresión Vs. Introversión social.
- * Depresión Vs. Psicastenia.

Por otra parte existe una correlación **directamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad menor o igual de .01 en las siguientes escalas:

- * F (infrecuencia) Vs. Depresión

- * Hipocondriasis Vs. Desviación psicopática
- * Hipocondriasis Vs. Masculinidad femineidad.
- * Depresión Vs. Esquizofrenia.
- * Desviación psicopática Vs. Esquizofrenia.
- * Histeria Vs. Desviación psicopática.

Así mismo existe una correlación **inversamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad de error menor o igual de .01 en las siguientes escalas:

- * L (mentira) Vs. Depresión.
- * F (infrecuencia) Vs. K (corrección).

CORRELACIÓN ENTRE LAS ESCALAS DE CONTENIDO VS. CLINICAS DEL SEXO MASCULINO.

En el caso del sexo masculino existe una correlación **directamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad de 0 en las siguientes escalas:

- * Depresión Vs. F (infrecuencia).
- * Depresión Vs. Esquizofrenia.
- * Preocupación por la salud Vs. Hipocondriasis.
- * Preocupación por la salud Vs. Masculinidad Femineidad.
- * Incomodidad social Vs. Introversión social.
- * Problemas familiares Vs. Esquizofrenia.
- * Dificultad en el trabajo Vs. F (infrecuencia).
- * Dificultad en el trabajo Vs. Hipomania.
- * Dificultad en el trabajo Vs. Introversión social.

Así mismo existe una correlación **inversamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad menor o igual de 0 en las siguientes escalas:

- * Enojo Vs. K (corrección).

De igual forma existe una correlación **directamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad menor o igual de .01 en las siguientes escalas:

- * Ansiedad Vs. F (infrecuencia).
- * Ansiedad Vs. Depresión.
- * Ansiedad Vs. Psicastenia.
- * Ansiedad Vs. Esquizofrenia.
- * Ansiedad Vs. Introversión social.
- * Miedo Vs. Introversión social.
- * Obsesividad Vs. F (infrecuencia).
- * Obsesividad Vs. Depresión.
- * Obsesividad Vs. Psicastenia.
- * Obsesividad Vs. Esquizofrenia.
- * Obsesividad Vs. Introversión social.
- * Depresión Vs. Depresión.
- * Depresión Vs. Psicastenia.
- * Depresión Vs. Introversión social.

- * Preocupación por la salud Vs. Histeria.
- * Preocupación por la salud Vs. Depresión.
- * Preocupación por la salud Vs. Psicastenia.
- * Preocupación por la salud Vs. Esquizofrenia.
- * Pensamiento delirante Vs. F (infrecuencia).
- * Pensamiento delirante Vs. Introversión social.
- * Pensamiento delirante Vs. Esquizofrenia.
- * Enojo Vs. F (infrecuencia).
- * Enojo Vs. Hipomania.
- * Cinismo Vs. F (infrecuencia)
- * Cinismo Vs. Introversión social.
- * Practicas antisociales Vs. F (Infrecuencia).
- * Baja autoestima Vs. F (infrecuencia).
- * Baja autoestima Vs. Depresión.
- * Baja autoestima Vs. Psicastenia.
- * Baja autoestima Vs. Esquizofrenia.
- * Baja autoestima Vs. Introversión social.
- * Incomodidad social Vs. Depresión.
- * Problemas familiares Vs. F (infrecuencia).
- * Problemas familiares Vs. Depresión.
- * Problemas familiares Vs. Psicastenia.
- * Problemas familiares Vs. Introversión social.
- * Dificultad en el trabajo Vs. Depresión.
- * Dificultad en el trabajo Vs. Psicastenia.
- * Dificultad en el trabajo Vs. Esquizofrenia.
- * Rechazo al tratamiento Vs. F (infrecuencia)
- * Rechazo al tratamiento Vs. Depresión.
- * Rechazo al tratamiento Vs. Psicastenia.
- * Rechazo al tratamiento Vs. Esquizofrenia.
- * Rechazo al tratamiento Vs. Introversión social.

Por otra parte existe una correlación **inversamente** proporcional, **significativa** con un valor de probabilidad menor o igual de .01 en las siguientes escalas:

- * Ansiedad Vs. K (corrección).
- * Miedo Vs. K (corrección)
- * Obsesividad Vs. K (correlación).
- * Depresión Vs. K (corrección).
- * Cinismo Vs. K (corrección).
- * Personalidad tipo A Vs. K (corrección).
- * Baja autoestima Vs. K (corrección).
- * Problemas familiares Vs. L (mentiras).
- * Dificultad en el trabajo Vs. L (mentira).
- * Dificultad en el trabajo Vs. K (corrección).
- * Rechazo al tratamiento Vs. K (corrección).

CORRELACION ENTRE LAS ESCALAS CLINICAS VS. SUPLEMENTARIAS DEL

SEXO MASCULINO.

Para el caso del sexo masculino, existe una correlación **directamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad de error de 0 entre las siguientes escalas:

- * F (infrecuencia) Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * F (infrecuencia) Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Depresión Vs. Desajuste profesional.
- * Psicastenia Vs. Desajuste profesional.
- * Psicastenia Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Esquizofrenia Vs. Desajuste profesional.
- * Esquizofrenia Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Esquizofrenia Vs. Desorden de estrés postraumático de Scheienger.
- * Introversión social Vs. Desajuste profesional.
- * Introversión social Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Introversión social Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * F (infrecuencia) Vs. Desajuste profesional.

Por otra parte existe una correlación **inversamente** proporcional significativa con un valor de probabilidad 0 entre las siguientes escalas:

- * Psicastenia Vs. Género masculino.

Así mismo existe una correlación **directamente** proporcional significativa con un valor de probabilidad menor o igual de .01 entre las siguientes escalas:

- * L (mentira) Vs. Fuerza del yo.
- * Depresión Vs. Ansiedad.
- * Depresión Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Depresión Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Histeria Vs. Represión.
- * Psicastenia Vs. Ansiedad.
- * Psicastenia Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Psicastenia Vs. Fp Infrecuencia posterior.
- * Esquizofrenia Vs. Ansiedad.
- * Esquizofrenia Vs. Fp Infrecuencia posterior.
- * Hipomanía Vs. Ansiedad.
- * Hipomanía Vs. Desajuste profesional.
- * Hipomanía Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Hipomanía Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Introversión social Vs. Fp Infrecuencia posterior.

De igual forma existe una correlación **inversamente** proporcional significativa con un valor de probabilidad menor o igual de .01 entre las siguientes escalas:

- * L (mentira) Vs. Desajuste profesional.
- * L (mentira) Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * L (mentira) Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * L (mentira) Vs. Fp Infrecuencia posterior.
- * F (infrecuencia) Vs. Hostilidad reprimida.

- * F (infrecuencia) Vs. Responsabilidad social.
- * K (corrección) Vs. Ansiedad postraumático de.
- * K (corrección) Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * K (corrección) Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Depresión Vs. Fuerza del yo.
- * Depresión Vs. Dominancia.
- * Depresión Vs. Responsabilidad social.
- * Depresión Vs. Genero masculino.
- * Psicastenia Vs. Alcoholismo de Mac Andrew.
- * Psicastenia Vs. Dominancia.
- * Psicastenia Vs. Responsabilidad social.
- * Esquizofrenia Vs. Fuerza del yo.
- * Esquizofrenia Vs. Dominancia.
- * Esquizofrenia Vs. Responsabilidad social.
- * Esquizofrenia Vs. Genero masculino.
- * Hipomanía Vs. Represión.
- * Hipomanía Vs. Responsabilidad social.
- * Introversión social Vs. Genero masculino.
- * Introversión social Vs. Responsabilidad social.
- * Introversión social Vs. Dominancia.
- * Introversión social Vs. Fuerza del yo.

CORRELACION ENTRE LAS ESCALAS DE CONTENIDO VS. CONTENIDO DEL SEXO MASCULINO.

En el caso del sexo masculino, existe una correlación **directamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad de error 0 en las siguientes escalas:

- * Ansiedad Vs. Obsesividad.
- * Ansiedad Vs. Depresión.
- * Ansiedad Vs. Dificultad en el trabajo.
- * Obsesividad Vs. Depresión.
- * Obsesividad Vs. Dificultad en el trabajo.
- * Obsesividad Vs. Rechazo al tratamiento.
- * Depresión Vs. Dificultad en el trabajo.
- * Depresión Vs. Rechazo al tratamiento.
- * Cinismo Vs. Practicas antisociales.
- * Dificultad en el trabajo Vs. Rechazo al tratamiento.

Así mismo existe una correlación **directamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad menor o igual de .01 en las siguientes escalas:

- * Ansiedad Vs. Miedo.
- * Ansiedad Vs. Pensamiento delirante.
- * Ansiedad Vs. Enojo.
- * Ansiedad Vs. Personalidad tipo a
- * Ansiedad Vs. Baja autoestima.
- * Ansiedad Vs. Incomodidad social.
- * Ansiedad Vs. Problemas familiares

- * Ansiedad Vs. Rechazo al tratamiento.
- * Miedos Vs. Obsesividad.
- * Miedos Vs. Personalidad tipo A.
- * Miedos Vs. Incomodidad social.
- * Miedos Vs. Dificultad en el trabajo.
- * Miedos Vs. Rechazo al tratamiento.
- * Obsesividad Vs. Enjojo.
- * Obsesividad Vs. Cinismo.
- * Obsesividad Vs. Personalidad tipo A.
- * Obsesividad Vs. Baja autoestima.
- * Obsesividad Vs. Incomodidad social.
- * Obsesividad Vs. Problemas familiares.
- * Depresión Vs. Pensamiento delirante.
- * Depresión Vs. Enjojo.
- * Depresión Vs. Cinismo.
- * Depresión Vs. Prácticas antisociales.
- * Depresión Vs. Personalidad tipo A.
- * Depresión Vs. Baja autoestima.
- * Depresión Vs. Incomodidad social.
- * Depresión Vs. Problemas familiares.
- * Preocupación por la salud Vs. Problemas familiares.
- * Pensamiento delirante Vs. Enjojo.
- * Pensamiento delirante Vs. Problemas familiares.
- * Enjojo Vs. Personalidad tipo A.
- * Enjojo Vs. Problemas familiares.
- * Enjojo Vs. Dificultad en el trabajo.
- * Cinismo Vs. Personalidad tipo A.
- * Cinismo Vs. Incomodidad social.
- * Cinismo Vs. Dificultad en el trabajo.
- * Cinismo Vs. Rechazo al tratamiento.
- * Prácticas antisociales Vs. Rechazo al tratamiento.
- * Personalidad tipo A Vs. Dificultad en el trabajo.
- * Personalidad tipo A Vs. Rechazo al tratamiento.
- * Baja autoestima Vs. Dificultad en el trabajo.
- * Baja autoestima Vs. Rechazo al tratamiento.
- * Incomodidad social Vs. Dificultad en el trabajo.
- * Incomodidad social Vs. Rechazo al tratamiento.
- * Problemas familiares Vs. Dificultad en el trabajo.

CORRELACION ENTRE LAS ESCALAS DE CONTENIDO VS. SUPLEMENTARIAS DEL SEXO MASCULINO.

En el caso del sexo masculino existe una correlación **directamente** proporcional significativa con un valor de probabilidad de error de 0 entre las siguientes escalas:

- * Ansiedad Vs. Ansiedad.
- * Ansiedad Vs. Desajuste profesional.

- * Ansiedad Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Obsesividad Vs. Ansiedad.
- * Obsesividad Vs. Desajuste profesional.
- * Obsesividad Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Obsesividad Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Obsesividad Vs. Fp infrecuencia posterior.
- * Depresión Vs. Ansiedad.
- * Depresión Vs. Desajuste profesional.
- * Depresión Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Depresión Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Depresión Vs. Desajuste profesional.
- * Problemas familiares Vs Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Problemas familiares Vs Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Dificultad en el trabajo Vs. Obsesividad.
- * Dificultad en el trabajo Vs. Desajuste profesional.
- * Dificultad en el trabajo Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Dificultad en el trabajo Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Rechazo al tratamiento Vs. Ansiedad.
- * Rechazo al tratamiento Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Rechazo al tratamiento Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Rechazo al tratamiento Vs. Fp Infrecuencia posterior.
- * Problemas familiares Vs. Ansiedad.
- * Problemas familiares Vs. Desajuste profesional.
- * Dificultad en el trabajo Vs. Fp infrecuencia posterior.

Así mismo existe una correlación **inversamente** proporcional significativa con un valor de probabilidad **0** entre las siguientes escalas.

- * Ansiedad Vs. Responsabilidad social.
- * Obsesividad Vs. Genero masculino.
- * Depresión Vs. Responsabilidad social.
- * Dificultad en el trabajo Vs. Responsabilidad social.
- * Ansiedad Vs. Fuerza del yo.
- * Obsesividad Vs. Fuerza del yo.

Por otra parte existe una correlación **directamente** proporcional significativa con un valor de probabilidad **menor o igual de .01** entre las siguientes escalas:

- * Ansiedad Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Ansiedad Vs. Fp (infrecuencia posterior).
- * Miedo Vs. Ansiedad.
- * Miedo Vs. Desajuste profesional.
- * Miedo Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Miedo Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Miedo Vs. Fp infrecuencia posterior.
- * Pensamiento delirante Vs. Ansiedad.
- * Pensamiento delirante Vs. Desajuste profesional.
- * Pensamiento delirante Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Pensamiento delirante Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Enojo Vs. Ansiedad.

- * Enojo Vs. Desajuste profesional.
- * Enojo Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Enojo Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Cinismo Vs. Ansiedad.
- * Cinismo Vs. Desajuste profesional.
- * Cinismo Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Cinismo Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Practica antisocial Vs. Ansiedad.
- * Práctica antisocial Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Personalidad tipo A Vs. Ansiedad.
- * Personalidad tipo A Vs. Fp infrecuencia posterior.
- * Baja autoestima Vs. Ansiedad.
- * Baja autoestima Vs. Desajuste profesional.
- * Baja autoestima Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Baja autoestima Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger
- * Baja autoestima Vs. Fp infrecuencia posterior.
- * Incomodidad social Vs. Ansiedad.
- * Incomodidad social Vs. Desajuste profesional.
- * Incomodidad social Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Incomodidad social Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Incomodidad social Vs. Fp Infrecuencia posterior.
- * Problemas familiares Vs. Fp Infrecuencia posterior.
- * Rechazo al tratamiento Vs. Desajuste profesional.

Así mismo, existe una correlación **inversamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad menor o igual de **.01** entre las escalas siguientes:

- * Ansiedad Vs. Genero masculino.
- * Miedo Vs. Fuerza del yo.
- * Miedo Vs. Genero masculino.
- * Obsesividad Vs. Responsabilidad social.
- * Depresión Vs. Hostilidad reprimida.
- * Depresión Vs. Genero masculino.
- * Preocupación por la salud Vs. Fuerza del yo.
- * Pensamiento delirante Vs. Genero masculino.
- * Enojo Vs. Responsabilidad social.
- * Enojo Vs. Genero masculino.
- * Cinismo Vs. Hostilidad reprimida.
- * Practica antisocial Vs. Hostilidad reprimida.
- * Personalidad tipo a Vs. Represión.
- * Baja autoestima Vs. Fuerza del yo.
- * Baja autoestima Vs. Responsabilidad social.
- * Baja autoestima Vs. Genero masculino.
- * Incomodidad social Vs. Fuerza del yo.
- * Incomodidad social Vs. Dominancia.
- * Incomodidad social Vs. Responsabilidad social.
- * Problemas familiares Vs. Fuerza del yo.
- * Problemas familiares Vs. Responsabilidad social.
- * Problemas familiares Vs. Genero masculino.

- * Hostilidad reprimida Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Hostilidad reprimida Vs. Fp infrecuencia posterior.
- * Dominancia Vs. Desajuste profesional.
- * Dominancia Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Responsabilidad social Vs. Fp infrecuencia posterior.
- * Desajuste profesional Vs. Genero masculino.
- * Genero masculino Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Genero masculino Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Genero masculino Vs. Fp infrecuencia posterior.

**CORRELACION ENTRE LAS ESCALAS CLINICAS TIPO DE AFRONTAMIENTO,
LA EDAD EN QUE PRESENCIO LA MUERTE Y OCURRIO LA DESINTEGRACION
FAMILIAR. EN EL CASO DEL SEXO MASCULINO.**

Existe en el caso del sexo masculino, una correlación **inversamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad menor o igual de .01 en la siguiente escala:

- * introversión social Vs. Afrontamiento dirigido al problema.

**CORRELACION ENTRE LAS ESCALAS DE CONTENIDO, TIPO DE
AFRONTAMIENTO, LA EDAD EN QUE PRESENCIO LA MUERTE Y OCURRIO LA
DESINTEGRACION FAMILIAR DEL SEXO MASCULINO.**

Existe en el caso del sexo masculino, una correlación **inversamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad menor o igual de .01 en las siguientes escalas:

- * Miedo Vs. Afrontamiento dirigido al problema.
- * Prácticas antisociales Vs. Edad en que presencié la muerte.
- * Rechazo al tratamiento Vs. Afrontamiento dirigido al problema.

**CORRELACION ENTRE LAS ESCALAS DE AFRONTAMIENTO LA EDAD EN
QUE OCURRIO LA DESINTEGRACION FAMILIAR Y LA EDAD EN QUE SE
PRESENCIO LA MUERTE EN EL CASO DEL SEXO MASCULINO.**

Existe en el caso del sexo masculino una correlación **directamente** proporcional,

- * Dificultad en el trabajo Vs. Fuerza del yo.
- * Dificultad en el trabajo Vs. Hostilidad reprimida.
- * Dificultad en el trabajo Vs. Genero masculino.
- * Rechazo al tratamiento Vs. Fuerza del yo.
- * Rechazo al tratamiento Vs. Hostilidad reprimida.
- * Rechazo al tratamiento Vs. Responsabilidad social.
- * Rechazo al tratamiento Vs. Genero masculino.

CORRELACION ENTRE LAS ESCALAS SUPLEMENTARIAS DEL SEXO MASCULINO.

En el caso del sexo masculino existe una correlación **directamente** proporcional significativa con un valor de probabilidad de error 0 entre las siguientes escalas:

- * Ansiedad Vs. Desajuste profesional.
- * Ansiedad Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Ansiedad Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Responsabilidad social Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Desajuste profesional Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Desajuste profesional Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Desorden de estrés postraumático de Schelenger. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Fp Infrecuencia posterior Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.

Así mismo existe una correlación **inversamente** proporcional significativa con un valor de probabilidad menor o igual de 0 en las siguientes escalas:

- * Ansiedad Vs. Responsabilidad social.
- * Fuerza del yo Vs. Fp infrecuencia posterior.
- * Responsabilidad social Vs. Desajuste profesional.
- * Responsabilidad social Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.

Por otra parte existe una correlación **directamente** proporcional, significativa con un valor de probabilidad menor o igual de .01 en las siguientes escalas:

- * Ansiedad Vs. Infrecuencia posterior.
- * Fuerza del yo Vs. Genero masculino.
- * Responsabilidad social Vs. Genero masculino.
- * Desajuste profesional Vs. Fp infrecuencia posterior.
- * Desorden de estrés postraumático de Keane Vs. Fp infrecuencia posterior.

De este modo existe una correlación **inversamente** proporcional significativa con un valor de probabilidad menor o igual de .01 en las siguientes escalas:

- * Ansiedad Vs. Fuerza del yo.
- * Ansiedad Vs. Hostilidad reprimida.
- * Ansiedad Vs. Genero masculino.
- * Represión Vs. Alcohólicismo de Mac Andrew.
- * Fuerza del yo vs. Desajuste profesional.
- * Fuerza del yo vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.
- * Fuerza del yo Vs. Desorden de estrés postraumático de Schelenger.
- * Hostilidad reprimida Vs. Desorden de estrés postraumático de Keane.

ANALISIS PARA LAS CORRELACIONES ENTRE LAS DIFERENTES ESCALAS EN EL CASO DEL SEXO FEMENINO.

Hemos de volver a referirnos al inicio de este análisis, a la vulnerabilidad en la que se encuentra esta investigación, un ejemplo de esto es el proceso de indagación y examinación que aun mantiene en la antecala al grupo de escalas suplementarias del Inventario multifásico de la personalidad Minnesota 2. Así como lo pionero que es, aun en países desarrollados el tema de Psicología en Desastres y Victimología, entre otros.

Nuestra investigación en su carácter de exploratoria, busca incurrir en datos que permitan ajustar nuevas y más confiables investigaciones. Así concretamos haciendo reflexiones a nuestro resultados, buscando ampliar la interpretación de estos en investigaciones subsecuentes en un intento de allanar y juntar el camino del desarrollo a la Psicología en el campo de la atención a situaciones de desastre.

La correlación encontrada entre las escalas clínicas del MMPI 2 sugiere lo siguiente:

Que las jóvenes miembros del sistema médico de emergencias de la U.N.A.M. puede presentar una negación de su salud física manifestando quejas somáticas por ejemplo, dolor de cabeza, sueño irregular, náuseas etc. Negando de la misma forma, problemas psicológicos o emocionales y presentan una inconformidad en situaciones sociales, mostrándose amigable, extrovertida pero sus relaciones sociales pueden ser superficiales, carentes de compromiso emocional auténtico, manifiestan una necesidad de atención, afecto y simpatía, mostrándose entonces de una manera aceptable socialmente, como se observa en los resultados de la escala K.

Ante esto pueden presentarse mecanismos de defensa como negación, proyección, racionalización y culpar a los demás de sus dificultades.

Cuando el patrón de rechazo al rol tradicional de las jóvenes miembros del S.M.E. (Sistema Médico de Emergencias) se incrementa, disminuye el patrón de desconfianza y suspicacia general hacia los otros, disminuyendo con ello el cinismo (escala de mayor puntaje T) que genera un distanciamiento en las relaciones sociales y de restricción a la expresión emocional.

Así mismo la correlación existente entre las escalas de Contenido Vs. Clínicas propone, que la introversión social que se podría estar manifestando proviene de una incomodidad social y la ejecución de prácticas antisociales.

La actividad defensiva mostrada (escala K) por las integrantes del equipo de Atención Prehospitalaria, trata de evitar estados de Depresión, Enojo, Incremento

de una infravaloración vinculada con estados de obsesividad y dificultad en el trabajo; Así como estados de ansiedad e incomodidad social. Existe también un rasgo importante que distinguir al que señalamos de forma particular, refiriéndonos a la personalidad tipo A que muestra patrones inversamente proporcionales a la actitud defensiva, estados vinculados con el aislamiento y alejamiento social, con poco interés por la gente y tendencias misantrópicas, así mismo las acciones grotescas y el pensamiento irracional (Es) disminuye ante este tipo de personalidad; las actitudes tales como la demanda de atención, la dependencia, la inmadurez, el egocentrismo vinculados a rasgos histéricos, así también como patrones de desconfianza y suspicacia hacia los otros, decrecen cuando se incrementa el tipo de personalidad tipo A. Es interesante destacar que en este caso, la presencia del tipo de personalidad tipo A mantiene una correlación directamente proporcional con la escala de baja autoestima, indicando que aquellas integrantes del S.M.E. que presenten una personalidad tipo A posiblemente mostrarán una baja autoestima, que será a la vez causa de incomodidad social, problemas familiares y conductas que probablemente contribuyan a un desempeño pobre en el trabajo. Por último el Cinismo descenderá conforme se incremente el tipo de personalidad A.

Otro de los rasgos de personalidad concluyentes de esta investigación es el Cinismo que presentó una correlación directamente proporcional a estados de dominio y control sobre los otros, a estados egocéntricos, con puntos de vista pesimista y derrotista, que llevará a conductas sociales o amorales (Dp). Cuando el Cinismo disminuye, los datos indican que la introversión social aumenta al igual que las actitudes que decrecen el desempeño laboral, esto puede abrir un margen para que el Cinismo pueda ser contemplado como un mecanismo de defensa.

Las escalas de Contenido Vs. Suplementarias sugieren que el Desorden de estrés postraumático tiene una correlación directamente proporcional a estados de Depresión que responden a las experiencias de haber presenciado acontecimientos caracterizados por la muerte o por la amenaza a la pérdida de su integridad física o la de otros, así mismo, el incremento en la dificultad para la toma de decisiones, la tendencia a meditar excesivamente sus puntos de vista (Ob). El incremento en la preocupación por la salud, en el aumento en los niveles de baja autoestima, la incomodidad social, los problemas familiares, así como el rechazo al tratamiento, marcan uno de los efectos de mayor importancia en el desempeño de actividades de salvamento y atención médica. Por último cuando aumenta el desorden de estrés postraumático disminuye el Cinismo.

Por otra parte la adicción a sustancias (Alcoholismo de Mac Andrew) se incrementará, cuando aumente la responsabilidad social, esto estará vinculado con el cargo que desempeña durante las acciones del S.M.E. y el incremento de desorden de estrés postraumático; de forma inversa el alcoholismo permitirá la disminución de depresión, de ansiedad y de hostilidad reprimida, esto indica que

cuando existen periodos de alcoholismo se incrementan los estados agudos de deterioro psicológico.

En el análisis entre las escalas de MMP1 2, los estilos de afrontamiento y las edades: en que se presenció la muerte o existió una desintegración familiar, indican resultados siguientes:

Existe un aislamiento, un distanciamiento conforme fue mayor la edad en que se presenció la muerte.

Por otra parte la actitud de infrecuencia al realizar la prueba aumentó conforme fue menor la edad en que se presenció la muerte o bien ocurrió la desintegración familiar.

La preocupación excesiva por la salud, así como un estado de depresión desactiva por completo todo tipo de afrontamiento.

Un estado de ansiedad, tensión, agitación, temor, aprensión, obsesión (Pt), focalizan el afrontamiento únicamente hacia el problema, haciendo a un lado el afrontamiento emocional y se vincula a los menores índices de edad en que ocurrió una desintegración familiar.

A menor edad en que ocurrió la desintegración familiar, los problemas de ésta se incrementaron, la depresión aumentó, se incrementaron la conducta que contribuyen a un desempeño pobre en el trabajo, así mismo un estado de ansiedad, de incomodidad social, y de Desorden de estrés postraumático; de igual forma disminuyó la capacidad de adaptación emocional.

El Desorden de estrés postraumático disminuye la búsqueda de información y apoyo social así como el afrontamiento dirigido al problema.

La capacidad de adaptación como el incremento de recursos de un sujeto aumentaron (Fyo) en una correlación directamente proporcional a mayor edad en que se presenció la muerte, es aquí donde se marca la importancia de la edad de ingreso de los nuevos miembros del S.M.E.

ANALISIS PARA LAS CORRELACIONES ENTRE LAS DIFERENTES ESCALAS EN EL CASO MASCULINO.

En el caso de los jóvenes miembros del Sistema Médico de emergencia de la Universidad Nacional Autónoma de México, los datos obtenidos refieren lo siguiente:

En el análisis de las correlaciones entre las escalas clínicas se encontró que al igual que en el caso femenino, se puede presentar entre los miembros varones, negación de su salud física manifestando quejas somáticas: dolor de cabeza, sueño irregular, náuseas etc. Negando problemas psicológicos o emocionales y presentando una inconformidad en situaciones sociales.

Por otro lado existe un estado de correlación directamente proporcional, que puntualiza una importancia particular entre las escalas de depresión y Psicastenia, si bien son estas las escalas más altas, sin llegar a niveles de estados patológicos, manifiesta un estado de ansiedad, agitación, rumiación y cavilación de ideas que pueden tener connotación a temas suicidas que mantendrá una correlación en el mismo sentido a posibles conductas asociales o morales (Dp) y que se presenta como una de las escalas de mayor nivel junto a las dos anteriores.

La insatisfacción a una situación vital, el pesimismo, la falta de esperanza, la preocupación, la tensión, mantienen una correlación directamente proporcional a estados de aislamiento, de ansiedad, de dificultad para la toma de decisiones (Obs), la preocupación por la salud, la baja autoestima, temores específicos que posiblemente estén vinculados al miedo a la pérdida, que generan: dificultad en el trabajo, incomodidad social, problemas familiares y rechazo al tratamiento. De forma inversa la correlación se mantiene con estados de dominancia, responsabilidad social y confianza en si mismo.

Los estados de obsesividad mantienen una correlación con la hiperactividad, la autoevaluación irreal, los problemas familiares como lo son la carencia de amor y los temores específicos; cuando la obsesividad ha disminuido se incrementan los sentimientos de autoreferencia y la confianza en si mismo.

El desorden de estrés posttraumático mantiene una correlación directamente con los rasgos de Obsesividad compulsiva, baja autoestima y al contrario del caso femenino el Cinismo también se mantiene esta correlación directamente proporcional. Por otra parte la actitud defensiva y el empleo de recursos como el mentir, pueden tener un vínculo a manera de disminuir las responsabilidades dentro de las labores de atención, que generan efectos en la capacidad de adaptación, en la pérdida de recursos personales y el funcionamiento eficiente del sujeto. (Fyo)

Los estados de demanda de atención, inmadurez, egocentrismo, narcisismo (Hi) mantiene una correlación directamente proporcional a conductas relacionadas al rol tradicional masculino esto es: machismo, imprudencia, agresividad, poca confianza en si mismo; al igual que con estados de represión.

La hiperactividad disminuye en estados de represión, dentro de los cuales se encuentra la hostilidad, junto a la disminución de la responsabilidad social.

Los estados de control y dominio hacia otros, mantiene una correlación inversamente proporcional con estados de depresión, obsesión, que guardan un vínculo con el miedo a la pérdida; así mismo mantienen este tipo de correlación con estados de aislamiento social, conductas asociales e introversión.

Por otra parte los varones no mantienen escalas de Cinismo como en el caso femenino, pero cuando éste se da se vincula a conductas asociales y al incremento de Desorden de estrés postrumático.

La personalidad tipo A mantiene una correlación directamente proporcional a estados de ansiedad, miedos, obsesividad, depresión, enojo, al contrario del caso femenino, al Cinismo, se incrementa al igual la dificultad en el trabajo, el desorden de estrés postraumático y el rechazo al tratamiento; así mismo cuando la personalidad tipo A se incrementa, tiende a disminuir los estados histéricos, la preocupación por la salud, la represión y la responsabilidad social.

La preocupación por la salud, mantiene una correlación directamente proporcional con los problemas familiares, que pueden estar buscando atención o bien ayuda.

La correlación entre el MMPI 2, los estilos de Afrontamiento y la edad en que ocurrió la desintegración familiar o se presenció la muerte sugieren lo siguiente: La introversión social, la depresión, los temores específicas, la personalidad tipo A, la baja autoestima y la incomodidad social disminuyen el afrontamiento dirigido al problema.

Por otra parte los rasgos histéricos se vinculan con el afrontamiento dirigido a la emoción.

Es fácil entonces entender, la correlación directamente proporcional entre el genero masculino y el afrontamiento dirigido al problema.

Cuanto más se incrementa la edad en que ocurrió la desintegración familiar se manifiesta un incremento en el afrontamiento dirigido, tanto al problema como a la emoción.

Por último se encontró, que entre mayor es la edad en que se presenció la muerte, se incrementa la evitación al afrontamiento.

DISCUSSION

Discusión y conclusiones.

Al inicio de esta investigación intentamos plantear algunos de los antecedentes históricos de lo que daría lugar a los actuales Sistemas Médicos de emergencias, posteriormente planteamos algunas de las características de los modelos de Atención Prehospitalaria, buscando con ello, dar marcos contextuales de el tipo de actividades, equipo y personal que labora en los Sistemas Médicos de emergencias.

Continuamos con algunas de las investigaciones realizadas en países desarrollados, que se refieren a factores psicológicos del personal que labora dentro de equipos de intervención en situaciones de emergencias, junto a ello desarrollamos temas que mantienen relación con los Sistemas Médicos de emergencias, una vez constituido un panorama general, planteamos el método de nuestra investigación y los resultados a los que hemos llegado.

En las siguientes paginas haremos un análisis de los resultados obtenidos, dando espacio a reflexiones actuales y propuestas futuras, sin dejar de plantear, que, como en otros países , actualmente estos son los primeros pasos acerca de estudios a grupos de intervención a situaciones de desastre.

El siguiente es un análisis general correspondiente a los datos obtenidos a través de la entrevista.

Inicialmente el 54% de los miembros del Sistema Médico de Emergencias de la Universidad Nacional Autónoma de México entrevistados, pertenecen al sexo femenino, mientras que el 46% restante es constituido por varones. Estudios en otros países hacen referencia de porcentajes bajos dentro de sus miembros del sexo femenino, esto nos da una característica particular de esta muestra, a reserva de hacer un sondeo y un análisis específico sobre la selección inicial que se lleva a cabo dentro de este equipo, nos reservamos que exista una mayor preferencia a formar parte del sistema de emergencias médicas, por parte del sexo femenino.

Dentro de los sistemas Médicos de emergencias, la edad de participación en éstos, ha sido de amplia discusión, en algunos países se ha marcado una edad límite para su ingreso (tratándose tentativamente de 25 años) a estos sistemas. Es posible considerar que las características de una situación de emergencias, exija determinadas condiciones emocionales, la muestra de esta investigación, obtuvo un promedio de edad de 23 años, siendo amplio el rango entre el miembro de menor edad (17 años) y el de mayor edad (43 años).

Las características propias dentro de la cual se desempeña el Sistema Médico de Emergencias de la Universidad Nacional Autónoma de México, permiten un alto nivel de escolaridad entre sus miembros. Esto da lugar no sólo a buenos niveles de capacitación, sino también poder sondear entre las diferentes profesiones, la que prevalece; encontrándose, como era de esperarse que la carrera de Medicina mantiene gran afinidad con el desempeño de actividades dentro de un Sistema de Emergencias Médicas, sin embargo se esperaba que carreras humanísticas o sociales presentarían altos porcentajes de participación, destacándose dentro de esta muestra que las carreras de ciencias exactas cobran el mayor porcentaje.

Uno de los aspectos interesantes dentro de los Sistemas Médicos de Emergencias, ha sido lo vinculado a un entorno místico religioso dentro de estos grupos, si bien, algunas investigaciones como la realizada por Candance J. Backus (1995) dentro de su artículo "Spirituality of EMTs" denota que el 62% de los Técnicos en Emergencias Médicas, refieren haber orado por sus pacientes, ello nos permite apreciar el marco espiritual y religioso que requieren los Técnicos en Urgencias Médicas, espacio que funge como un medio de catarsis. Dentro de nuestra muestra se apreció que el 51% de los miembros, mantienen una practica religiosa.

La referencia o sugerencia de otras personas en el ingreso al Sistema Médico de Emergencias de la Universidad Nacional Autónoma de México en un 77% de los casos mantienen un aspecto social importante, su participación estará acompañada de estas referencias anteriores.

Uno de los datos que proporcionó esta investigación fué el hecho de haber presenciado accidentes en personas conocidas como un antecedente al ingreso del Sistema Médico de emergencias, destacándose que en el 54% de los miembros no hubo este antecedente. Sin embargo el 46% si presencié accidentes anteriores ello puede significar la existencia al inicio de la cobertura de accidentes, efectos postraumáticos que podrán sumarse a los que se generen durante los servicios.

Por otra parte el 25% de la muestra ha mantenido labores de Atención Prehospitalaria durante dos años dentro de cualquier Sistema Médico de Emergencias, el 68% de los miembros no han participado en desastres mayores lo que permitiría la prevención y capacitación para el entrenamiento a situaciones mayores, mientras que podemos ver que en el 74% de los miembros del sistema ha presenciado la muerte de un paciente, mostrando como principales efectos, el incremento de adicciones como el tabaquismo y el recuerdo con angustia.

Por otra parte y coincidiendo con los datos registrados en el artículo "Le estrees chez les pompiers" De Soir E Serniclaes O. (1995) los Técnicos en Urgencias Médicas de esta investigación recurren ante alteraciones emocionales. en un 43%

a sus compañeros de equipo, sin descartar que en siguientes investigaciones de carácter longitudinal, el apoyo familiar sea de mayor importancia como se destaca en el artículo "police stress response to civilian aircraft disaster" William A. (1986).

Un dato considerado de importancia por su interés corresponde a los antecedentes heredo familiares; dentro de esta investigación se encontró que las cardiopatías son el antecedente primordial dentro del equipo de Técnicos en urgencias Médicas, junto a enfermedades oncológicas y diabéticas, si consideramos el primer antecedente de cardiopatías a los riesgos y efectos de la atención e intervención a situaciones de desastres, debemos considerar y prevenir el posible incremento de problemas Cardiovasculares dentro de los miembros de este sistema.

Algunos estudios actuales sobre percepción de riesgo que ya se elaboran en nuestro país, aun sin publicar, nos permiten hacer un espacio sobre como es percibido el riesgo tanto físico como psicológico. Dentro de la muestra de nuestra investigación se encontró que el 40% asignó valores de 7 y 8 en una escala del 1 al 10 al riesgo físico dentro de la cobertura de servicios de emergencia, se esperaba que dentro de esta población se asignara como promedio valor de 10, ya que las labores se realizan dentro de unidades de alto riesgo, con posibilidades de sufrir accidentes durante las acciones de atención. Por otra parte el riesgo psicológico no fue considerado en un 94% de los miembros de esta muestra, elemento que dificulta la participación en posibles proyectos de atención psicológica.

Lo que representa un Sistema Médico de emergencias a cada miembro de un sistema requiere de un gran análisis, dentro de nuestra muestra las relaciones interpersonales cobraron una mayor importancia, guardando un estrecho vínculo al medio a través del cual se enteraron del sistema.

Las actividades voluntarias dentro de las que se desenvuelve el sistema Médico de emergencias de la Universidad Nacional Autónoma de México, subraya una actitud altruista dentro de este sistema, sin embargo solo el 37% de sus miembros mantiene un concepto claro sobre esto. Es pertinente retomar entonces lo expuesto en el marco teórico haciendo énfasis a lo estipulado por Otto Fenichel (1971) en el que destaca la búsqueda de la satisfacción de lo que ha llamado "Necesidad narcisítica" o bien el de recibir al identificarse con la persona a la que se brinda ayuda como lo plantea Anna Freud (1984) Cuando se plantearon los planes a futuro, el 54% refinó que continuar con la capacitación era uno de los principales fines, mientras que la prestación de servicios cobró importancia solo en el 17%, esto replantea la incompatibilidad o incongruencia, del carácter altruista dentro de este equipo de servicio.

Otro de los datos a destacar fueron los problemas dentro de las relaciones interpersonales de los miembros del sistema, que pueden ser por una parte los efectos de los eventos a los que no se les ha dado una canalización.

La edad en que se presenció la muerte en el mayor porcentaje ocurrió entre los 11 y 20 años en etapas adolescentes.

La desintegración familiar en un 37% de los casos podrá ser un determinante en el apoyo que se brinde en eventos traumáticos.

Dentro de este mismo análisis los resultados dentro del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota MMPI-2 en esta investigación, nos permite afirmar que no se registraron niveles patológicos en ninguna de las escalas tanto clínicas como de contenido y suplementarias.

Las escalas con niveles más altos, pero no en niveles patológicos fueron las siguientes:

Escalas Clínicas:

Generales

K Corrección
Desviación Psicopática
Histeria
Depresión.

En el caso Femenino

K Corrección
Histeria
Desviación Psicopática
L Mentira

En el caso Masculino

Psicastenia
Desviación Psicopática
Depresión

Escalas de Contenido:

Generales

Cinismo
Preocupación por la salud
Baja Autoestima

En el caso Femenino

Cinismo
Preocupación por la salud
Enojo

En el caso Masculino

Dificultad en el trabajo
Ansiedad
Problemas Familiares

Escalas Suplementarias:

Generales

Represión
Hostilidad Reprimida
Fuerza del Yo

En el caso Femenino

Represión
Hostilidad Reprimida
Fuerza del yo

En el caso Masculino

Desajuste Prof.
Desorden de Estrés
postraumatico S.
Ansiedad.

El vínculo existente entre la escala K y datos recabados en el marco teórico nos puntualizan que el preservar una imagen adecuada dentro del equipo de Técnicos en Urgencias Médicas cobra mayor importancia su seudo destacamento llamado Síndrome de Jonh Wayne, los hace mostrarse duros, manteniéndolos llamados, llevándoles a riesgos mayores dentro de la cobertura de servicios posteriores.

La escala de Desviación Psicopática nos describe que el grupo de Técnicos en Urgencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, mantiene actitudes impulsivas y aventureras en cierta medida hedonistas que puede ser personas impacientes y en ocasiones poco confiable, esto guardan un vínculo a la edad en que realizan estas actividades.

La escala de Histeria nos describe a un personal centrado en si mismos con cierta inmadurez y tendencias a manipular a los demás, con una necesidad a ser queridos, mostrándose inseguros.

La escala de Psicastenia nos describe a sujetos que tienden a intelectualizar que son ordenados y perfeccionistas autocríticos o introspectivos como ya lo mencionamos en el marco teórico la racionalización y la intelectualización se describen como mecanismos de defensa.

En las escalas de contenido se destacan: Cinismo, Preocupación por la salud, Baja autoestima.

El cinismo como la escala de mayor puntaje, dentro de nuestra investigación manifestó una característica de personalidad, peculiar y paradójica, si bien esta en niveles altos se caracteriza por creencias misantrópicas, da a lugar a la reflexión aquel postulado de actividad pro-social. Grotjhan había registrado ya en el año de 1961 esta característica dentro de grupos de emergencias así como equipos de periodismo, y si bien es de amplia consideración lo expuesto por él sobre que "El cínico evita la depresión mediante la exhibición de agresividad" relacionándolo al pesimismo y al sarcasmo nos queda confirmar esta característica con datos estadísticos.

La escala de preocupación por la salud es marcada posiblemente en un inicio por los antecedentes heredo familiares y la identificación con la víctima.

La baja autoestima que se registra en este equipo de intervención describe una de las razones principales para la necesidad fundamentales de pertenecer a estos sistemas, el Dr. Díaz Guerrero (1994) describe en su libro " Psicología del Mexicano" que los médicos cobran un mayor prestigio socialmente. Los conflictos que puede generar el dudar de si mismo, la infravaloración aumentara el estrés en eventos, los posibles sentimientos de culpas. Y la dificultad para afrontar la toma de decisiones que pueden poner en riesgo aun más su autoestima.

Las escalas suplementarias que mantuvieron mayores puntajes son:
Represión, Hostilidad reprimida, Fuerza del Yo.

Una de las razones que han permitido sobrellevar las extremas situaciones de estrés ha sido la represión que evitan el contacto emocional ante situaciones como muerte, depresión, angustia, inseguridad o sentimientos de culpa, recaen sin duda poner un límite y reprimir a aquello que pueda generar un daño.

Otra de las escalas que nos proporcionó datos específicos es la hostilidad reprimida, que nos permite proporcionar una medida sobre la tolerancia a la frustración sin un desquite posterior, esta característica nos lleva a describir las posibilidades que existen dentro de este grupo de respuestas agresivas exageradas sin provocación aparente.

La escala de fuerza de Yo indica que estos miembros cuentan con recuerdos que permitan su adaptación y buen funcionamiento así como buenos resultados en Psicoterapia.

La forma de **afrentamiento al estrés** del equipo de Técnicos en Urgencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, denota un mayor afrontamiento dirigido al problema mientras que el afrontamiento dirigido a la emoción es desplazado a niveles menores, esto indica un posible desequilibrio en las estrategias de afrontamiento.

Si esto fuera considerado como tal, la descripción que hace Lazarus sobre la disminución en el afrontamiento dirigido a la emoción, denotaría que los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional incluye estrategias tales como:

evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas, y extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos, o bien podrían generarse estrategias que reevalúen la situación. Existen otras formas, las conductuales como el ejercicio físico, la meditación, la ingesta de alcohol.

El afrontamiento dirigido al problema estaría entonces creando estrategias analíticas dirigidas principalmente al entorno, como son modificar presiones ambientales, obstáculos, recursos y procedimientos.

Quedará entonces por identificar, funciones que engloben estrategias centradas en el problema y la regulación de la respuesta emocional, posiblemente a través de la variación de l nivel de aspiraciones, la búsqueda de canales distintos de gratificación y el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos.

El Test de la Figura humana bajo la lluvia permitió detectar que el 51% de los casos no se empleó ningún instrumento protector que de forma proyectiva destaca la vulnerabilidad ante situaciones de estrés, un 14% manifestó proyectivamente elementos que permiten suponer adecuados mecanismos de defensa que eran empleados ante eventos de estrés, otro 9% mostro contar con estos elementos sin emplearlos y el resto de los miembros indicaron elementos constituidos como casas o árboles que pueden sugerir, otro tipo de interpretación.

Dentro de otras cosas el mismo instrumento permitió detectar que en el 34% de los casos se manifestó de forma proyectiva elementos que indican posible estrés considerable, con una diferencia relativamente mayor en el caso del sexo masculino.

Esto nos permite subrayar que se mantiene latente la presión ejercida por elementos de estrés, que no han sido orientados por estrategias adecuadas de afrontamiento.

Por último ambos instrumentos nos permiten hacer una reflexión final por una parte, la presencia de elementos que denotan estrés en niveles considerables dentro del personal de Atención Prehospitalaria y por otro lado que este equipo de intervención ha empleado estrategias que afrontan el problema de un evento, teniendo una capacidad de reacción adecuada, sin embargo su respuesta al ámbito emocional se mantiene fuera de un plan de defensa.

Ante esto cabe señalar algunas reflexiones hechas por Shalev dentro de su artículo "*Les mécanismes de confrontation, une nouvelle conception pathogénique et thérapeutique du syndrome de combat*" en él señala, que la reacción de combate, es el prototipo psicológico del trauma y que el fracaso de su tratamiento radica en el origen de este, junto a ello puntualiza que el 50% de los casos de desorden de estrés postraumático es irreversible ya que no se da un tratamiento inmediato.

Con esto tratamos de centrar la importancia que cobra el estrés cuando no se han creado estrategias o bien, no son adecuadas para un afrontamiento.

Diferencia entre sexos permitió el siguiente análisis, a través de la entrevista.

Uno de los datos a considerar durante el análisis de los resultados, es que el 37% de los miembros varones han acudido a situaciones de desastre mayor, dato que en el caso femenino corresponde a un 5% esto nos proporciona un antecedente primordial durante nuestro análisis.

El tipo de las alteraciones ante la cobertura de Atención Prehospitalaria, registra que en el caso masculino el insomnio y el incremento de adicciones constituyen los principales efectos postraumáticos. Sin embargo el sexo femenino registró la somatización como principal efecto.

Ante estas alteraciones los miembros varones hacen una distinción hacia quien expresan sus emociones, destacando a los amigos como el principal apoyo mientras que las mujeres comparten estas emociones indistintamente.

Otro de los datos diferenciales entre los sexos corresponde al tipo de desintegración familiar, mientras que los miembros varones manifiestan una desintegración familiar por divorcio en su mayor porcentaje, los miembros del sexo femenino reportan una igualdad en el porcentaje de desintegración causada por divorcio o por la muerte de alguno de los padres.

Análisis diferencial en las escalas del MMPI-2 entre ambos sexos.

Dentro de las escalas clínicas es posible hacer un análisis comparativo con la población normativa mexicana ya que los niveles en los valores de T son superiores en la población de Técnicos en Urgencias Médicas.

Dentro de estas escalas clínicas únicas en las que se puede hacer un análisis comparativo por falta de publicaciones:

En el caso femenino los resultados obtenidos nos proporcionan rasgos de personalidad específicos como son el egocentrismo, la inmadurez, la tendencia a manipular a los demás, la impulsividad, el cinismo, la represión y la hostilidad reprimida, estos datos nos llevan a pensar que el personal del sexo femenino mantiene una actitud defensiva, agresiva y de hostilidad.

Es posible que exista una escasa identificación con su rol, aunque dentro de la escala de Masculinidad femineidad nos indique lo contrario, destacando que dentro de este mismo estado es posible un estado de auto protección.

En el caso masculino la combinación de las escalas de Psicastenia y de Depresión nos indican una posible tendencia a ideas suicidas; la depresión en forma aislada explicada por Lebigot (1991), como ya se indicó en el marco teórico, nos manifiesta que, como un estado crónico de estrés no puede estar siempre consciente puede producir estados depresivos bajo lo que se ha llamado "*Depresión por agotamiento*" apareciendo esta como una enfermedad de adaptación. Es posible entonces que estos sujetos manifiesten una preocupación en exceso, sujetos irritables, melancólicos, insatisfechos con sí mismos, introvertidos y posiblemente moralistas, por otra parte la Ansiedad manifiesta en estos miembros proporciona antecedentes a los datos de posibles desórdenes de estrés posttraumáticos registrado en la escala de Schellenger dentro de las escalas suplementarias. El conjunto de estas manifestaciones y la falta de procesos terapéuticos irán incrementando la dificultad en el trabajo y los problemas familiares.

Después de haber hecho un análisis general y diferencial entre sexos es pertinente retomar las propuestas, respecto a los rasgos con los que debe contar, los aspirantes a equipos de intervención, propuesto por investigaciones norteamericanas.

Algunos análisis como los hechos por Hargrave y Norburg (1986) nos describen características como la extroversión, la independencia, ser alguien prevenido controlado, asertivo, autoritario y reservado. Hargrave destaca ante esto, la vulnerabilidad de estas mismas características.

El haber detectado algunas de las características de personalidad del equipo de Técnicos en Urgencias Médicas (T.U.M) nos permite hacer una última reflexión. Las características del contexto donde se desarrollan labores de intervención en situaciones de desastre ¿Permitirían hablar de un perfil de personalidad para la realización de este tipo de labores?. Es posible estipular características generales que permitan el mejor desempeño de los cuerpos de intervención a situaciones de emergencia sin embargo, no se podrá hacer a un lado la vulnerabilidad en que se encuentran estas personas, los efectos que genera cualquier tipo de intervención subraya la necesidad de equipos permanentes de atención psicológica.

A manera de conclusión podemos decir entonces que:

Con referencia a nuestra pregunta 1, la elevación que encontramos en las escalas clínicas, no registran niveles patológicos, pero si índices a considerar en las escalas de Desviación Psicopática, Histeria y Psicastenia de forma general.

Con respecto a la pregunta 2, se encontró que el personal de Técnicos en Urgencias Médicas, dirige el afrontamiento hacia el problema en un 41%, lo hace ocasionalmente en un 29%, y el 19% no lo dirige al problema. Mientras que el afrontamiento dirigido a la emoción no se lleva a cabo en el 38% de los casos, el 24% lo hace ocasionalmente y el 27% lo hace con frecuencia.

De acuerdo a la pregunta 3 el 51% de los miembros no representó ningún elemento indicativo de mecanismos de defensa, el resto del porcentaje se distribuyó en quienes mostraron elementos que sugieren mecanismos adecuados, elementos de los cuales no se hacía uso de ellos, o bien emplear otro tipo de elementos.

Por último y en referencia a la pregunta 4, si se encontraron diferencias entre sexos.

La demanda actual de los Sistemas Médicos de Emergencias en países desarrollados, incluye la creación de seguros que cubran los gastos de atención psicológica o psiquiátrica a los efectos postraumáticos generados por la exposición a las actividades desarrolladas por los T.U.M.

El desarrollo actual de los Sistemas Médicos de Emergencias en México deberá eliminar una amplia lista de vacíos a nivel nacional, si no son cubiertas estas necesidades, los efectos psicológicos en los miembros de estos sistemas seguirán generando pérdidas humanas psicológicas podrán incidir tanto en las

víctimas que son atendidas a través de los servicios prestados, como en los mismos técnicos en urgencias médicas, incluyendo los aspectos bio-psico-sociales.

SUGERENCIAS DE INVESTIGACION.

- 1 Mantener subsecuentes investigaciones de caracter longitudinal respecto al tema.**
- 2 Evaluar las aportaciones que proporciona el Inventario Multifásico de la personalidad 2, como un instrumento de apoyo dentro del campo de la Atención Prehospitalaria en México.**
- 3 Formular proyectos de investigación respecto a efectos psicológicos dentro del personal que pertenece a equipos de intervención.**
- 4 Iniciar investigaciones con personal ajeno a la Universidad Nacional Autonoma de México, como Cruz Roja, Escuadron de Rescate y Urgencias Médicas entre otros.**
- 5 Ampliar investigaciones a personal que recibe una remuneración económica por la prestación de servicios.**

SUGERENCIAS EN CUANTO AL ENTORNO LABORAL DEL SISTEMA MEDICO DE EMERGENCIAS DE LA U.N.A.M.

- 1 Conformar las condiciones adecuadas en infraestructura dentro de este sistema.**
- 2 Crear una coordinación que desempeñe actividades dentro del campo Psicológico dentro del sistema, con suficiente conocimiento de este.**
- 3 Formar un esquema que mantenga lazos de comunicación y apoyo entre las escuadras de servicio y la coordinación psicológica, que desempeñe funciones posteriores a cada servicio.**
- 4 Implementar esquemas que permitan la selección y distribución de los Técnicos en Urgencias médicas en situaciones de desastre mayor.**
- 5 Los miembros varones del sistema médico de urgencias de la U.N.A.M. han manifestado efectos por eventos traumáticos a los que se les deba proporcionar elementos a través de los cuales se inicien procesos terapéuticos.**
- 6 Generar mayor participación entre los coordinadores del sistema y el resto de los miembros, con la finalidad de proporcionar condiciones que permitan apoyo entre sus miembros.**
- 7 Proporcionar información general a los técnicos acerca de los diferentes efectos y alteraciones que se presentan ante la prestación de servicios en una catastrofe.**
- 8 Mantener proyectos de investigación dentro del sistema médico de emergencias.**

ANEXO 1.

FORMATO DE ENTREVISTA.

Nombre.
Escolaridad.
Estado Civil.
Religión.
Ocupación.
Curso actual dentro del S.M.E.
Fecha de ingreso al S.M.E.
Años laborando al S.M.E.
FAMILIOGRAMA.

- 1.- ¿Como ingresó usted al sistema médico de emergencias?
- 2.- ¿Por qué, ingreso usted al S.M.E.?
- 3.- ¿A acudido usted a situaciones de desastre mayor, durante cuanto tiempo estuvo en servicio continuo y cuáles fueron las emociones percibidas durante este periodo?
- 4.- ¿Ha presenciado la muerte de un paciente, cuales fueron las emociones percibidas?
- 5.- ¿Ha causado alteraciones en sus costumbres cotidianas los sucesos vivenciados, durante los servicios de atención prehospitalaria?
- 6.- ¿De que forma desahoga las emociones generadas?
- 7.- ¿A quién acude, cuando se han dado estas alteraciones?
- 8.- ¿En una escala de riesgo, del 1 al 10, que valor le asigna a la atención prehospitalaria?
- 9.- ¿Que representa para usted el S.M.E.?
- 10.- ¿Cree Usted, que portar un uniforme o pertenecer a un S.M.E. crea un prestigio ante la sociedad?
- 11.- ¿Qué es para usted el altruismo?
- 12.- ¿Qué actividades de las que usted realiza, considera son altruistas?
- 13.- ¿Qué planes a futuro tiene Usted dentro del S.M.E.?
- 14.- ¿A qué dedica su tiempo libre?

ANEXO 2.

ESCALA DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO.

Escoja algún problema al cual se haya tenido que enfrentar últimamente dentro del sistema.

Indique por favor, cuales de las siguientes situaciones se acercan más a lo que hizo usted frente al problema.

NO Si ocasionalmente.
Si con frecuencia.

- 1.- Trató de entender la situación.
- 2.- Platicó sobre el problema con el conyugue u otro familiar.
- 3.- Platicó con un amigo sobre el problema.
- 4.- Habló con algún profesional (médico, abogado, sacerdote).
- 5.- Rezó para encontrar guía o fortaleza.
- 6.- Se preparó para lo peor.
- 7.- No se preocupó, pensó que todo se resolvería.
- 8.- Cuando se sintió triste o enojado se desquitó con otra persona.
- 9.- trató de verle el lado positivo a la situación.
- 10.- Para olvidarse del problema se mantuvo ocupada en otra cosa.
- 11.- Elaboró y siguió un plan de acción.
- 12.- Para manejar el problema tomó en cuenta varias alternativas.
- 13.- Aprovechó la experiencia de situaciones similares en el pasado.
- 14.- No demostró sus sentimientos.
- 15.- Tomo las cosas con calma una por una de acuerdo a como se presentaron.
- 16.- Trató de apartarse del problema para verlo con más objetividad.
- 17.- Analizó repentinamente el problema para tratar de atenderlo.
- 18.- Trató de no seguir su primer impulso y actuar con precipitación.
- 19.- Se dijo a si mismo cosas que lo ayudaron a sentirse mejor.
- 20.- Se alejó momentáneamente del problema.
- 21.- Supo lo que se tenía que hacer y luchó para lograrlo.
- 22.- En general evitó estar cerca de la gente.
- 23.- Se prometió a si mismo que las cosas serían diferentes la próxima vez.
- 24.- Se negaba a creer que eso hubiera sucedido.
- 25.- Lo aceptó, nada se podía hacer.
- 26.- Demostró sus sentimientos de alguna manera.
- 27.- Buscó ayuda de personas o grupos con experiencia similares.
- 28.- Intentó o se sometió a sacar algo positivo de la situación.

BIBLIOGRAFIA.

Almanza S. (1990) Un modelo de sistema de medicina de emergencias para la Ciudad de México. Gaceta médica de México. Vol 126. Num 5 pags. 423 a 430

Burkle, Frederick M (1994) Emergency Medical Services Systems in the United State and China A Developmental Comparison prehospital and Disaster Medicine.

Candance J. (1995) Spirituality of EMTs: A study of the spiritual nature of EMS workers and it's effects on perceived happiness and prayers for patients. Prehospital and disaster medicine Vol. 10 Num. 3 U.S.A.

Crocq L. (1989) Le Stress de Guerre Impact sur les Décideurs, les Combattant et la Population. Consultant en Psychologie-Sociologie au Secrétariat Général de la Defense National.

Crocq L (1989) Le Stress des Décideurs et des Sauveteur Dans les Catastrophes. Extrait des Comtes Rendus du Congrès de Psychiatrie et de neurologie de langue Francaise.

Cruz Roja Mexicana. (1991) Manual del Practicante. Comité Nacional de Capacitación. Coordinación Nacional de Capacitación y Desarrollo.

Cruz Roja Mexicana (1991) Manual Normativa y Operativo de Socorro para casos de Desastre de la C.R.M. Serie 3000.

Cohen G (1983) Psicología de la Salud Pública México Textos Extemporáneos.

Díaz G.R. (1994) Psicología del Mexicano. México. Trillas.

Diario Oficial de la Federal. Organo del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos Tomo CDCIII NUM. 1 México D.F. Lunes 3 de octubre de 1994.

De la Fuente R. (1986). Las Consecuencias del Desastre en la Salud Mental México. Salud Mental 9 (39 pags. 3-7

De Soir E. Serniclaes o. (1995) Le Estrees Chez les Pompiers. Medicine de Urgence. Num 13 Paris Pags. 25-29.

- Dicaprio N. (1989) Teorías de la personalidad, Mc Graw Hill Interamericana de México.
- Esplendor del México Antiguo (1988). Séptima Edición. Serie Centro de Investigaciones Antropológicas de México. Tomo I Ed. Del Valle de México.
- Eisenberg N. (1982) The Development of Prosocial Behavior Academic Press. Cap I, II, XIV.
- Fenichel O. (1971) Teoría psicoanalítica de la Neurosis. Buenos Aires, Argentina. Paidós.
- Freud, A. (1984) El yo y los mecanismos de Defensa. México F.C.E.
- Freud, S. (1967) Obras Completas Vol. II, Buenos Aires Argentina. Amorrortu. Séptima reimpresión.
- Freud, S. (1967) Obras Completas Vol. VI, Buenos Aires Argentina. Amorrortu. Séptima reimpresión.
- Freud, S. (1967). Obras Completas Vol VIII, Buenos Aires Argentina. Amorrortu, séptima Reimpresión.
- Freud, S. (1969). Obras completas Vol XIII, Buenos Aires Argentina. Amorrortu, Séptima Rimpresión.
- Graham J.R. (1987) MMPI Guía Práctica. México D.F. Ed Manual Moderno.
- Groijhan M. (1961) Psicología del humorismo. Madrid España Ed. Morata.
- Goldstein I. Jamner L. Shapiro D. (1992) Ambulatory Blood Pressure and Hear Rate in Healthy Male Paramedics Durings. Pleath Psychol II.
- Huitzinga A (1972). Homo Lúdens. Madrid. Alianza Editores.
- Lazarus R. (1991) Estés y Procesos Cognitivos. México. Roca.
- Lebigot F. (1991) Dépressions Post-traumatiques. Médico-psychologiques, Paris Francia.
- Linton J. Webb C. Kommor M. (1992) Critical Incident Strees in Prehospital Emergency Care W, V Med. J. 88(4).
- Lucio, M.E. (1995) Diagnóstico Psicométrico en Clínica. México. Ed U N.A.M.

- Lucio, m.E. (1995) Manual inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota 2 Manual moderno.
- Manual Diagnostico y Estadistico de Trastornos Mentales DSM-IV (1995) Barcelona España. Ed. Masson.
- Martinez M. E. (1989), Búsqueda de Rasgos de Personalidad en común entre sujetos que conforman grupos de aspirantes a residencias médicas a través del MMPI. Tesis de Maestría, Fac. De Medicina. U.N.A.M.
- Noto r. Huguenerd P. Larcán A. (1987). Medicine de Catastrophe. Paris. Mason Cap II, IV.
- Salva L.j. (1985) Enciclopedia Practica de Primeros Auxilios. Barcelona España. Marin Tomo I.
- Parkard V. (1974) Una nación de Desconocidos. Buenos Aires Argentina. Ed. Sudamericana.
- Pérez L.E. (1985) La prueba persona bajo la lluvia como auxiliar en el diagnóstico. Tesis de Licenciatura. Fac. De Psicología U.N.A.M.
- Slaikeu, K. (1988) Intervención en Crisis. México Ed. Manual Moderno.
- Swisher L, Nieman L, Nelseng S, (1993) Death Notification in Emergency Department, a Survey of Residents an Attending Physisians. Ann-Emerg-med. 22(8) pag. 1319-1323.
- Vesseron F. (1993) La Lettre des Cindyniques N-10 Décembre Paris Francia.
- Vesseron F. (1994) La Lettre des Cindynique Num. 12. Juin Paris Francia.
- Vesseron F. (1995) La Lettre des Cindynique Num 14 Janvier. Paris Francia.
- William A. (1986) Police Stress Response to Civilian Aircraft Disaster Calif, E.U.A.