

29



Universidad Nacional Autónoma de México

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

Efectos Psicológicos Causados por los
Sismos de Septiembre de 1985, en los
Estudiantes de la Facultad de Medicina

I N F O R M E

Que para obtener el Título de:
Licenciada en Enfermería y Obstetricia

P r e s e n t a:
GUADALUPE PEREZ RESENDIZ

México, D. F.

1988



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 está 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.

CONTENIDO

	Pág.
JUSTIFICACION	
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS DEL INFORME	4
CAPITULO I	
1. MARCO TEORICO DE LA INVESTIGACION	
1.1 Alteraciones psicológicas posteriores a un desastre	5
1.1.1 Definición de desastre	5
1.1.2 Tipos de desastres	7
1.2 Reacciones individuales	
1.2.1 Definición de trastorno postraumático	7
1.2.2 Factores predisponentes	8
1.2.3 Esquema evolutivo de Cohen	10
1.2.3.1 Fase de amenaza	10
1.2.3.2 Fase de choque	12
1.2.3.3 Fase de readaptación	13
1.2.3.4 Secuelas	14
1.2.4 Según Ollendick y Hoffman	14
1.2.4.1 Fase heroica	15
1.2.4.2 Fase de luna de miel	15
1.2.4.3 Fase de desilusión	
1.2.4.4 Fase de reconstrucción	
1.2.5 Tyhurst: respuestas conductuales	16
1.2.6 Horowitz: respuestas al estrés	17
1.3 Reacciones grupales.	18
CAPITULO II	
2. DESCRIPCION DEL DISEÑO DE INVESTIGACION	
2.1 Planteamiento del problema	21

	Pág.
2.2 Objetivos	21
2.3 Hipótesis	21
2.4 Metodología	22
 CAPITULO III	
3. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA REALIZADAS	
3.1 Programa de trabajo	25
3.2 Estudio de la Unidad Institucional de servicio social	28
3.3 Actividades realizadas en el servicio social	34
 CAPITULO IV	
4. RESULTADOS Y ANALISIS DE LA INVESTIGACION	
4.1 Resultados y Discusión	75
4.1.1 Comportamiento de la población general ante el estrés	75
4.1.2 Los daños	76
4.1.3 Secuelas	78
4.1.4 Atención psicológica	85
4.2 Conclusiones	87
 CONCLUSIONES	 89
GLOSARIO DE TERMINOS	91
BIBLIOGRAFIA	94
 ANEXOS	
ANEXO 1 Cuestionario aplicado a los estudiantes ocho meses después de los sismos.	
ANEXO 2 Cuestionario "Factores de riesgo en depresión".	
ANEXO 3 Test psicológico "B.D.I.".	
ANEXO 4 Cuestionario "D.C.Q.".	
ANEXO 5 Encuesta sobre la asignatura "S.I.P.C.".	

JUSTIFICACION

El reglamento del servicio social de la Universidad Nacional Autónoma de México, establece las bases y lineamientos para la prestación del servicio social de los estudiantes de la Universidad; de conformidad con los artículos 52 y 55 de la ley reglamentaria del artículo 5º Constitucional y 85 de su reglamento. Los estudiantes de la U.N.A.M. deberán prestar su servicio social como requisito previo, para la obtención del título profesional y tener derecho a presentar el examen profesional.

Por lo que para cumplir dicho requisito presento este informe realizado en el Departamento de Epidemiología y Comunidad de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., en la investigación del programa de Salud Mental: "Efectos Psicológicos causados por los Sismos de septiembre de 1985, en los estudiantes que ingresaron a la Facultad de Medicina en 1986".

INTRODUCCION

Hay situaciones no cotidianas en la vida que obligan a tener una respuesta psicológica a nivel individual y grupal. Estas situaciones son desastres que ocurren en forma no previsible, o previsible y toman por sorpresa a una población, desequilibrando sus sistemas de relación, de sostén y de sobrevivencia. Esto aconteció en la Ciudad de México en Septiembre de 1985. Lo que dio oportunidad al equipo interdisciplinario de atención a la salud, y principalmente al que atiende la salud mental, a estudiar este tipo de acontecimiento y la respuesta psicológica de la población afectada a nivel individual y grupal.

Así, la Facultad de Medicina en su Departamento de Epidemiología, inició una investigación sobre los efectos psicológicos causados por los sismos de Septiembre de 1985 en la ciudad de México, en los estudiantes que ingresaron a la Facultad de Medicina en 1986. En este programa de investigación se requirieron pasantes de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia, para participar en el mismo haciendo el servicio social. Esta fue una buena oportunidad para tener otra experiencia diferente a la clínica, la investigación y sus técnicas, desde la recolección de datos hasta el análisis y obtención de resultados.

En este programa lo que se pretendió fue comprobar si hubo aumento de casos sintomáticos a nivel psicológico después de los sismos en la población estudiantil. Para poder comprobar lo anterior se necesitó información de otras investigaciones hechas en consecuencia a otros sismos ocurridos en distintos lugares. Las respuestas psicológicas tanto a nivel individual como grupal, han sido identificadas y ordenadas en secuencia cronológica por su grado de aparición. Hay un modelo que define claramente estas respuestas, fue elaborado por Raquel Cohen, el cual sostiene que a nivel individual hay cuatro fases en la etapa postraumática de los sismos, las cuales son: amenaza, choque, readaptación, y secuelas. En la fase de amenaza, cuando es previsible el desastre se alerta a la población. Hay temor y ansiedad en unos y sentimiento de invulnerabilidad en otros. Se utilizan mecanismos de defensa como la negación, la represión y formación reactiva. En la fase de choque se intensifica la ansiedad y el temor, hay

autocentrismo y aturdimiento psicológico, se tiene la necesidad de controlar las emociones. Los mecanismos de defensa pueden ir desde un comportamiento rígido y obsesivo en su interacción con otros, hasta la indecisión de cambio constante de opinión y la aceptación de cualquier sugerencia. En la fase de readaptación aparecen reacciones psicósomáticas como aflicción, dolor y desesperación; éstas interfieren en las funciones biológicas normales y ocasionan padecimientos agudos o crónicos. En la fase de secuelas la mayor parte de las víctimas se rehabilita. Los grados de adaptación varían de acuerdo con los recursos de las víctimas.

Otros autores como Ollendick y Hoffman consideran otras fases en la postraumática, que en esencia son parecidas al modelo anterior. Ellos consideran una etapa heroica, etapa de luna de miel, etapa de desilusión y finalmente etapa de reconstrucción. Aunado a lo anterior, Tyhurst delinea tres fases en las respuestas conductuales a un desastre. La primera es la fase de impacto, después fase de retroceso y finalmente fase postraumática. Así mismo Horowitz describe tres fases de respuesta al estrés, estas fases son la fuerza inconsciente de conducción comparada con las fases descritas por Tyhurst. Las fases de Horowitz son, primero una respuesta refleja hacia lo inesperado, después una fase de negación y otra de instrucción.

Lo anterior se presenta con el afán de lograr un entendimiento global, a nivel psicológico, de las respuestas de los individuos expuestos a un desastre así como su conjunción como grupo y su forma de hacerse cargo de la situación. Un desastre natural, por su magnitud y aunado a factores predisponentes de los individuos a desarrollar una patología psicológica o al menos inestabilidad psicológica, rebasa los umbrales de respuesta usuales ante una situación de estrés; convirtiéndose en una situación de estrés severo en la cual la respuesta es la falta de toma de decisiones, entumecimiento de actividades para con el mundo exterior, entorpecimiento de la capacidad de respuesta, en un número no reducido de personas hay desestabilidad de su fuerza yoica y de su situación constitucional a nivel biológico.

Teniendo como base las respuestas ante un desastre natural, se diseñó la metodología a seguir. Esta, fue la elaboración y aplicación de un

cuestionario a los estudiantes de nuevo ingreso en 1986, que pretendió observar el comportamiento de la sintomatología percibida antes, durante, y después de los sismos. A su vez se utiliza una clasificación de la sintomatología, la clasificación y el recuento de la información se hace en tarjetas simples y se utilizan como prueba de hipótesis, pruebas estadísticas como la χ^2 , χ^2 con corrección de Yates, la prueba de McNemar y la prueba Z.

Las actividades hechas durante el servicio social se presentan mes por mes junto con la información obtenida por el recuento, la captura y el ordenamiento de datos. Se presentan cuadros con variables de tiempo (antes, durante y después de los sismos), de daños en damnificados, de sintomatología (sintomáticos y no sintomáticos), sexo.

A su vez se participó en otra investigación anexa, "prevalencia de trastornos depresivos en estudiantes de la Facultad de Medicina, de la generación 1988". De la cual se aplicó la prueba piloto, que consiste en la aplicación de tres cuestionarios, el BDI, el DCQ, y Factores de riesgo en depresión; en donde se codifica y se captura la información, hasta este punto se participó en esta investigación.

OBJETIVOS DEL INFORME

GENERALES

Destacar la importancia de la investigación como sustento básico en la formación académica del estudiante de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia.

Subrayar que la investigación científica es un proceso que permite avanzar en el conocimiento; disminuyendo así, ideas erróneas con respecto al ser y al quehacer de la licenciada en Enfermería.

Ubicar a la investigación científica como una de las mejores alternativas para la consolidación de la actitud científica en el ejercicio profesional de la licenciatura en Enfermería.

ESPECIFICOS

Dar a conocer la metodología utilizada e interpretar el papel que como pasante desempeñé en la investigación: "Efectos psicológicos causados por los sismos del 19 y 20 de septiembre de 1985 en los estudiantes que en 1986 ingresaron a la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.".

Exponer la vinculación de los conocimientos teóricos y prácticos que se adquirieron durante la formación académica del estudiante de la licenciatura en Enfermería.

CAPITULO I

1. MARCO TEORICO DE LA INVESTIGACION

1.1. ALTERACIONES PSICOLOGICAS POSTERIORES A UN DESASTRE NATURAL

En México existen escasas investigaciones relacionadas con la incidencia y frecuencia de trastornos mentales posteriores a un desastre natural.

En los sismos del 19 y 20 de septiembre de 1985 en la ciudad de México, miles de personas perdieron la vida y muchas mas sufrieron por la muerte de familiares y amigos, o quedaron sin vivienda. Todo paso en forma tan súbita que seguramente muchos murieron sin tener conciencia clara de lo que estaba ocurriendo. Una faceta de este desastre son sus efectos sobre la salud mental de las víctimas y del resto de la población (13).

En un cálculo de los riesgos de trastornos en la salud mental, hecho por Guillermo Soberón Acevedo (22) se llegó a las siguientes cifras (ver cuadro 1).

De acuerdo al cuadro se tiene un total de población en riesgo de 11 208 520 personas. Siendo el 60% de la gente del D.F., ya que la población fue calculada para ese año aproximadamente en 18 millones; de este 60%, el 3.3% tiene riesgo elevado de sufrir trastornos de salud mental lo que equivale a 603 520 personas; el 14.5% tiene riesgo medio, lo que equivale a 2 624 000 personas y el 44.3% restante tiene riesgo bajo, que equivale a 7 981 000 personas.

Los síntomas que con mas frecuencia se presentaron en las semanas siguientes según los profesionales de la salud mental, fueron irritabilidad exagerada, nerviosismo, miedo y angustia, poca disponibilidad para el reposo e insomnio. Desde luego las personas mas afectadas fueron las que sufrieron directamente la pérdida de familiares, seres queridos o bienes necesarios para su sostenimiento económico y habitación (25).

1.1.1 DEFINICION DE DESASTRE

El término desastre se refiere a un acontecimiento que causa pérdida de vidas y bienes materiales en gran escala. Un gran desastre altera el grupo

CUADRO 1

POBLACION EN RIESGO DE TRASTORNOS EN LA SALUD MENTAL, INMEDIATAMENTE DESPUES DE LOS SISAMOS DE SEPTIEMBRE DE 1985.

RIESGO PARA LA SALUD MENTAL	POBLACION EN RIESGO AL 21 DE SEPTIEMBRE DE 1985
RIESGO ELEVADO +	603,520
RIESGO MEDIO ++	2'624,000
RIESGO BAJO +++	7'981,000

- + Población de las áreas altamente afectadas.
- ++ Población de las colonias vecinas.
- +++ Población de las restantes colonias.

humano que lo sufre en su funcionamiento y en su estructura, y pone en marcha mecanismos psicológicos y colectivos de sobrevivencia que no son utilizados en la vida habitual (4).

Fritz (4) define un desastre como "Un evento concentrado en tiempo y espacio, en que la sociedad o relativamente una subdivisión independiente de la sociedad, corra severos peligros e incurran en pérdidas de sus miembros y pertenencias físicas; aquella estructura social es desbaratada y también todas o partes de las funciones esenciales de la sociedad son impedidas. Esto afecta el sistema biológico de la supervivencia (subsistencia, protección, salud, reproducción); el sistema o el orden (división de la labor, modelos de autoridad, normas culturales, roles sociales), el sistema de sentido (valores, definiciones parcializadas de la realidad, mecanismos de comunicación) y la motivación de los actores dentro de todos estos sistemas".

El número de imprevistos, expectativas y el estrés severo producen

circunstancias que pueden ser rodeadas bajo la superioridad en la interpretación de los desastres. Los desastres pueden referir a situaciones extraordinarias, estas pueden ocurrir en un individuo, una familia o la comunidad, pero generalmente el término connota la larga escala de destrucción de vidas y propiedades (4).

1.1.2. TIPOS DE DESASTRES

Hay varias clases de desastres: los causados por fuerzas naturales que actúan en forma inesperada o previsible por ejemplo: temblores, terremotos, huracanes, etc., y los causados por acciones u omisiones humanas por ejemplo las guerras (13, 27).

Beigel y Barren hacen la distinción entre desastres naturales y hechos por el hombre, ellos afirman que esta distinción no es clara siempre, ya que son situaciones en que ambos elementos contribuyen (4).

Aunque cada desastre tiene características distintivas, los intentos para establecer las diferencias entre las consecuencias psicológicas de diversos tipos de desastres han sido poco esclarecedores y mas bien se han puesto de relieve las semejanzas (13).

1.2. REACCIONES INDIVIDUALES

1.2.1 DEFINICION DE TRASTORNO POSTRAUMATICO

Después de un desastre, el trauma psicológico puede ser definido como la percepción consciente e inconsciente de un estímulo cuya intensidad (una vez que la barrera a los estímulos fue traspasada) es mayor a la capacidad del ego para neutralizar efectivamente. Un ego con pobre capacidad sintética se desorganizará con un impacto relativamente mediano.

En términos del trauma experimentado como resultado del mencionado desastre, es posible asegurar que la estimulación fue a tal grado masiva y repentina que el potencial neutralizador de las estructuras yoicas promedio fue ampliamente rebasado (16).

La American Psychiatric Association (D.S.M.III) describe el diagnóstico de trastorno postraumático de estrés, de la siguiente manera: "El aspecto mas importante es la aparición de síntomas característicos después de un

acontecimiento psicológicamente traumático que generalmente no forma parte de la escala normal de las experiencias humanas. Los síntomas característicos incluyen la experimentación repetida del acontecimiento traumático; el entorpecimiento de la capacidad de respuesta o reducción de la participación en el mundo exterior, además de una variedad de síntomas disfóricos, cognoscitivos o del sistema nervioso autónomo (7).

A pesar de que los hallazgos no son concluyentes, las investigaciones sugieren que hay un patrón común de respuesta ante ambientes que se desestabilizan abruptamente. En el caso de terremotos e incendios se ha determinado: A) retraso de cualquier respuesta hasta que una segunda alarma o señal es recibida; B) búsqueda de la fuente u origen del riesgo ante la ausencia de confirmación independiente; C) desplazamiento hacia la salida usando la vía más familiar, en lugar de la más directa o menos peligrosa; y D) regreso al área de amenaza después de lograr la seguridad; específicamente los estudios sobre terremotos han mostrado que E) la distribución espacial dentro de las viviendas y el orden cronológico en los nacimientos están directamente relacionados a las tasas de mortalidad entre los niños; F) las personas resultan generalmente lesionadas por los muebles y marcos bajo los que buscan protección y refugio, y G) se hace más esfuerzo en tratar de proteger la propiedad y las pertenencias que en protegerse a sí mismo y otros (9).

1.2.2 FACTORES PREDISPONENTES

La reacción que un individuo presenta después del choque producido por la catástrofe se relaciona con: su personalidad, edad, sexo, grupo étnico y posición económica; los mecanismos usuales de hacer frente a los problemas (defensa y adaptación); la intensidad de la fuente de estrés; la correspondencia adecuada entre la necesidad individual y los sistemas de apoyo; el grado de la pérdida personal experimentada; la disponibilidad de socorro y de recursos comunitarios de asistencia (7). También influye su fuerza yoica, su situación constitucional a nivel biológico y de su estatus cultural (18).

El individuo trata de resolver su situación psíquica mediante mecanismos de defensa y adaptación de acuerdo con las características personales, actividades o habilidades sociales. Estos mecanismos actúan como reguladores para modificar el efecto de la fuente de estrés y resistir, evitar o

corregir los efectos de la desorganización psicológica que el organismo padece como consecuencia de un desastre (7).

Existe relación entre la severidad de la experiencia (haber permanecido atrapado o en riesgo grave de morir, pérdida de seres queridos, de habitación o de pertenencias difíciles de reemplazar, etc.) y la severidad y la persistencia de las manifestaciones psicopatológicas (13).

Es probable que quienes no son víctimas propiamente dichas, queden expuestas a los traumas psicológicos que causa la desorganización social consecutiva a un desastre (1).

Los individuos con antecedentes de alteraciones mentales posiblemente se encuentren en riesgo de sufrirlas otra vez a consecuencia de una catástrofe (1).

Algunos autores muestran que la mujer es mas vulnerable a los efectos del estrés, que el hombre (14).

Palacios y colaboradores (16) afirman que el principal agente traumático fueron los medios masivos de comunicación y afirman que tal catástrofe psicológica no hubiera ocurrido en centurias anteriores.

Los eventos principales que sentaron las bases para este trauma masivo pueden reducirse a tres. Otros factores, tales como la poca entendida influencia pretraumática de la sobrepoblación, altos niveles de ruido, atmósfera contaminada, destrucción ecológica, etc., actuantes sobre la capacidad del ego para enfrentar el exceso de estimulación, deben ser considerados como agentes etiológicos facilitantes. Estas circunstancias ambientales son sólo aplicables a los habitantes del área metropolitana del D.F. y sus alrededores.

Los tres principales factores a considerar son: a) el debilitamiento de la capacidad sintética del ego y/o su desorganización debida a estrés persistente o frecuentes procesos depresivos en la inmensa mayoría de la población, resultantes de la falta crónica de estabilidad financiera y social. Aquí el efecto traumático de la información cotidiana sobre enfrentamientos mundiales, especialmente el miedo siempre presente (usualmente negado) por una destrucción atómica, debe ser tomado en cuenta;

b) el impacto regresivo del sismo, junto a su resultado inmediato, la activación de fantasías inconcientes primitivas, el restablecimiento de viejos procesos depresivos y en muchos casos, el incremento de sentimientos de culpa, los cuales debido a la severidad de los remanentes primitivos del super-ego, contribuyeron a la desorganización y debilidad del ego; y c) la sobrecarga de estímulos traumáticos a través de los mensajes de radio y televisión incluye el bombardeo del post-sismo hacia un auditorio altamente vulnerable, con escenas de mutilación, sufrimiento, destrucción, agonía y muerte. Esta estimulación era demasiado rápida para ser neutralizada y encontró una barrera a los estímulos permeable en la mayoría de los miembros de la población involucrada. Este último factor etiológico crítico fue el más dañino debido al efecto de los dos anteriores.

1.2.3 ESQUEMA EVOLUTIVO DE COHEN

Las reacciones postraumáticas se han clasificado en fases temporales según el esquema evolutivo descrito por Cohen (Cuadro 2). En el plano vertical se enumeran las perspectivas desde las cuales se observan y experimentan los fenómenos biológico, psicológico, interpersonal y sociocultural; en el plano horizontal aparecen los períodos secuenciales anteriores y posteriores a la catástrofe (amenaza, choque, readaptación y secuelas) (7).

1.2.3.1 Fase de amenaza

Los medios sociales de comunicación preparan y alertan a la población mediante mensajes de urgencia, cuando es posible pronosticar catástrofes; estos avisos inician la etapa conocida como fase de amenaza. La ansiedad y el temor aumentan pero con variaciones acordes a las experiencias sobre desastres de los habitantes de la región afectada, y con sus tradiciones culturales; algunas personas responden en forma adecuada y responsable, en tanto otras niegan la posibilidad de que se produzca un desastre. Ciertas respuestas reflejan un sentimiento de invulnerabilidad expresado en las frases "no puede sucederme a mí" o "aquí no puede pasar". Los mecanismos de adaptación y defensa que se utilizan con mayor frecuencia son: la negación que afecta la percepción de la realidad externa, la represión

CUADRO 2—Fases evolutivas del comportamiento en desastres naturales.

Perspectivas	Amenaza		Choque		Readaptación		Secuelas	
	Efectos en el comportamiento	Mecanismos de defensa y adaptación	Efectos en el comportamiento	Mecanismos de defensa y adaptación	Efectos en el comportamiento	Mecanismos de defensa y adaptación	Efectos en el comportamiento	Mecanismos de defensa y adaptación
Biológica	No hay información		Cambios en sistemas neuro-hormonales Fatiga Agotamiento Hiperactividad	Estrés de salud y nutrición Respuesta inmunológica afectada	Inmunitas Problemas psicomáticos Irritabilidad	Mayor utilización de instalaciones médicas	Diferentes grados de salud, recuperación de enfermedad y lesiones	Empiezo continuo de asistencia médica
Psicológica	Superstición Rumor Confusión Pasividad Negatividad Fuerse armamiento de invulnerabilidad Humor	Mayor uso de defensas psicológicas: negación desplazamiento reproyección formación de reacciones	Autocentrismo Inversión del comportamiento Temor Ansiedad Olvido Atardamiento psicopático Amenajamiento de la sensación de invulnerabilidad ante la muerte	Mayor uso de negación Mayor actividad Pasividad Duda	Hiperactividad Dolor Depresión Sensibilidad narcisista Mayor ansiedad Agressión Competencia por los recursos	Resolución de problemas Flexibilidad Mayor fantasía e ilusión Búsqueda de la acción	Funcionamiento normal Funcionamiento inferior al normal Resolución psicológica con emociones ambientales	No hay información
Interpersonal	Ayuda Planificación Compras Actividades comunitarias Trabajo pesado por una preocupación	Disponibilidad de: familia amigos institución de asistencia	Desamparo Aislamiento Duda Dependencia Inclusión Responsabilidad de un chico capataz Culpa	Mayor apoyo a los demás Mayor tendencia a agruparse Paciencia dependiente y rígida	Facilidad para "sentirse herido" Dificultad para compartir Frustración por la burocracia a medida que pasa el tiempo	Mayor apoyo a los demás Altruismo Acaparamiento Defensas psicológicas: racionalización formación de reacciones	Diferentes niveles de adaptación en el trabajo y la familia Restablecimiento de costumbres y rutinas	Retorno al nivel defensivo normal
Sociocultural	Participación activa en actividades religiosas Compartición con instituciones en la preparación para el desastre	Mitadas comunitarias tradicionales de apoyo a la población	Estratificación de lazo familiares Mayor expresión religiosa Mayor influencia del mito cultural	Apoyo a sual Relaciones primarias Apoyo institucional (calidad y cantidad de la asistencia)	Fortalecimiento o debilitamiento de la tradición Actividades religiosas según el individuo	Búsqueda de sistemas de apoyo Atribución del papel de chico capataz al gobierno Desplazamiento de responsabilidad a las autoridades	Ante el aniversario del suceso, aumento de ceremonias religiosas y actividades culturales y colectivas Reconstrucción de sistemas comunitarios	Mayor o menor uso de sistemas legal y religioso Mayor uso de instituciones comunitarias

FUENTE: Cohen, R.E. "Reacciones individuales ante desastres naturales".

Bol. Of. Sanit. Panam. 98 (2), 1985.

mediante la cual el individuo sumerge en el inconsciente ideas y sentimientos dolorosos o atemorizantes, y la formación reactiva por la que sentimientos tales como el temor se manifiestan en forma paradójica.

En la perspectiva interpersonal aumentan las relaciones interpersonales, y en la sociocultural hay participación activa en las reuniones religiosas.

1.2.3.2 Fase de Choque

Se producen cambios en los niveles neuroquímicos del sistema nervioso central; estas alteraciones suelen afectar las respuestas inmunológicas. Se encuentra también fatiga constante o intermitente, agotamiento y diferentes grados de inquietud acompañados por modificaciones en el apetito y en el sueño (7).

Las reacciones psicológicas abarcan todos los niveles de las emociones de la ansiedad; el temor, la preocupación, la vergüenza y la culpa, modifican la autopercepción y se suman a las dificultades que una persona tiene para adaptarse y hacer frente a la situación. Se han observado reacciones de autocentrismo, o la persona entra en un estado de ofuscamiento caracterizado por diferentes grados de desorientación, desorganización, lentitud de pensamiento, confusión, dificultad para tomar decisiones, incapacidad para comprender lo que dicen los demás y confusión respecto al tiempo. Estas reacciones pueden durar de unas horas hasta varios días.

Durante cierto tiempo las víctimas experimentan olas de temor, ansiedad y aprensión. Puede existir el aturdimiento psíquico que es un sentimiento de monotonía, desinterés, distanciamiento e indiferencia hacia personas que anteriormente eran importantes en la vida de la víctima; o bien el aniquilamiento de la sensación de estar a salvo de la muerte, ya que no se puede seguir negando la propia muerte cuando se ha estado tan cerca de ella. Resulta difícil recuperar la sensación de protección y al parecer este cambio tiene un efecto profundo en la personalidad.

Otras manifestaciones son la necesidad de controlar las emociones, la obediencia dócil y pasiva a las órdenes, mandatos y reglamentos de las autoridades encargadas del rescate; aunque siempre hay personas que se vuelven rebeldes y que manifiestan deseos de dirigir sus propios actos en

los refugios. Ambos comportamientos ejemplifican la necesidad de controlar la situación para no sentirse abrumado por intensos sentimientos de dolor.

Un pequeño porcentaje de las víctimas se aísla y se muestra poco comunicativo; algunos tienen sentimientos de culpa porque otros fueron menos afortunados que ellos y para lavar la culpa necesitan realizar actos expiatorios y dar explicaciones defensivas de su mejor suerte.

Los mecanismos de adaptación y defensa van desde un comportamiento rígido y obsesivo en su interacción con otros, hasta la indecisión, el cambio constante de opinión y la aceptación de cualquier sugerencia.

Todos estos esfuerzos, ya sea que estén dirigidos a relacionarse con los demás o a aislarse, ayudan a las víctimas a manejar el sentimiento de crisis, urgencia y amenaza dentro de las situaciones totalmente desconocidas en las que se encuentra.

Varias estimaciones (13) apuntan en el sentido de que durante esta fase, aproximadamente el 75% de los sobrevivientes de un desastre reaccionan normalmente: sufren desconcierto, miedo y actúan en forma más o menos automática. Entre el 12% y el 25%, reaccionan con gran serenidad y algunas asumen liderazgos de inmediato e inician actividades de rescate. Los restantes, del 10 al 25%, muestran respuestas descompensadas: pánico, llanto y gritos histéricos, o confusión, angustia desbordada y, algunas veces, disociación o confusión mental. Inmediatamente después del impacto, muchas personas se muestran hiperecitas, mientras que otras muestran embotamiento de la percepción, inatención selectiva y perplejidad.

1.2.3.3 Fase de readaptación

Conforme pasa el tiempo, pueden aparecer reacciones psicósomáticas que interfieren con las funciones biológicas normales y ocasionan padecimientos agudos o crónicos.

Son variadas las reacciones psicológicas que manifiestan los individuos cuando se dan cuenta de las consecuencias de la catástrofe. A medida que evalúan lo que necesitarán para reconstruir su vida manifiestan dolor, aflicción y desesperación. El proceso de resignarse a su destino convierte la vida de las víctimas en una sucesión de días dolorosos con intensos

sentimientos de impotencia. Además experimentan niveles de vulnerabilidad que los despojan de los mecanismos normales de defensa y adaptación y les impiden hacer frente a la necesidad de tomar decisiones encaminadas a la rehabilitación.

Al parecer en esta etapa aumenta la dificultad para mantener relaciones estables pues la gente se enfada con gran facilidad. En zonas de escasos recursos, un porcentaje de la población asume el papel de "víctima" y expresa el sentimiento de tener derecho a todo, finge desamparo y tiene reacciones de depresión frente a las frustraciones. El individuo se siente fracasado pues piensa que tiene una prueba de su falta de fortaleza, capacidad o control, y debe depender de otras personas; estas reacciones alteran y distorsionan las relaciones entre la persona y su sistema de apoyo. En la mayor parte de la gente estos sentimientos de automenoprecio desaparecen lentamente con la recuperación de los rasgos característicos de la personalidad y las habilidades sociales.

1.2.3.4 Secuelas

La mayor parte de las víctimas se rehabilita. Los grados de adaptación individuales varían de acuerdo con los recursos de las víctimas aunque la inmensa mayoría parece resignarse a las experiencias y pérdidas que ha sufrido.

Durante largo tiempo después de la catástrofe, las víctimas utilizan sus sistemas de apoyo de una manera más acentuada y continua, pues sienten la necesidad de relatar el hecho y de hacer que los demás sepan cuán traumática fue la experiencia. Al final, la catástrofe se transformó en un acontecimiento que une a las personas que lo experimentaron pues comparten una historia que es exclusiva de los sobrevivientes (7).

El período en que se revive o rememora la experiencia puede durar hipotéticamente toda la vida. Además de la ansiedad temporal, existe una reacción que se incluye dentro de las reacciones patológicas y que se denomina "Síndrome traumático" antes denominado "Neurosis traumática" (27).

1.2.4 OLLENDICK Y HOFFMAN

Ollendick y Hoffman consideran que existe una fase heroica con duración

de una semana y durante la cual el sujeto es capaz de llevar a cabo gran actividad para el salvamiento de víctimas.

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

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

Finalmente una fase de reconstrucción en donde el sujeto se resigna a lo que ha pasado y efectúa acciones tendientes a "seguir la vida" (27).

"Con respecto al proceso psicológico que caracterizo a la población general, puede decirse que aunque se sustrajo al impacto directo, sufrió sin embargo significativamente:

a) La reacción inmediata, descrita como la fase **heróica**. Aunque feliz de haberse librado de la tragedia, el individuo promedio, debido a su inconciente, obligaciones gregarias, sentimientos de culpa y el saber de su impotencia para haber prevenido el desastre o reducido las muertes o pérdidas materiales, experimenta la activación de defensas maníacas para ayudar al ego a enfrentar la desorganización repentina. Las respuestas inmediatas mas frecuentes son la elación y la negación, estas reacciones maníacas forman la base de muchas actitudes de excesiva solidaridad, actividades de asistencia sin descanso y despliegues de generosidad que prevalecen en esta fase. Solamente del 15 al 25% de la población no afectada es capaz de responder con acciones de rescate efectivas y organización adaptativa; el 65% de la población no afectada presenta reacciones anormales debido a la aparición de regresión severa y a sentimientos de culpa invasores (con la consecuente movilización de defensas maníacas). Patología severa, incluyendo condiciones psicósomáticas mayores o letales o intentos de suicidio, puede ser observada en aproximadamente del 10 al 15% de la población no afectada.

b) La **fase de luna de miel**, una corta reacción general de calidad

moderadamente maníaca, involucra una apreciación excesivamente optimista y no realista de la acción colectiva. (Aunque probablemente organizada en las primeras horas cruciales, la respuesta, especialmente del sector privado incluyendo las universidades, fue en realidad no sólo masiva sino impresionante en su espontaneidad y efectividad creciente). En la población la atmósfera prevalente es de sobreamistad, solidaridad y cortesía raramente vistas en los encuentros cotidianos. La criminalidad se reduce significativamente durante esta fase.

c) La fase de desilusión. Aparece cuando una apreciación realística de los daños es posible, la muerte y el sufrimiento comienzan a tender su sombra sobre la población. En la ciudad de México la gente se dió cuenta de que la crisis financiera que abatía a la nación, empeoraría por las pérdidas materiales. La hostilidad prevalece entre los miembros de la comunidad golpeada. Las grietas psíquicas, familiares, sociales y políticas se vuelven evidentes.

d) La fase de reorganización. Los sistemas individuales y sociales retornan a los anteriores patrones, aunque los cambios de pié ante las cenizas del desastre son reconocibles. Aquellos miembros de la población con estructuras patológicas mostrarán los efectos retardados del impacto psicológico" (16).

1.2.5 TYHURST: RESPUESTAS CONDUCTUALES

Tyhurst delineó tres fases que describen las respuestas conductuales a un desastre (5). La primera o fase de impacto, ocurre cuando el desastre golpea y continúa hasta que el estrés inicial del evento no tenga existencia larga. La segunda fase, el período de retroceso, empieza cuando el estrés inicial es superior o no termina la amenaza. La conciencia recuerda y la expresión emocional gradualmente retorna y a pesar de que las víctimas exhiben una conducta infantil de dependencia y son inmediatamente responsivos al mando, esto es un efecto altruísta para otros. En la fase final, el período postraumático, las reacciones de cólera y culpa son rasgos prominentes.

1.2.6. HOROWITZ: RESPUESTAS AL ESTRES

Horowitz (5) describe tres fases de respuesta al estrés que son características. Cuando estas son comparadas con la descripción fenomenológica de Tyhurst, las respuestas de Horowitz representan la fuerza inconciente de conducción, lo que ocurre en todos los individuos sujetos a estrés severo y puede extenderse debajo de la sintomatología presente de víctimas de desastre. La primera, exteriormente consiste en una inmediata respuesta refleja hacia lo inesperado, un evento abrumador que excede a los estímulos de defensa. Esto es seguido alternadamente por las fases de negación e intrusión. En la segunda fase de negación - adormecida, la atención mental tiende a sacar fuera el evento y en la tercera fase, intrusiva - repetitiva la mente es invadida con amenazas y sentimientos asociados con el desastre. Los síntomas de negación son principalmente cognitivos en naturaleza, ejemplo, obtusando la percepción, falta de atención selectiva, constricción, entumecimiento en la amnesia, puede ocurrir ocasionalmente dificultad con saltos de la realidad. Sobre la otra mitad, la fase intrusiva es caracterizada por hipervigilancia, reacción de sobresalto, preocupación, rumiación, inhabilidad para concentrarse, rumiación de los eventos, pesadillas, episodios emocionales de miedo, ira, tristeza, sentimientos de culpabilidad y representación sintomática de lucha o duelo.

Wilkinson ha mostrado que son pequeñas las diferencias en los sentimientos emocionales entre víctimas, observadores y salvados (5).

El trauma de un desastre puede también afectar otros aspectos individuales de la vida. Los problemas del matrimonio y familia pueden ser exacerbados, lo mismo que las quejas somáticas y la susceptibilidad a enfermar (5).

Algunos datos estadísticos sobre la respuesta humana ante una situación de desastre indican que entre el 15% y el 25% de la población es capaz de manejar su ansiedad, evaluar la situación y tomar una acción rápida y eficaz; por lo general un 60% responde adecuadamente una hora mas tarde y que un 15% puede requerir un día o dos para adaptar su conducta adecuadamente.

En este grupo es donde antes de su adaptación se presentan respuestas

inadecuadas, tales como confusión, ansiedad paralizante, llanto histérico y otras parecidas, que pueden permanecer durante un período prolongado (27).

1.3 REACCIONES GRUPALES

Ante una situación de desastre, el primer factor común sorpresivo para la gente fue la magnitud del temblor. Probablemente la fase de amenaza no funcionó ni se aplicó a los habitantes del D.F., quienes negaron o prefirieron no considerar la probable ocurrencia de un temblor de tal magnitud. Durante y después del temblor, la ansiedad, el temor y la preocupación se apoderaron de la población, algunos no podían creer lo ocurrido, otros decidieron abandonar e inclusive huir de la ciudad para protegerse. A estas alturas la fase de amenaza ya se había introyectado en la gente, o sea, se incremento el temor de que en cualquier momento podría temblar nuevamente, cayendo en una sensación de desprotección total.

No es cierto que la gente caiga en una situación de pánico después de un desastre, esto se apega mas a las víctimas, especialmente a las que se encuentran atemorizadas por estar atrapadas en algún lugar sin poder salir (26).

En una investigación se compararon los datos anteriores y posteriores al terremoto de Managua correspondientes a 1972 y 1973; se concluyo que las víctimas se preocupan mas por la realidad de la sobrevivencia después de sufrir una catástrofe y por consiguiente prestan menos cuidado a sus tensiones personales y psicológicas (1).

Lo que en general prevalece es un sentimiento de solidaridad, evidente después del temblor: tanto las víctimas como gran parte de la población se organizaron en grupos y brigadas de rescate, voluntarios que prestaban apoyo; contribuciones de ropa, alimentos, medicinas, etc. La población prácticamente se hizo cargo de la ciudad.

Las actividades cotidianas de los capitalinos cambiaron considerablemente a causa del temblor, y por la necesidad de solidaridad la gente se saludaba, hablaba, se sonreía, preguntaban constantemente; ¿cómo te fue?, ¿toda la familia está bien?, estaremos en contacto, etc.

Lamentablemente, a sólo tres semanas de la tragedia los habitantes no

damnificados de zonas alejadas empezaban a regresar a sus patrones habituales de comportamiento (26).

A nivel colectivo, la intensidad de estas reacciones tiene variantes según la experiencia que sobre desastres tengan los habitantes de la región afectada y con sus tradiciones culturales; pero, en general la gente actúa mas bien en busca de protección para sí misma que en una forma irracional y es frecuente que aflore un sentimiento de solidaridad, a menos que el resentimiento y la hostilidad hayan existido previamente (27).

Los cambios psicológicos que experimentaron muchas personas y la colectividad en su conjunto a causa del sismo, pueden visualizarse semejantes al duelo por la muerte de un ser querido, proceso que cuando la pérdida es súbita, se inicia con una reacción de perplejidad e incredulidad; prosigue con la búsqueda ansiosa del "objeto" perdido, particularmente en la imaginación y en los sueños; después se presenta un estado de desilusión y abatimiento, y termina eventualmente, con la aceptación de las nuevas circunstancias y el restablecimiento de un nuevo equilibrio.

Se tiende a subestimar el tiempo que toma completar el ciclo de respuestas psicológicas a un acontecimiento traumático severo. Los estudios que se han llevado en diferentes culturas, muestran que cuando se trata de seres queridos, las reacciones de duelo rara vez se completan en menos de uno o dos años (13).

Entre los adolescentes directamente afectados, tanto la ansiedad como el ánimo apático fueron encontrados, junto con comportamientos hostiles y pseudo-hedonísticos. Muchos de ellos parecían negar la situación a pesar de las expresiones de tristeza y mal humor. Otros dudaban en permitirse externar sentimientos de miedo para no hacer el ridículo. La frustración fue común entre los adolescentes jóvenes, que se sentían incapaces de ayudar en cualquier forma. Otros optaron por la racionalización excesiva (16).

En una muestra de 208 mujeres alojadas en albergues que fue investigada (13) por el personal de la Facultad de Medicina, se encontró que el 72.3% no había mostrado síntomas psicopatológicos, el 18% había mostrado algunas manifestaciones de descompensación, y en el 9.5% se habían observado descompensaciones severas.

A medida que transcurrían las semanas se presentaron otras manifestaciones psicológicas, que consistían fundamentalmente en estados de desilusión, apatía e incertidumbre ante el futuro. En algunos casos se observaron posteriormente cambios profundos de la perspectiva vital.

El sexo demostró ser un factor de vulnerabilidad: el síndrome postraumático de estrés se presentó en el 12% de las mujeres y solamente en el 3% de los varones. Otras condiciones de vulnerabilidad fueron: la situación real de desamparo, la baja escolaridad y el haber presentado previamente trastornos psiquiátricos (13).

Los desastres proveen la ocasión de examinar un infinito número de síntomas y además, la situación en que la recuperación y las respuestas individuales pueden ser investigadas.

CAPITULO II

DESCRIPCION DEL DISEÑO DE INVESTIGACION

En el presente estudio se considero importante detectar las posibles secuelas que a nivel psicológico hubieran dejado tras de si los sismos, en una población joven o de adolescentes tardios.

Se tomo para tal fin a la población que ingreso a la Facultad de Medicina en 1986. En particular se intento establecer: 1) Si hubo un aumento de casos sintomáticos a nivel psicológico imputable a la acción de los sismos en dicha población, al concluir la fase adaptativa; 2) Las diferencias sintomáticas entre los estudiantes damnificados y los no damnificados; y 3) La acción diferencial de los diversos daños sufridos sobre la sintomatología psicológica.

Se partio de la hipótesis de que la proporción de casos con sintomatología habría regresado a la situación previa a los sismos, después de un período de ocho meses, tiempo descrito en otros estudios como suficiente para la elaboración de la experiencia traumática; no obstante, podría haber diferencias al comparar a los estudiantes según su condición de ser o no damnificados. También se penso que los casos sintomáticos desde antes de los sismos no corresponderían necesariamente a los existentes ocho meses después, pues aunque el evento provocara la aparición o agudización de síntomas en personas predisuestas, no necesariamente todos ellos tendrían una resolución patológica.

Así los objetivos que guiaron la presente investigación fueron:

- 1) Identificar la sintomatología psicológica que presento la población en estudio ante una situación de estrés extremo; 2) Detectar a los alumnos damnificados y no damnificados para comparar su comportamiento sintomático durante los sismos y ochos meses después; 3) Determinar la asociación existente entre cada uno de los daños y la presencia de síntomas psicológicos en los damnificados; y 4) Identificar al sector que manifestara deseos de recibir atención psicológica para proporcionársela.

Metodología

El estudio puede clasificarse como una encuesta descriptiva, ya que los datos corresponden a un corte transversal en el que se indagó tanto el estado psicológico previo, como el actual.

De la población, constituida por los estudiantes que ingresaron a la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. en mayo de 1986 (858 alumnos inscritos), lograron captarse 708 (82.5%), una vez que se eliminaron los cuestionarios incompletos. Se registraron 341 individuos del sexo masculino (48.2%) y 367 del femenino (51.8%), cuyas edades fluctuaron entre los 17 y los 21 años.

Los datos fueron recabados mediante la aplicación en el mes de mayo de 1986, de un cuestionario, encaminado a dilucidar: 1) Los síntomas psicológicos que percibían los estudiantes en el tiempo inmediato previo a los sismos de 1985, durante las dos semanas siguientes y ocho meses después (en el momento de la aplicación del cuestionario); 2) Los daños físicos humanos y materiales sufridos; y 3) la atención psicológica recibida, o el deseo de tenerla.

El basarse únicamente en la sintomatología recordada y reportada para la identificación de "casos sintomáticos", implicó como limitaciones principales: 1) El que pudieran haberse omitido como casos a las personas que teniendo sintomatología, utilizaran mecanismos de defensa que les impidieran tener conciencia de su estado psicológico; 2) El que pudiera haber existido una percepción diferencial de la sintomatología en los tres tiempos explorados, lo que podría originar que algunas personas hayan tendido a imputar a los sismos la aparición de problemas previamente existentes, sobrestimándose por ello sobre todo la frecuencia de casos en el segundo tiempo; 3) El que pudieran haberse omitido o sobrestimado como casos a las personas que no hayan contestado en forma veraz (lo que intento minimizarse mediante la resolución voluntaria del cuestionario); y 4) El que pudiera haber existido una amnesia importante de lo sucedido ocho meses antes.

Con respecto a esta última objeción, tal vez la de mayor importancia, se

considero que las situaciones traumáticas poseen la cualidad de permanecer vívidas durante un período de tiempo mucho mayor que otros eventos, en virtud de su necesidad de elaboración psíquica. Al comprobarse mediante la aplicación del cuestionario en el estudio piloto que todos los sujetos afirmaban recordar las sensaciones y problemas experimentados (tal vez ayudados por sus características culturales y la influencia recibida mediante los medios masivos de comunicación que subrayaban constantemente la influencia de lo acontecido sobre el estado psicológico de la población), se decidió continuar con el mismo diseño. Y aunque los otros obstáculos se consideraron importantes, dado que se carecía de un diagnóstico mental previo, se decidió confiar en la percepción subjetiva de los alumnos para la definición de "caso sintomático", dado que solamente se pretendía observar el comportamiento de la sintomatología usualmente relacionada con estos fenómenos traumáticos y no la determinación de diagnóstico de patología mental.

Se califico como "damnificado" a aquel alumno que hubiera sufrido daño físico en su persona, cohabitantes o seres queridos; al que estuvo atrapado bajo los escombros; al que perdiera familiares o personas afectivamente significativas; y también al que sufriera daños en su habitación o bienes necesarios para su sostenimiento económico. Las razones para una definición tan amplia fueron de índole psicológica, ya que todos los casos mencionados ameritan un trabajo de duelo.

Una vez recabados los datos, el primer paso consistió en identificar a los alumnos que manifestaron interés en recibir atención psicológica, procediéndose a citarlos y a canalizarles, según el caso, al servicio de Salud Mental de la Facultad de Medicina.

Después de describir los síntomas referidos, identificar los daños y clasificar a la población en subgrupos, se procedió a comparar la frecuencia de casos sintomáticos en los tres tiempos mencionados.

Para aclarar las secuelas que en el terreno psicológico dejaron los sismos, se comparó la frecuencia previa y en mayo de 1986 de casos sintomáticos, y se identificó al sector que presentara trastornos de inicio durante los sismos. También se comparó en los dos subgrupos

(dañificados y no), a los estudiantes que modificaron su estado psicológico, convirtiéndose de no sintomáticos a sintomáticos, o viceversa.

Se analizó la asociación de los distintos daños sufridos por los dañificados y los estados sintomatológicos encontrados.

Los resultados del estudio se compararon mediante la prueba de X^2 con distintas modalidades (corrección de Yates y prueba de McNemar), y la prueba de Z.

CAPITULO III

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

3.1 PROGRAMA DE TRABAJO

Justificación

El programa de trabajo es un instrumento en el que se propone en forma específica, las actividades del Licenciado en Enfermería a realizar durante el servicio social en el Programa de Salud Mental del Departamento de Epidemiología. Tomando como base la metodología impartida en algunas asignaturas de la carrera de Enfermería y Obstetricia, como por ejemplo "Seminario de Tesis", Metodología Científica, Estadística, etc.

Su meta principal es poner en práctica la metodología de investigación, para adquirir cierto dominio de la misma; con la ayuda y orientación del personal académico del programa de investigación.

Objetivos

- 1) Participación directa en la clasificación, recuento, tabulación, gráficas y análisis de la información para la investigación.
- 2) Asistir a los cursos de Estadística para obtener habilidad en el manejo y presentación de la información; principalmente para identificar, aplicar e interpretar las pruebas estadísticas elementales.
- 3) Lograr el manejo de recursos técnicos en investigación; sobre todo el de la computadora.

Límites

Unidad Institucional: Departamento de Epidemiología, Facultad de Medicina de la U. N. A. M.

Tiempo: Del primero de octubre de 1987 al treinta y uno de marzo de 1988.

Universo o grupo de trabajo: Dra. Beatriz Piña Barba, responsable del proyecto. Dr. José Luis Torres Cosme, colaborador.
Personal de apoyo: Integrantes del Departamento.

Recursos disponibles

Recursos físicos: Instalaciones del Departamento de Epidemiología como lo es un módulo para actividades de escritorio, la Unidad de Ómputo, Facultad de Medicina, U.N.A.M.

Recursos materiales: Papel bond carta, papel bond oficio, hojas de codificación, block cuadrícula chica, block milimétrico, tarjetas de 12.5 X 7 cm., cuestionarios, juego geométrico, plumas, goma, marcadores, lápices, papel para impresora de la computadora y diskettes para computadora.

Recursos técnicos: Apoyo bibliográfico del Departamento de Epidemiología y de la biblioteca de la Facultad de Medicina, Base de datos en la microcomputadora, calculadora.

Actividades de Enfermería a realizar:

- Conocimiento de los protocolos de investigación.
- Conocimiento del área física.
- Investigar la organización y funcionamiento de la institución.
- Asistencia a los cursos de capacitación para profesores que imparte el Departamento de Epidemiología.
- Consulta bibliográfica de diversos temas.

En la actualidad se llevan a cabo dos investigaciones, a continuación se presentan las actividades a realizar en las investigaciones A y B respectivamente.

A: "Efectos psicológicos causados por los sismos en los estudiantes que ingresaron a la Facultad de Medicina en 1986".

- Clasificación y recuento de datos recabados en los cuestionarios aplicados en mayo de 1986.
- Tabulación y gráficas de la información.
- Análisis estadístico.
- Realizar conclusiones.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	1 9 8 7			1 9 8 8		
	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
ESTUDIO DE LA INSTITUCION	*					
ELABORAR PLAN DE TRABAJO	*					
PRACTICA EN COMPUTADORA	*	*	*	*	*	*
ASISTENCIA A CURSOS	*	*				
REVISION BIBLIOGRAFICA	*	*	*	*	*	*
INVESTIGACION A: CLASIFICACION Y RECUESTO DE INFORMACION	*	*	*			
TABULACION Y ANALISIS DE LA INFORMACION				*	*	
CONCLUSIONES						*
INVESTIGACION B: PRUEBA PILOTO	*					
CORRECCION DE INSTRUMENTOS		*				
RECOPIACION DE LA INFORMACION			*	*		
CLASIFICACION, CODIFICACION Y RECUESTO DE LA INFORMACION				*	*	
TABULACION Y ANALISIS DE LA INFORMACION						*

B: "Prevalencia de trastornos depresivos en estudiantes de la Facultad de Medicina, de la generación 1988".

- Prueba piloto de los cuestionarios: Factores de riesgo en depresión, BDI y CDQ.
- Corrección de los instrumentos.
- Recopilación de la información.
- Clasificación, codificación y recuento de la información.
- Tabulación y análisis de la información.

3.2 ESTUDIO DE LA UNIDAD INSTITUCIONAL DE SERVICIO SOCIAL

3.2.1 Datos generales:

Nombre: Departamento de Epidemiología y Comunidad.

Ubicación: El Departamento de Epidemiología y Comunidad se encuentra en la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., en el Edificio "A" de Investigación, 2o. piso.

Dependencia: Area de Comunidad de la División de Estudios Profesionales.

3.2.2 Antecedentes históricos:

El organismo que se encargó de regir toda la actividad y el desarrollo de la Medicina y las actividades, que ahora llamamos relacionados con la salud, era el Tribunal de Protomedicato.

Este se componía de los tres médicos mas prominentes: el primero, era el catedrático de Prima: el segundo el decano de la Facultad y el tercero lo designaba el virrey. Entre las funciones que desempeñaba el tribunal estaban todos los problemas de salubridad pública; la vigilancia sobre las boticas para que despacharan los medicamentos correctamente y fijarles el precio adecuado. Dictaba las indicaciones necesarias en las múltiples epidemias. Controlaba a las personas que practicaban ciertas formas de curar como las parteras, los boticarios, los cirujanos, los barberos flebotomianos, los herbolarios, etc.; mediante exámenes para otorgarles una licencia para ejercer su actividad. Revalidaba los títulos "profesionales de los

médicos extranjeros. En fin, las actividades relacionadas con la práctica de la medicina.

El tribunal del Protomedicato desapareció en el año de 1833, y se creó en su lugar la Facultad Médica del D.F., por Valentín Gómez Farfás, al clausurar la Real Pontificia Universidad de México, y en su lugar crea la Dirección General de Instrucción Pública dividida en seis establecimientos para la enseñanza de las diversas profesiones que existían. Estas eran:

1. Establecimiento de estudios preparatorianos.
2. Establecimiento de estudios Ideológicos y Humanidades.
3. Establecimiento de Ciencias Físicas y Matemáticas.
4. Establecimiento de Ciencias Médicas.
5. Establecimiento de Jurisprudencia.
6. Establecimiento de Ciencias Eclesiásticas.

Estas medidas ocasionaron gran descontento entre el pueblo, por lo que al regresar a la presidencia Antonio López de Santa Ana desconoce estos establecimientos y restituye la Universidad. El único que se salva es el de Ciencias Médicas.

El desarrollo de la medicina mexicana durante el siglo XIX va aparejado a la escuela de Medicina, cuyo programa de actividades estaba inspirado en el de las escuelas francesas.

El progreso inmediato fue la incorporación de la cirugía a la medicina creando la profesión de Médico Cirujano, un paso importante en la medicina mexicana.

La Escuela de Ciencias Médicas se estableció en el antiguo Convento de Belén al frente de él se nombró al Dr. Casimiro Liceaga. En el mes de diciembre se inician las actividades con un grupo de profesores de lo más selecto de la época, entre los que se pueden mencionar a Manuel Carpio, Pedro Escobedo, Ignacio Erazo, etc.

Después de algunas inspecciones ordenadas por Santa Ana decide que

permanezcan funcionando con el nombre de Colegio de Medicina, retirándole el dinero para su manutención. Liceaga, para evitar que la escuela desaparezca, paga de su bolsillo todos los gastos que se van ocasionando, con excepción de los sueldos de los profesores, que por otra parte, también los cedían para el progreso de la institución.

Así funciona por espacio de tres años, cuando se decide que la escuela se traslade al Exconvento del Espíritu Santo en donde, por lo inapropiado del lugar se dan las clases teóricas, y las clases prácticas en el Hospital de San Andrés. La situación económica no varía y los maestros van solventando los gastos.

En 1839 son enviados al Colegio de San Ildefonso. Dos años después se le da el nombre oficial de "Escuela de Medicina", por decreto del 24 de enero de 1842. Poco más tarde son incorporados como parte del Colegio de San Ildefonso lo que ocasiona descontento dentro del alumnado y profesorado. Debido a este malestar y por muchos problemas que se suscitan, se les asigna el edificio del Colegio de San Juan de Letrán. Más tarde, con el dinero que el gobierno les paga a los profesores por concepto de los sueldos retenidos por tantos años, compran parte del exconvento de San Hipólito. Por razones militares se les quita el local, dos años más tarde en 1853, para convertirlo en cuartel. La Escuela de Medicina regresa al Colegio de San Ildefonso; pero con la situación problemática que se crea, a finales de ese año los profesores tienen que dar las clases en sus propias casas. Finalmente en 1854, los profesores compran el antiguo edificio donde estaba el Tribunal de la Inquisición en 500 mil pesos. En este lugar permanece la Escuela de Medicina por espacio de 100 años, hasta que se traslada a su actual edificio en Ciudad Universitaria; por los cambios de planes de estudio paso de ser Escuela a Facultad de Medicina (20).

Debido a que en México la investigación epidemiológica es muy escasa; por iniciativa de algunos profesores de la Facultad se creó la Unidad de Epidemiología que dependía de la División de Investigación. En 1985 cambia de Unidad a Departamento de Epidemiología, dependiendo del Área de Comunidad de la División de estudios profesionales.

3.2.3 Organización y funcionamiento:

Objetivos

El Departamento de Epidemiología y Comunidad de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. tiene como objetivo generar, impartir y difundir el conocimiento epidemiológico a través de investigaciones realizadas sobre la problemática nacional, participando simultáneamente en la formación de recursos humanos calificados en el área de epidemiología tanto a nivel de pre-grado como pos-grado.

Funciones

Planear, programar y evaluar las asignaturas: S.I.P.C. IV y Epidemiología Clínica de la carrera de Médico Cirujano.

Promover la formación, actualización y superación del personal docente en el área.

Planear e implementar los programas de evaluación para los alumnos, profesores y los programas de las asignaturas que imparte el departamento.

Elaborar el material didáctico necesario para la impartición de las asignaturas a su cargo.

Realizar actividades de extensión universitaria.

Planear e implementar los programas de investigación epidemiológica; así como evaluar y publicar los resultados de las investigaciones.

Formar recursos calificados a nivel de posgrado participando tanto formalmente en las asignaturas de los planes y programas vigentes en el área, como a través de la adscripción efectiva de los estudiantes a las investigaciones del departamento.

Determinar y solicitar los requerimientos de materiales y equipo necesario para el departamento y vigilar su correcta utilización.

Elaborar el informe periódico de las actividades desempeñadas.

Servir como asesor de las autoridades de la Facultad en las situaciones que estas lo determinen.

Cumplir con las comisiones y atender los asuntos que la esfera de su competencia así lo requieren y/o le sean encomendadas por la División de Estudios Profesionales.

Estructura

Para cumplir con el objetivo y las funciones antes mencionadas, el departamento cuenta con la siguiente estructura:

Jefatura del departamento: Es responsable directa de la óptima realización del cumplimiento de los objetivos correspondientes. Para esto cuenta con una Coordinación de enseñanza y otra coordinación de investigación; las cuales supervisan la realización de las funciones relativas a las actividades que les dan su nombre, fomentando además, una estrecha interacción entre las actividades docentes y las de investigación.

Coordinación de Enseñanza: los coordinadores de asignatura realizan las funciones de:

Coordinar anualmente las actividades de la asignatura en cuestión, con base en el programa y el plan de estudios, tanto en lo referente a la teoría como a la práctica.

Identificar las necesidades de la asignatura en lo referente a la teoría como en la práctica e implementación y modificación de actividades prácticas, seminarios, talleres y textos.

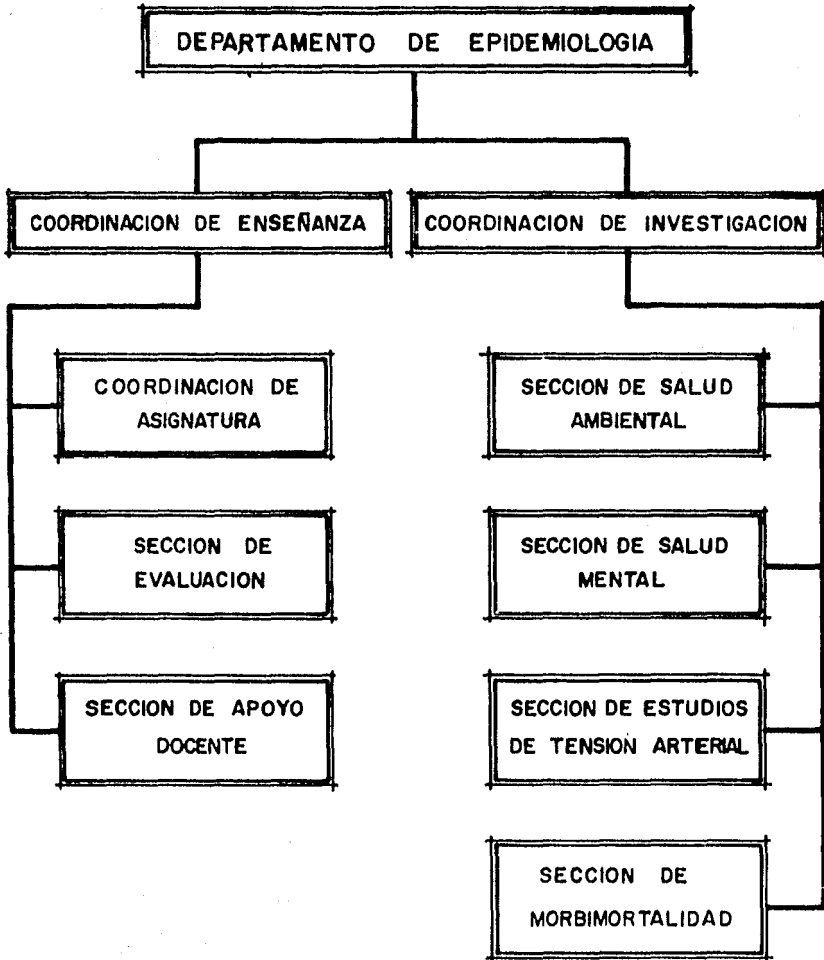
Coordinación de investigación: cuentan con un jefe de sección, cuya función principal es la de coordinar las actividades que se realizan en su sección. Las secciones con que cuenta son la de salud mental, salud bucal, salud ambiental, morbilidad y sección de tensión arterial. Las investigaciones que realiza cada sección son:

- 1) Alteraciones neuropsicológicas y exposición crónica al plomo.

El objetivo central de la investigación es determinar la importancia del plomo como factor de riesgo en las alteraciones psicológicas de niños escolares, en base a pruebas psicológicas y coeficiente intelectual.

- 2) Detección temprana de alteraciones broncopulmonares en estudiantes de la Facultad de Medicina.

ORGANIGRAMA



El propósito del estudio es detectar en forma temprana alteraciones en el árbol respiratorio de los alumnos, para proponer medidas preventivas de acuerdo al grado de alteración y el agente agresor.

3) Valores de tensión arterial en adolescentes.

El programa pretende conocer los valores de T/A en escolares de 6 a 15 años aparentemente sanos en el D.F. para comparar resultados de las cifras de T/A con los de la literatura médica y proporcionar parámetros de normalidad para la evaluación clínica de la T/A en escolares del D. F. ; así mismo, se esta realizando en los Estados de la República Mexicana. El objetivo central es elaborar tablas de cifras normales de tensión arterial en mexicanos.

4) Prevalencia de trastornos depresivos en estudiantes de la Facultad de Medicina.

El objetivo es determinar la prevalencia de trastornos depresivos y la relación existente entre algunos factores de riesgo.

5) Análisis de causas de morbilidad y mortalidad en zonas rurales y suburbanas.

3.3 ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL SERVICIO SOCIAL

OCTUBRE

- Conocimiento del protocolo de investigación: Prevalencia de trastornos depresivos en estudiantes de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.
- Conocimiento y recorrido del área física del departamento de Epidemiología y la Facultad de Medicina.
- Investigación de la organización y funcionamiento del departamento de Epidemiología.
- Enlistado por orden alfabético y cuantificación de alumnos inscritos en segundo año, reprobadores y probables desertores de la generación 86.
- Consulta bibliográfica:
 - a) Para el manejo de la computadora: Paul Hoffam Tamara Nicolof.

Sistema operativo MS/DOS. Guía del usuario. MC. Grawtel. México 1985. P. 314

- b) Sobre la investigación realizada: Prawda Witenberg Miriam. Dx. de salud mental de los estudiantes que ingresaron en 1986 a la Facultad de Medicina. Parte I Efectos psicológicos causados por los sismos 1987.
 - c) Sobre depresión: Linnart Wettenberg. La hormona melatonina como marcador de un subgrupo de depresión.
- Práctica en la microcomputadora del sistema operativo MS/DOS.
 - Asistencia al curso de Estadística I, impartido en los cursos de capacitación de profesores, por el Departamento de Epidemiología. Los temas revisados fueron: La investigación científica y la estadística; observaciones y mediciones; recolección de información; presentación tabular, gráficas, medidas de resumen para variables cualitativas; razones, proporciones y tasas; medidas de dispersión; media, mediana y moda, desviación estándar, rango y percentiles.
 - Codificación de 55 cuestionarios BDI, DCQ y Factores de riesgo en depresión; (anexos 2,3 y 4) aplicados como prueba piloto para la investigación "Prevalencia de trastornos depresivos en los estudiantes de la Facultad de Medicina".
 - Asistencia al programa de ampliación académica impartido por la Academia Nacional de Medicina y la Facultad de Medicina; los temas de mayor interés fueron: Las perspectivas y oportunidades de la investigación clínica en México, Papel de la psicología y psiquiatría en la práctica de la medicina.
 - En la investigación "Efectos psicológicos causados por los sismos; se vació la información de los cuestionarios (aplicados en mayo de 1986) a tarjetas simples, donde se manejaron las siguientes variables:
 - 1) Sintomatología en el tiempo antes, durante y después de los sismos
 - 2) Defunciones en cohabitantes y no cohabitantes.
 - 3) Lesiones en cohabitantes y no cohabitantes.

- 4) Pérdida o daño a la vivienda.
- 5) Pérdida o cambio de empleo del alumno o tutor.
- 6) Cambio de domicilio.
- 7) Daño físico sufrido.
- 8) Si quedó o no atrapado en los escombros.

NOVIEMBRE

Se realizó el recuento y clasificación de 708 tarjetas simples. La clasificación general de todos los estudiantes encuestados fue en damnificados y no damnificados.

En los seminarios de integración y prácticas en comunidad. Cursos de capacitación para profesores. Se asistió al curso de Estadística II donde se revisaron los temas: Medidas de dispersión que incluyen rango, desviación estándar; Medidas de tendencia central que comprenden la media, moda, mediana. Distribución normal. Calificación estándar. Coeficiente de varianza. Límites de confianza. Pruebas de Hipótesis χ^2 cuadrada y T de Student.

Se inició la concentración de la información en cuadros. El primer cuadro que se hizo fue respecto a la sintomatología que se clasificó en nula, leve, moderada y grave; ésta clasificación se basó en cinco grupos sintomáticos: alteraciones del sueño, depresión, intolerancia, angustia e ideación obsesiva. El grado de sintomatología se correlacionó con los tiempos antes, durante y ocho meses después de los sismos.

Cuadro 2 Damnificados y no damnificados DAMNIFICADOS

Cuadro 3 Correlación de sintomatología con tiempos antes, durante y ocho meses después de los sismos.

Cuadro 4 Evolución sintomática de damnificados con grado de sintomatología previa a los sismos, en relación al tiempo durante y después.

Cuadro 5 Sintomáticos y no sintomáticos, antes, durante y después.

Cuadro 6 Evolución de damnificados con sintomatología previa a los sismos y ocho meses después.

Cuadro 7 Correlación de 9 daños con sintomatología en los tiempos antes, y durante.

- a) Lesiones físicas propias.
- b) Atrapado bajo los escombros.
- c) Defunciones en familiares.
- d) Defunciones en amigos.
- e) Lesiones en familiares.
- f) Lesiones a amigos.
- g) Daño a vivienda.
- h) Pérdida de empleo.
- i) Cambio de domicilio.

Cuadro 8 Correlación de 9 daños con sintomatología en los tiempos antes, y después.

Los cuadros 7 y 8 no se presentan porque tienen información concentrada.

Los nueve daños mencionados se agruparon en 4 y se correlaciono con la sintomatología en los tiempos antes, durante y después.

Cuadro 9 Daño propio y sintomatología.

Cuadro 10 Daño a cohabitantes y sintomatología.

Cuadro 11 Daño a no cohabitantes y sintomatología.

Cuadro 12 Daños materiales y sintomatología.

NO DAMNIFICADOS

Cuadro 13 No damnificados con sintomatología antes, durante y después de los sismos.

Cuadro 14 Evolución sintomática de no damnificados con grado de sintomatología previa a los sismos con respecto al tiempo durante y después.

Cuadro 15 No damnificados sintomáticos y no sintomáticos en los tiempos

antes, durante y después.

Cuadro 16 Evolución de no damnificados sintomáticos.

DAMNIFICADOS Y NO DAMNIFICADOS

Cuadro 17 Evolución sintomática en los tiempos antes y después, de los damnificados y no damnificados que no presentaron síntomas antes de los sismos.

Cuadro 18 Evolución sintomática en los tiempos antes y después de los damnificados y no damnificados enfermos antes de los sismos.

Cálculo de χ^2 en los cuadros de daños, los valores esperados fueron menores de 5, por lo tanto esta prueba no es válida.

Cálculo de la prueba de Fisher, para esta prueba únicamente se pueden tener dos celdillas, entonces se agruparon nula y leve, moderada y grave. Sin embargo, al obtener resultados estos no reflejaban la sintomatología. Así se quedó pendiente la información para encontrar la prueba adecuada para estos cuadros.

También se aplicó χ^2 a los cuadros de damnificados y no damnificados en tiempo durante y después, encontrándose que en el tiempo durante, los damnificados tendían a manifestar más síntomas que los no damnificados. En el tiempo después, ambos grupos, damnificados y no damnificados tendieron a volver a su estado psicológico inicial antes de los sismos.

Elaboración de gráficas borradores de las cuales se seleccionaron dos, bien estructuradas.

Gráfica 1 Gráfica de barras dobles. Damnificados y no damnificados sintomáticos en los tiempos antes, durante y después.

Gráfica 2 Gráfica de barras dobles. Grado de sintomatología de sintomáticos damnificados y no damnificados en los tiempos antes, durante y después.

CUADRO 1

Grado de sintomatología psicológica en alumnos de primer ingreso de la Facultad de Medicina, antes, durante y después de los sismos de 1985.

1987

SINTOMATOLOGIA	ANTES	DURANTE	DESPUES
NULA	544	142	510
LEVE	90	124	98
MODERADA	45	152	42
GRAVE	29	290	58
TOTAL	708	708	708

FUENTE: Cuestionario aplicado en mayo de 1986.

CUADRO 2

Alumnos de primer ingreso de la Facultad de Medicina, clasificados en damnificados y no damnificados como consecuencia de los sismos.

1987

POBLACION GENERAL	FRECUENCIA ABSOLUTA	FRECUENCIA RELATIVA
DAMNIFICADOS	140	19.8
NO DAMNIFICADOS	568	80.2
TOTAL	708	100 %

FUENTE: Misma del Cuadro 1.

CUADRO 3

Alumnos damnificados y grado de sintomatología presentada en los tiempos antes, durante y después de los sismos.

1987

SINTOMATOLOGIA	ANIES	DURANTE	DESPUES
NULA	96	14	82
LEVE	17	26	25
MODERADA	14	27	15
GRAVE	13	73	18
TOTAL	140	140	140

FUENTE: Misma del Cuadro 1.

CUADRO 4

Evolución sintomática de damnificados, con grado de sintomatología previa a los sismos en relación al tiempo durante y después.

1987

ANTES	DURANTE				DESPUES				
	N	L	M	G	N	L	M	G	
NULA	96	10	16	20	50	63	15	11	7
LEVE	17	3	2	3	9	6	7	1	3
MODERADA	14	1	3	3	7	8	1	1	4
GRAVE	13	0	5	1	7	5	2	2	4
TOTAL	140	14	26	27	73	82	25	15	18

FUENTE: Misma del Cuadro 1.

CUADRO 5

Número de alumnos damnificados sintomáticos y no sintomáticos; antes, durante y después de los sismos de 1985.

1987

ALUMNOS	ANTES	DURANTE	DESPUES
SINTOMATICOS	44	126	58
NO SINTOMATICOS	96	14	82
TOTAL	140	140	140

FUENTE: Misma del Cuadro 1.

CUADRO 6

Evolución de damnificados con sintomatología
previa a los sismos y ocho meses después de
los sismos de 1985.

1987

ANTES	D E S P U E S				TOTAL
	N	L	M	G	
LEVE	6	7	1	3	17
MODERADA	8	1	1	4	14
GRAVE	5	2	2	4	13
TOTAL	19	10	4	11	44

FUENTE: Misma del Cuadro 1.

CUADRO 9

Alumnos que sufrieron daño propio y grado de
sintomatología presentada antes de los sismos
durante y, ocho meses después.

1987

ANTES	DURANTE				DESPUES				
	N	L	M	G	N	L	M	G	
NULA	5	1	0	0	4	3	0	0	2
LEVE	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MODERADA	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GRAVE	3	0	0	0	3	0	1	0	2
TOTAL	8	1	0	0	7	3	1	0	4

FUENTE: Misma del Cuadro 1.

CUADRO 10

Alumnos que tuvieron daño en cohabitantes y grado de sintonatología presentada antes de los sismos, durante y ocho meses después.

1987

A N T E S	D U R A N T E				D E S P U E S			
	N	L	M	G	N	L	M	G
NULA 6	0	1	1	4	3	0	2	1
LEVE 0	0	0	0	0	0	0	0	0
MODERADA 3	0	0	1	2	1	0	1	1
GRAVE 3	0	1	0	2	0	0	2	1
TOTAL 12	0	2	2	8	4	0	5	3

FUENTE: Misma del Cuadro 1.

CUADRO 11

Alumnos que tuvieron daño en no cohabitantes
y grado de sintomatología presentada antes de
los sismos, durante y ocho meses después.

1987

A N T E S	D U R A N T E				D E S P U E S				
	N	L	M	G	N	L	M	G	
NULA	74	5	12	16	41	48	14	9	3
LEVE	11	2	0	3	6	4	5	1	1
MODERADA	12	1	3	2	6	6	1	1	4
GRAVE	11	0	5	1	5	5	1	2	3
TOTAL	108	8	20	22	58	63	21	13	11

FUENTE: Misma del Cuadro 1.

CUADRO 12

Alumnos que tuvieron daños materiales y
sintomatología presentada antes de los sismos,
durante y después de los sismos.

1987

A N T E S	D U R A N T E				D E S P U E S				
	N	L	M	G	N	L	M	G	
NULA	26	4	5	4	13	17	2	2	5
LEVE	8	1	2	0	5	3	3	0	2
MODERADA	5	0	0	2	3	3	0	1	1
GRAVE	5	0	0	1	4	1	1	1	2
TOTAL	44	5	7	7	25	24	6	4	10

FUENTE: Misma del Cuadro 1.

CUADRO 13

Alumnos no damnificados y grado de
sintomatología presentada; antes, durante y
después de los sismos de 1985.

1987

SINTOMATOLOGIA	ANTES	DURANTE	DESPUES
NULA	448	128	428
LEVE	73	98	73
MODERADA	31	125	27
GRAVE	16	217	40
TOTAL	568	568	568

FUENTE: Misma del Cuadro 1.

CUADRO 14

Evolución sintonática de no damnificados, con grado de sintonatología previa a los sismos en relación al tiempo durante y después.

1987

A N T E S	D U R A N T E				D E S P U E S				
	N	L	M	G	N	L	M	G	
NULA	448	111	71	104	162	368	46	13	21
LEVE	73	12	19	10	32	37	18	7	11
MODERADA	31	4	6	8	13	17	6	5	3
GRAVE	16	1	2	3	10	6	3	2	5
TOTAL	568	128	98	125	217	428	73	27	40

FUENTE: Misma del Cuadro 1.

CUADRO 15

Número de alumnos no damnificados sintomáticos y no sintomáticos; antes, durante y después de los sismos de 1985.

1987

ALUMNOS	ANTES	DURANTE	DESPUES
SINTOMATICOS	120	440	140
NO SINTOMATICOS	448	128	428
TOTAL	568	568	568

FUENTE: Misma del Cuadro 1.

CUADRO 16

Evolución de no damnificados con sintomatología
previa a los sismos y ocho meses después.

1987

A N T E S	D E S P U E S				T O T A L
	N	L	M	G	
LEVE	37	18	7	11	73
MODERADA	17	6	5	3	31
GRAVE	6	3	2	5	16
TOTAL	60	27	14	19	120

FUENTE: Misma del Cuadro 1.

CUADRO 17

Evaluación sintomática de damnificados y no damnificados asintomáticos antes de los sismos de septiembre de 1985.

1987

A N T E S	D E S P U E S				TOTAL
	N	L	M	G	
DAMNIFICADOS	15	11	7	63	96
NO DAMNIFICADOS	46	17	16	369	448
TOTAL	61	28	23	432	544

FUENTE: Misma del Cuadro 1.

CUADRO 18

Evolución sintomática de enfermos damnificados y no damnificados antes de los sismos y grado de sintomatología presentado ocho meses después de los sismos.

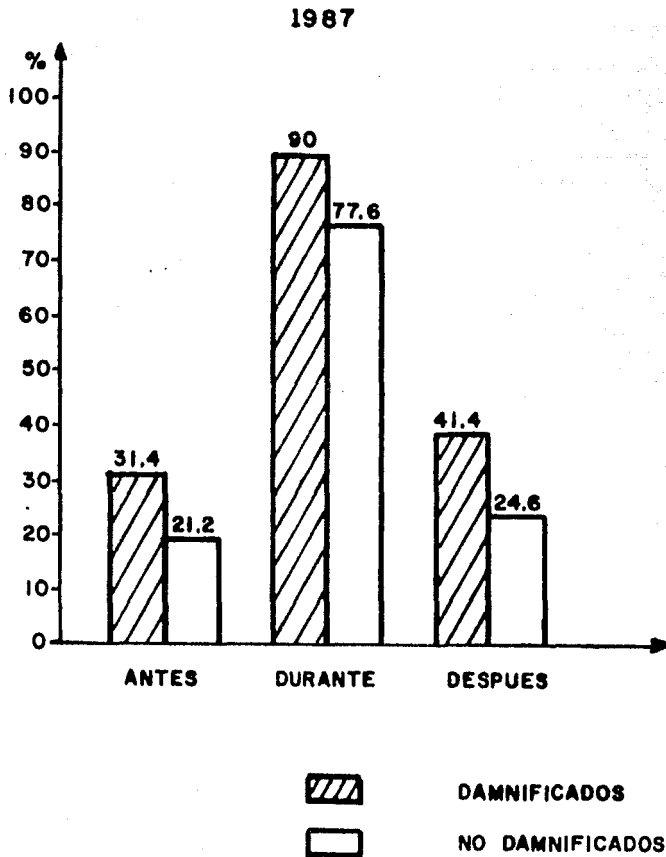
1987

POBLACION	A N T E S			D E S P U E S				TOTAL
	L	M	G	N	L	M	G	
DAMNIFICADOS	17	14	13	19	10	4	11	44
NO DAMNIFICADOS	73	31	16	60	27	14	19	120
TOTAL	90	45	29	79	37	18	30	164

FUENTE: Misma del Cuadro 1.

GRAFIA 1

Alumnos sintomáticos de damnificados y no damnificados antes de los sismos, durante y ocho meses después.



DICIEMBRE

Se realizó el recuento de la población total, esta se dividió en sexos, tanto en damnificados como no damnificados. A esta variable, sexo, se correlaciono con tiempos (antes, durante y después). Elaborándose 4 cuadros. Posteriormente se realizaron cuadros de contingencia para realizar X^2 y comparar la sintomatología presentada de acuerdo al sexo; tanto en damnificados y no damnificados.

Posteriormente la población se agrupo nuevamente por sexo, no importando si era damnificado o no damnificado y se correlaciono con sintomatología en los tres tiempos.

Elaboración de cuatro cuadros de la siguiente manera: tomando en cuenta Sx. y No Sx. de damnificados y no damnificados.

Cuadro 5 Sintomáticos damnificados y no damnificados en tiempo antes y durante. Con una clasificación de la sintomatología (curo, mejor, quedo igual y empeoro). Se obtuvieron resultados de p .20 por X^2 , por lo que no hay significancia y no se puede por lo tanto comparar.

Cuadro 6 Sintomáticos damnificados y no damnificados. Se correlaciono el tiempo (antes y después) con la sintomatología (curo, mejor, quedo igual y empeoro). Se obtuvo significancia con X^2 menor que .20 por lo que no hay significancia estadística.

Cuadro 7 No sintomáticos damnificados y no damnificados, correlacionado tiempo antes y durante, con la sintomatología (quedo igual, agravo + y agravo ++). Se obtuvo significancia menor que .001.

Cuadro 8 No sintomáticos damnificados y no damnificados correlacionado en tiempo antes y después con la sintomatología (quedo igual, agravo +, agravo ++) Se obtuvo significancia menor que .001 .

De estos cuadros se obtuvieron dos gráficas:

Gráfica 1 Se representa en el tiempo después a los damnificados y no damnificados que quedaron igual, los que mejoraron y empeoraron.

Gráfica 2 Se presenta en el tiempo después a los damnificados y no damnificados no sintomáticos a los que quedaron igual, agravaron + y agravaron ++.

CUADRO 1

Alumnos damnificados del sexo femenino, con grado de sintomatología antes, durante y ocho meses después de los sismos de 1985.

1987

A N T E S	D U R A N T E				D E S P U E S				
	N	L	M	G	N	L	M	G	
NULA	49	6	4	8	31	27	9	7	6
LEVE	12	3	1	1	7	5	4	1	2
MODERADA	12	1	2	2	7	6	1	1	4
GRAVE	5	0	2	1	2	1	1	2	1
TOTAL	79	10	9	12	47	39	15	11	13

FUENTE: Cuestionario aplicado en mayo de 1986 a los estudiantes de primer ingreso a la Facultad de Medicina, UNAM.

CUADRO 2

Alumnos damnificados del sexo masculino, con grado de sintomatología antes, durante y ocho meses después de los sismos.

1987

A N T E S	D U R A N T E				D E S P U E S				
	N	L	M	G	N	L	M	G	
NULA	47	4	12	12	19	36	6	4	1
LEVE	5	0	1	2	2	1	3	0	1
MODERADA	2	0	1	1	0	2	0	0	0
GRAVE	8	0	3	0	5	4	1	0	3
TOTAL	62	4	17	15	26	43	10	4	5

FUENTE: Misma del Cuadro 1.

CUADRO 3

Alumnos no damnificados del sexo femenino, con grado de sintomatología antes, durante y ocho meses después de los sismos.

1987

A N T E S	D U R A N T E				D E S P U E S				
	N	L	M	G	N	L	M	G	
NULA	227	45	26	54	102	178	31	6	12
LEVE	34	4	7	4	19	14	7	3	10
MODERADA	21	3	5	6	7	11	3	5	2
GRAVE	7	0	0	0	7	1	3	1	2
TOTAL	289	52	38	64	135	204	44	15	26

FUENTE: Misma del Cuadro 1.

CUADRO 4

Alumnos no damnificados del sexo masculino, con grado de sintomatología antes, durante y ocho meses después de los sismos.

1987

ANTES	DURANTE					DESPUES			
	N	L	M	G		N	L	M	G
NULA	221	66	45	50	60	190	15	7	9
LEVE	39	8	12	6	13	23	11	4	1
MODERADA	10	1	1	2	6	6	3	0	1
GRAVE	9	1	2	3	3	5	0	1	3
TOTAL	279	76	60	61	82	224	29	12	14

FUENTE: Misma del Cuadro 1.

ACTIVIDADES REALIZADAS

ENERO

Codificación de cuestionarios aplicados como prueba piloto a los estudiantes de nuevo ingreso de la Facultad de Medicina en noviembre de 1987.

Se aplico a cada alumno un cuestionario que explora la presencia de algunos factores de riesgo en depresión, que incluye las siguientes variables:

- A) Biológicas: sexo y edad.
- B) Demográficas: estado civil, número de integrantes de la familia.
- C) Socioeconómicas: estrato social, ocupación y red de apoyo social.
- D) Familiares: estado marital de los padres, relaciones intrafamiliares.
- E) Escolares: Asignaturas reprobadas en el primer grado de licenciatura.

Se incluye también un test psicológico denominado BDI (Beck Depression Inventory) para diferenciar los casos en que existe trastorno depresivo. Calificándose con los puntajes de la siguiente manera:

0	-	9	no deprimidos
10	-	15	depresión leve
16	-	23	depresión moderada
24	y más		depresión severa

Con base en estos resultados, se determinará la prevalencia de trastornos depresivos en esta generación.

Finalmente, se aplicó un tercer cuestionario denominado DCQ (Depression coping strategies; Kleinke) encaminado a explorar la forma como se condujeron frente a los episodios depresivos sufridos en el pasado.

En base a este instrumento, se determinará el patrón de conducta seguido por hombres y mujeres, y por individuos deprimidos y no deprimidos, tratándose de encontrar las diferencias entre ellos.

Práctica con la microcomputadora para conocer el programa D/BASE I I I

ESPAÑOL, con el fin de formar base de datos para la captura de toda la información obtenida de los cuestionarios.

Creación y listado de formato de campos para utilizarse en la microcomputadora. Donde se manejan como variables todas las preguntas de los cuestionarios; número de campos que va a utilizar la respuesta y clave, ya sea numérica o alfa numérica.

En el cuestionario que explora factores de riesgo, las variables de aspecto socioeconómico, específicamente el estrato social se clasifico de la siguiente manera:

- Grupo 1 Funcionario superior, gerente de categoría directiva, comerciante en grande y dueño de fábrica.
- Grupo 2 Profesionistas.
- Grupo 3 Ganadero, supervisor, agente, técnico especializado, comerciante en pequeña escala. Trabajador en servicios de protección y vigilancia, artesano, empleado de oficina, empleado de instituciones de gobierno, chofer.
- Grupo 4 Obrero no especializado, trabajador agropecuario con tierra.
- Grupo 5 Trabajador agropecuario sin tierra, eventuales, albañil, vendedor ambulante, bracero, limosnero.
- Grupo 6 Desempleado.

De la investigación realizada en 1986, denominada efectos psicológicos causados por los sismos de septiembre de 1985. Se realizó el recuento y clasificación de sintomáticos y no sintomáticos de damnificados y no damnificados; tipo de síntoma presentado y número de síntomas. En el tiempo ocho meses después de los sismos.

Realización de cuadros y cálculo de X^2 .

Captura de la información de los cuestionarios factores de riesgo, el BDI y el DCQ.

Recuento y clasificación de sintomáticos y no sintomáticos, de damnificados y no damnificados; tipo de síntoma presentado, número de síntomas; en los tiempos antes y durante.

Realización de cuadros y cálculo de X^2 . Comparación del tiempo antes y después de los sismos con McNemar.

CUADRO 1

Síntomas presentes en damnificados y no damnificados,
antes de los sismos de septiembre de 1985.

1988

SINTOMA	DAMNIFICADOS	NO DAMNIFICADOS
DEPRESION	26	42
INDIFERENCIA	9	22
EXAGERACION	5	9
ANGUSTIA	15	34
INQUIETUD	25	44
INSOMNIO	11	18
PESADILLAS	13	18
INTOLERANCIA	8	18
HIPERACTIVIDAD	13	28

FUENTE: Cuestionario aplicado en mayo de 1986 a los
estudiantes de primer ingreso a la Facultad de
Medicina, UNAM.

CUADRO 2

Número de síntomas presentes en damnificados y no damnificados, antes de los sismos de septiembre de 1985.

1988

No. DE SÍNTOMAS	DAMNIFICADOS	NO DAMNIFICADOS
1	13	62
2	7	23
3	11	15
4	6	13
5	2	0
6 y +	4	3

FUENTE: Misma del cuadro 1.

CUADRO 3

Sintomáticos y no sintomáticos damnificados y no damnificados antes de los sismos de septiembre de 1985.

1988

ALUMNOS	DAMNIFICADOS	NO DAMNIFICADOS
SINTOMATICOS	43	116
NO SINTOMATICOS	97	452
TOTAL	140	568

FUENTE: Misma del Cuadro 1.

CUADRO 4

Síntomas presentes en damnificados y no damnificados,
durante los sismos de septiembre de 1985.

1988

SINTOMAS	DAMNIFICADOS	NO DAMNIFICADOS
DEPRESION	92	296
INDIFERENCIA	40	69
EXAGERACION	18	36
ANGUSTIA	97	311
INQUIETUD	92	273
INSOMNIO	48	110
PESADILLAS	35	76
IDEACION	70	232
INTOLERANCIA	17	23
HIPERACTIVIDAD	30	43

FUENTE: Misma del cuadro 1.

CUADRO 5

Número de síntomas presentes en damnificados y no damnificados, durante los sismos de septiembre de 1985.

1988

No.DE SINTOMAS	DAMNIFICADOS	NO DAMNIFICADOS
1	17	74
2	13	84
3	23	111
4	15	62
5	18	59
6	16	27
7	14	17
8	7	2
9 y +	4	5
TOTAL	127	441

FUENTE: Misma del cuadro 1.

CUADRO 5

Número de síntomas presentes en damnificados y no damnificados, durante los sismos de septiembre de 1985.

1988

No. DE SINTOMAS	DAMNIFICADOS	NO DAMNIFICADOS
1	17	74
2	13	84
3	23	111
4	15	62
5	18	59
6	16	27
7	14	17
8	7	2
9 y +	4	5
TOTAL	127	441

FUENTE: Misma del cuadro 1.

CUADRO 6

Sintomáticos y no sintomáticos de damnificados
y no damnificados durante los sismos de septiembre
de 1985.

1988

ALUMNOS	DAMNIFICADOS	NO DAMNIFICADOS
SINTOMATICOS	127	441
NO SINTOMATICOS	13	127
TOTAL	140	568

FUENTE: Misma del Cuadro 1.

CUADRO 7

Síntomas presentes en damnificados y no damnificados,
ocho meses después de los sismos de septiembre de 1985.

1988

SÍNTOMA	DAMNIFICADOS	NO DAMNIFICADOS
DEPRESION	22	39
INDIFERENCIA	9	34
EXAGERACION	7	23
ANGUSTIA	25	49
INQUIETUD	18	47
INSOMNIO	4	16
PESADILLAS	10	15
IDEACION	21	35
INTOLERANCIA	6	29
HIPERACTIVIDAD	8	26

FUENTE: Misma del cuadro 1.

CUADRO 8

Número de síntomas presentados en damnificados y no damnificados después de los sismos de septiembre de 1985.

1988

No. DE SINTOMAS	DAMNIFICADOS	NO DAMNIFICADOS
1	22	69
2	13	30
3	9	14
4	5	10
5	3	7
6	4	6
7 y +	0	3

FUENTE: Misma del cuadro 1.

CUADRO 9

Sintomáticos y no sintomáticos, damnificados y no damnificados ocho meses después de los sismos de septiembre de 1985.

1988

ALUMNOS	DAMNIFICADOS	NO DAMNIFICADOS
SINTOMATICOS	56	139
NO SINTOMATICOS	84	429
TOTAL	140	568

FUENTE: Misma del Cuadro 1.

CUADRO 10

Alumnos sintomáticos antes y después de los
sismos de septiembre de 1985; damnificados y
no damnificados.

1988

ALUMNOS	ANTES	DESPUES
DAMNIFICADOS	43	56
NO DAMNIFICADOS	116	139
TOTAL	159	195

FUENTE: Misma del Cuadro 1.

FEBRERO

Revisión y corrección de errores en la captura de datos del estudio piloto "Prevalencia de trastornos depresivos en estudiantes de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M.

Clasificación y recuento de datos recabados en las encuestas aplicadas a 25 grupos de la Facultad de Medicina. Por medio de esa encuesta el Departamento de Epidemiología pretende conocer las opiniones que tienen los alumnos sobre la asignatura de "Seminarios de integración y prácticas comunitarias" (S.I.P.C.). La información servirá para comparar la metodología de trabajo de la materia en el grupo 1003 en relación a otros grupos.

Cálculo de rango, media aritmética, varianza y desviación standar del grupo 1003 y otros grupos.

Cálculo de T de Student para comparar grupo 1003 y demás población. Encontrándose diferencias estadísticamente significativas de $P \leq 0.001$; lo que significa que existen diferencias importantes en la metodología utilizada por el profesor y por lo tanto esto repercute en la opinión que tiene el alumno hacia la asignatura.

Recuento de síntomas presentados en los tiempos antes, durante y después del estudio de los sísmos.

Corrección del cuestionario "Factores de riesgo en Depresión", para la investigación "Prevalencia de trastornos depresivos en los estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la UNAM". Posteriormente se mandaron a imprimir 1000 cuestionarios.

Revisión bibliográfica del tema: Epidemiología de la desnutrición para la antología de tercer año.

Consulta bibliográfica:

— Mendez Ignacio, Rodríguez S. Análisis discriminante en Medicina. No. 179 V.9. México, UNAM-IIMAS. 1978.

Con el fin de comprender el análisis discriminante para realizar el cruce de variables del cuestionario factores de riesgo en depresión con el

resultado del BDI y el DCQ.

Sesión bibliográfica de:

— Stangler, Printz

"DSM III Psychiatric Diagnosis in a university population"

AM J Psychiatry

No. 137:8, Agosto 1980

Pp. 937 - 940

— Lloyd C. Gartrell N.

"Sex differences in Medical Students mental Health"

Am J. Psychiatry

V. 138 No. 10, octubre 1981.

Pp. 1346 - 1351

MARZO

Actualización del programa de investigación epidemiológica que ofrece la Facultad de Medicina de la UNAM, para la prestación de servicio social a los pasantes de la ENEO.

Revisión bibliográfica del documento: tasas, razones y proporciones de uso habitual en salud pública.

Realización de las gráficas "alumnos de primer ingreso a la Facultad de Medicina damnificados en los sismos", "Comportamiento de la sintomatología psicológica en los tiempos antes, durante y después de los sismos".

Peticion de un oficio al jefe del departamento, para la autorizacion en la aplicacion de los cuestionarios: factores de riesgo en depresion, BDI y DCQ.

Asignacion de folio a 1000 cuestionarios.

Aplicacion de cuestionarios a los alumnos de primer año de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Codificacion de los datos recabados en los cuestionarios.

Concentracion de informacion codificada en hojas de codificacion.

Captura de estos datos en la computadora por medio del sistema D base III.

CAPITULO IV

ANALISIS Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

4.1 RESULTADOS Y DISCUSION

4.1.1 Comportamiento de la población general ante el estrés.

De acuerdo con los cuestionarios aplicados, durante las dos semanas siguientes a los sismos, el 80% de la población (566 casos) presento sintomatología psicológica. La mayoría de los alumnos tuvieron mas de un síntoma. Los más fruecuentes fueron: temor y angustia (58%), depresión (55%), inquietud o ansiedad (51%), ideación obsesiva (43%) y trastornos del sueño (29%); entre estos últimos predominaron el insomnio (22%) y las pesadillas (16%), siendo frecuente la aparición simultanea de ambos. Es conveniente destacar que la agresividad fue el síntoma menos frecuente (6%).

Con base en estos resultados puede afirmarse que la intensidad del estímulo fue presumiblemente tan abrumadora que tuvo efectos traumáticos en casi todos los individuos. Sin embargo, la aparición de estos síntomas en la mayor parte de la población no traduce en sí la aparición de patología, sino que expresa los mecanismos mediante los cuales se trata de controlar en forma adaptativa la excitación perturbadora y de restablecer la economía psíquica. Desde luego, las posibilidades de triunfo de tales mecanismos son menores en personas en quienes el equilibrio se encontraba ya alterado en virtud de la existencia de configuraciones internas conflictivas, las cuales son movilizadas por el estímulo.

Tyhurst (1951, citado por Wilkinson, 4) realizó en Estados Unidos estudios sobre el comportamiento individual y el grado de inhibición o bloqueo de las funciones del yo, ante desastres similares, estimando que entre el 12 y el 25% de la población permanecía en calma, manteniendo su capacidad para funcionar rápida y apropiadamente. Agrega que es posible observar entre el 10 y 25% de los damnificados respuestas inapropiadas tales como llanto histérico, gritos, marcada confusión, ansiedad y a veces rompimiento con la realidad. En la presente investigación, el 20% de los alumnos no manifestaron trastornos francos, por lo que los resultados son comparables a los reportados por el citado autor.

Desde la perspectiva psicoanalítica es posible interpretar los síntomas psicológicos referidos durante las dos semanas siguientes a los sismos. La incidencia de una excitación demasiado intensa sobre el aparato psíquico origina una situación de "emergencia" que se manifiesta parcialmente en descargas involuntarias arcaicas, hasta cierto punto inespecíficas. A la situación objetiva de hallarse inundado de excitación incontrolada, corresponde un sentimiento subjetivo de sentirse sumamente dolorido (deprimido); la presencia de este dolor es muy similar a la ansiedad (12). Ello explica que la depresión y la ansiedad aparecieran a la par como síntomas predominantes.

Los síntomas que siguieron en frecuencia se denominan "síntomas de repetición", ya que representan un esfuerzo del organismo para lograr por este recurso el control de la perturbación. Las repeticiones del trauma pueden ser conscientes: el individuo no puede librarse de la necesidad de pensar una y otra vez sobre lo ocurrido (ideación obsesiva), o bien inconscientes: las pesadillas, de efecto tan torturante, representan sin embargo, una posibilidad de descarga que ayuda a liberarse de las tensiones. Por otro lado, un organismo inundado de excitación es usualmente incapaz de conseguir la relajación que presupone el sueño, lo que facilita el insomnio, por tanto es comprensible que los trastornos del sueño ocuparan un lugar importante.

4.1.2 Los daños

Los daños arrojaron un total de 140 alumnos damnificados (19.8%). De ellos, el 30% sufrieron daños materiales, tales como daño en la vivienda (17.1%), necesidad de cambiar de domicilio (10%), o pérdida de las fuentes de trabajo propias o del tutor (2.8%). (Figura 1).

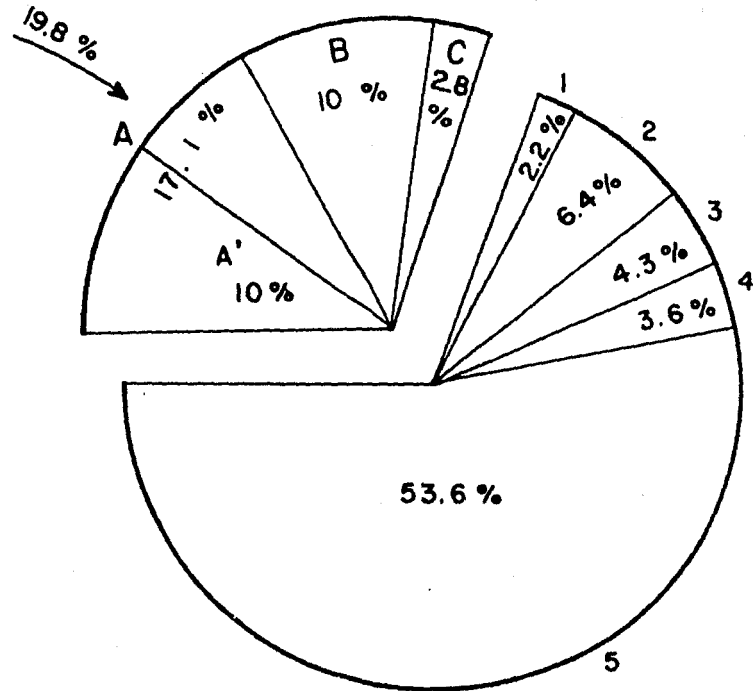
Entre los daños a las personas encontramos que 3 alumnos (2.2%) quedaron atrapados bajo los escombros y 5 (3.6%) sufrieron lesiones propias que no ameritaron hospitalización.

El 6.4% tuvieron defunciones de cohabitantes en el hogar y el 4.3% reportaron lesionados graves entre las personas con quienes convivían.

El 53.6% manifestaron defunciones y lesiones graves entre familiares o

ALUMNOS DE PRIMER INGRESO DE LA FACULTAD DE MEDICINA DAMNIFICADOS EN LOS SISMOS.

- A) Daño a la vivienda
- A') Daño y cambio de domicilio
- B) Cambio de domicilio
- C) Pérdido de empleo



- 1) Atrapados en escombros
- 2) Defunciones en el hogar
- 3) Lesionados graves en el hogar
- 4) Lesiones propias
- 5) Defunciones y lesiones graves en personas no cohabitantes

Fuente: Cuestionario aplicado en mayo de 1986.

Fig. 1

amigos cercanos que no convivían con ellos en el hogar.

Se estima que los sismos del 19 y 20 de septiembre de 1985 dejaron tras de sí aproximadamente 90,000 construcciones afectadas (6,19), con un saldo cercano al millón de damnificados (11); de 11 a 20 mil muertos o desaparecidos (16, 17) y de 30 a 50 mil heridos (17). El área destruida en la capital del país fue similar a la superficie total de Managua, así como el tamaño de ciudades tales como Cuernavaca, Querétaro o Pachuca. El cálculo de la tasa de mortalidad para el D.F., sobre un total de 17 millones de habitantes, habría sido sobre tales cálculos, cercano al 1 por cada mil. En forma análoga, la tasa de lesiones para el D.F. hubiera resultado en 2.9 por cada mil habitantes.

En relación a los daños materiales, el 6.2% de la población estudiantil resultó afectada en su vivienda o fuente de trabajo, cifra comparable con el porcentaje global de damnificados registrados para el D.F., del 5.9%. Las diferencias no son significativas, considerando que los estudiantes provienen de diversos asentamientos en la ciudad, puede considerarse que no se trata de un grupo particularmente damnificado, sino de características similares al conjunto de la población citadina.

4.1.3 Las secuelas en la población general y en subgrupos de la misma (agrupados según sexo y daños).

De los 708 alumnos que contestaron el cuestionario, se identificaron 164 casos con sintomatología psicológica antes de los sismos (23.2%) cifra que aumentó a 566 estudiantes durante las dos semanas siguientes (80%); habiendo un decremento hasta 198 casos, ocho meses después (28%).

El cuadro I muestra la distribución de casos sintomáticos según sexo en la población estudiada. Al aplicar a los datos la prueba de χ^2 , la diferencia fue estadísticamente significativa durante los sismos y ocho meses después, tiempos en los que el porcentaje de mujeres sintomáticas fue superior al de los varones. Esto indica que el sexo femenino constituyó un grupo más vulnerable a sufrir los efectos psicológicos derivados del evento traumático.

Para precisar las secuelas que en el terreno psicológico dejaron los

CUADRO I

DIFERENCIAS EN LA PROPORCION DE CASOS SINTOMATICOS SEGUN SEXO, ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LOS SISAMOS.

TIEMPO	TOTAL		CASOS SINTOMATICOS (MUJERES)		CASOS SINTOMATICOS (HOMBRES)		DIFERENCIA X ²
	NUMERO	PROPORCION	NUMERO	PROPORCION	NUMERO	PROPORCION	
ANTES	164	(23.2%)	91	(12.9%)	73	(10.3%)	1.11 (N.S.)
DURANTE	566	(80%)	305	(43.1%)	261	(36.9%)	4.7 (p < 0.05)
8 MESES DESPUES	198	(28%)	124	(17.5%)	74	(10.5%)	12.6 (p < 0.001)

ESTABLECIMIENTO DE INVESTIGACIONES
 Y SERVICIOS DE SALUD
 DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

sismos, es necesario analizar el comportamiento de la sintomatología referida en los tres tiempos explorados. En la figura 2 se puede observar que del total de alumnos que presentaban sintomatología antes del fenómeno (23.2%), un poco más de la mitad (12.2%) continuaban sintomáticos para el mes de mayo, mientras que en el 11% habían desaparecido las alteraciones. Así, en mayo es posible identificar nuevamente al sector sintomático originado antes de los sismos (12.2%), y a otro cuyo origen se ubica durante los sismos (15.8%; 112 casos). Es este último el que puede considerarse como asociado a la acción de los sismos, y abarca a más de la mitad (56.4%) de los casos existentes ocho meses después.

Si los sismos actuaron sobre este sector como el factor desencadenante principal, en términos de causalidad puede entonces englobarse su influencia dentro de la "causa estructural", que en la concepción de Sagatovsky (21) sería el conjunto de condiciones necesarias y suficientes para que se produzca el efecto, interviniendo como un mecanismo de interacción de los fenómenos internos y externos simultáneo a su efecto; sin olvidar que la "causa genética", es decir, el conjunto de condiciones necesarias pero insuficientes para provocar el efecto y que lo preceden, debió tener expresión previa a la predisposición patógena dada por una estructura psíquica débil o debilitada.

Al contrastar las proporciones de alumnos sintomáticos existentes antes de los sismos y ocho meses después, se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($z=1.75$; $p < 0.05$).

Esto indica que la hipótesis de trabajo inicial que afirmaba que después de ocho meses, la proporción de casos con sintomatología psicológica habría regresado a la situación previa a los sismos, fue rechazada. Sin embargo, es necesario comprender este fenómeno recurriendo al análisis de los datos agrupados según la experiencia vivida durante los sismos.

En el grupo de los damnificados se observó que la proporción de estudiantes sintomáticos antes de la catástrofe ascendía al 31.4% (44 casos), incrementándose al 90% (126 casos) durante las dos semanas siguientes, para descender al 41.4% (58 casos), ocho meses después. En el grupo de no damnificados las cifras correspondientes en los tres tiempos fueron del 21.2% (120 casos), 77.5% (440 casos), y 24.6% (140 casos). (Cuadro II).

COMPORTAMIENTO DE LA SINTOMATOLOGIA PSICOLOGICA EN ALUMNOS DE PRIMER INGRESO, ANTES, DURANTE Y OCHO MESES DESPUES DE LOS SISMOS.

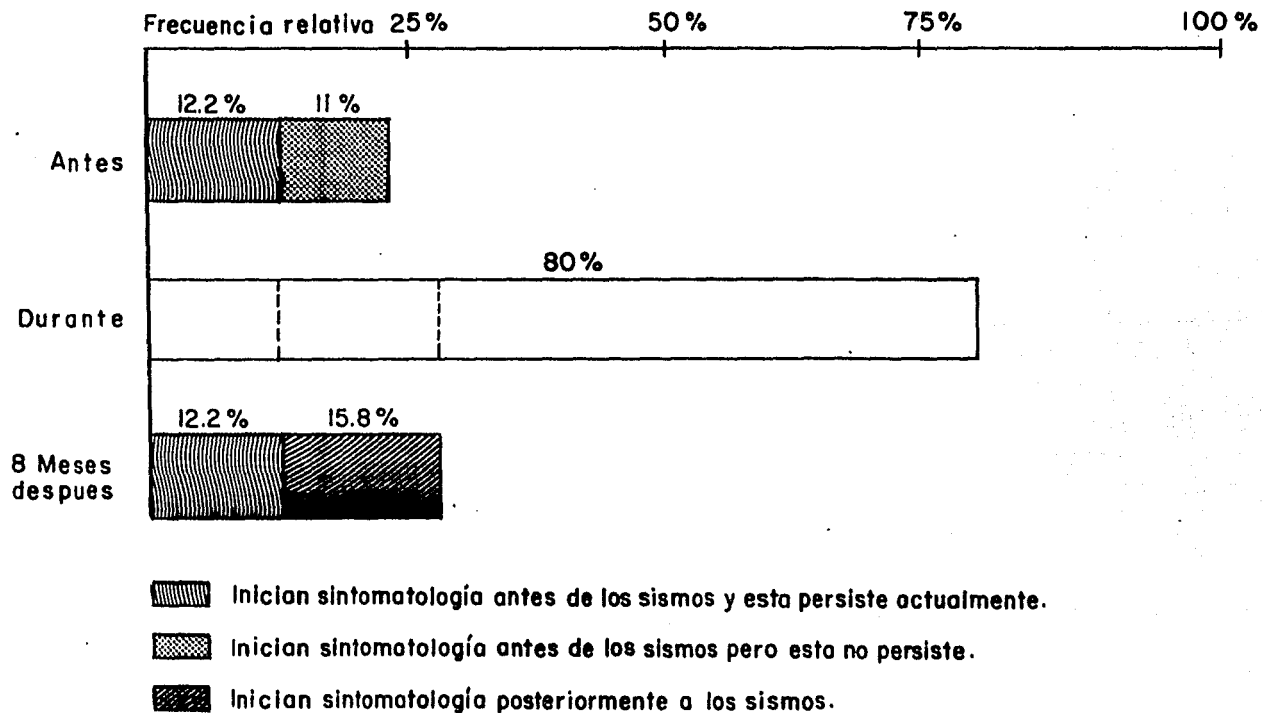


Figura 2

Fuente: Cuestionario aplicado en mayo de 1986.

CUADRO II

COMPARACION DE CASOS SINTOMATICOS ENTRE LOS ESTUDIANTES, SEGUN LA CONDICION DE HABER SIDO DAMNIFICADO O NO EN LOS SISMOS DE 1985

DAMNIFICADOS (140)

NO DAMNIFICADOS (568)

TIEMPO	SINTOMATICOS		NO SINTOMATICOS		SINTOMATICOS		NO SINTOMATICOS		*COMPARACION POR χ^2 CON CORRECCION DE YATES
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	
ANTES	44	(31.4)	96	(68.6)	120	(21.1)	448	(78.8)	0.67 (N.S.)
DURANTE	126	(90.0)	14	(10.0)	440	(77.5)	128	(22.5)	10.23 (P<0.01)
8 MESES DESPUES	58	(41.4)	82	(58.6)	140	(24.6)	428	(75.4)	14.87 (P<0.001)

Al analizarse las diferencias en la proporción de casos de ambos grupos mediante la prueba de χ^2 , ésta resulto ser no significativa antes de los sismos, y estadísticamente significativa durante los sismos ($p < 0.01$), como en mayo de 1986 ($p < 0.001$). Así, puede considerarse que los grupos tenían características similares antes del evento, por lo que el incremento de casos, superior en los tiempos "durante" y "después" en el grupo de damnificados, se deba al efecto diferencial (mas nocivo) que tuvieron los sismos en este grupo.

En resumen, si bien la acción de los sismos produjo un aumento significativo en el número de casos sintomáticos en la población general aún ocho meses después de los hechos, tal incremento se verifico sobretodo a expensas de los efectos sufridos sobre el subgrupo de damnificados.

Al estudiar el comportamiento de los casos individuales a través del tiempo, se encontró que en algunos que habían reportado estar sintomáticos antes de los sismos, dicha situación había desaparecido ocho meses después, aún entre el grupo de damnificados. Este fenómeno era esperable en virtud de que la reactivación de procesos de duelo antiguos brinda al ego una nueva oportunidad de resolución, que puede culminar en la mejoría del estado psicológico de la persona (16).

Al aplicar la prueba de McNemar al número de casos que permanecieron en el mismo estado sintomatológico previo o bien presentaron variaciones, se encontró que la diferencia entre el número de estudiantes damnificados que pasaron de sintomáticos a no sintomáticos (19 casos), y el número de los que pasaron de no sintomáticos a sintomáticos (33 casos), resultó ser estadísticamente significativa ($p < 0.05$); mientras que la misma diferencia medida en el grupo de no damnificados, no tuvo significancia estadística. (Cuadro III). Esto indica que en el grupo de damnificados, los efectos de los sismos se expresaron en una acentuación de conversiones hacia estados sintomáticos, superior tanto a las conversiones en el sentido opuesto en el mismo grupo, como a las conversiones desfavorables observadas en el grupo de no damnificados.

Con respecto a la influencia específica que tuvieron los distintos grupos de daños, se encontró durante las semanas siguientes a los sismos. una diferencia estadísticamente significativa al comparar el número de casos

CUADRO III

COMPARACION DE LA EVOLUCION SINTOMATICA ANTES DE LOS SISMOS Y OCHO MESES DESPUES, EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA.

POBLACION	<u>SIN CAMBIO SINTOMATICO</u>		<u>CAMBIO SINTOMATICO</u>		DIFERENCIA ENTRE LOS QUE CAMBIA RON (Mc Nemar)
	SINTOMATICOS	NO SINTOMATICOS	SINTOMATICOS	NO SINTOMATICOS	
			A NO SINTOMATICOS	A SINTOMATICOS	
DAMNIFICADOS	25	63	19	33	$X^2 = 4.32$ ($p < 0.05$)
NO DAMNIFICADOS	61	369	59	79	$X^2 = 2.89$ (N. S.)
POBLACION GENERAL	86	432	78	112	$X^2 = 6.44$ ($p < 0.02$)

sintomáticos y no, correspondientes a los alumnos que sufrieron pérdidas o lesiones graves en figuras significativas, contra los casos relacionados con el resto de daños. (Cuadro IV).

Ocho meses después no hubo ningún grupo de daños que influyera de manera significativa en la persistencia de la sintomatología de los estudiantes damnificados; pero al desagregar el primer grupo (daño en las personas), se encontró que si la lesión o defunción correspondía a personas que hubieran cohabitado con el alumno (con mayor cercanía afectiva), la diferencia persistía aún en ese momento.

Varios estudios realizados en diversas culturas muestran que ante la muerte de seres queridos, los procesos de duelo rara vez se completan en menos de uno o dos años (Parkes, 1985; citado por De la Fuente, (13). Otros, como el de Ahearn en Nicaragua encontraron que los problemas de salud mental después del desastre, persistieron durante casi tres años. El presente estudio confirma que la población damnificada requeriría de un tiempo mayor de ocho meses para recuperar el equilibrio emocional perdido.

Finalmente, al indagar las tendencias de cada uno de los síntomas reportados, se pudo observar que sólo la angustia y la exageración de los problemas cotidianos tuvieron un aumento con significancia estadística ($p < 0.05$; $z = 2.4$ y 2.5 respectivamente), en el primer caso con un incremento del 3.5% y en el segundo del 2.3%. Es posible que a ello haya contribuido la disminución del umbral de tolerancia a la frustración unavez que se pudieron apreciar realísimamente los daños sufridos o las nuevas condiciones sociales y familiares.

4.1.4 La atención psicológica

Como consecuencia de los sismos únicamente 6 alumnos (0.8%) habían recurrido a solicitar apoyo psicológico o psiquiátrico antes del estudio, y sólo uno continuaba en tratamiento en el mes de mayo. Sin embargo, 98 estudiantes (13.8%) expresaron en el cuestionario su deseo de recibir atención especializada. De ellos, solamente 54 acudieron a la entrevista fijada, y 13 (de 43 canalizados) asistieron después al servicio universitario, para tratamiento.

CUADRO IV

INFLUENCIA ESPECIFICA DE LOS DAÑOS SOBRE LA CONDICION DE SER ESTUDIANTE SINTOMATICO, EN LOS TIEMPOS DURANTE Y DESPUES DE LOS SISMOS

TIPO DE DAÑO SUFRIDO	DURANTE*	8 MESES DESPUES*
1) Daño en las personas ^a	3.871 (p < 0.05)	0.307 (N.S)
2) Daño propio ^b	0.132 (N.S)	2.610 (N.S)
3) Daños materiales ^c	0.003 (N.S)	0.704 (N.S)

a. Incluye defunciones y lesiones en figuras significativas que cohabitaban o no con el alumno.

b. Incluye lesiones físicas propias y atrapamiento bajo los escombros.

c. Incluye cambio de domicilio, daño a la vivienda y pérdida de empleo.

*Diferencia por χ^2 con corrección de Yates, al contrastar casos y no casos relacionados con el daño específico, contra los relacionados con el resto de daños.

Se corroboró que el deseo de recibir dicha atención fue superior entre los damnificados que entre los no damnificados (18.9% en contraste con 12.5%; $X^2=1.2$, $p<0.05$); sin embargo, la proporción de alumnos asistentes a la entrevista fue similar. Tal vez ello sea la expresión de una cierta actitud pasivo-receptiva descrita frecuentemente entre los damnificados y que traduciría la necesidad de dependencia ante la regresión sufrida por el trauma.

Durante las entrevistas se detectaron diferencias importantes en cuanto a los motivos de consulta manifestados por damnificados y no damnificados. Entre los primeros se registró con mayor frecuencia la angustia, ($X^2= 9.58$; $p<0.01$) mientras que la depresión ($X^2 = 9.54$; $p< 0.01$) ocupó un lugar mas importante en el segundo grupo. En el grupo de damnificados hubo referencia espontánea a la presencia de síntomas de repetición, especialmente sueños o sensaciones cinestésicas, mientras que en el otro grupo no hubo tales referencias. Tales datos expresan una elaboración diferencial, de las vivencias previas, en el primer caso mas directamente relacionada con los sismos.

4.2 Conclusiones

Con base en todo lo anterior pueden concluirse los siguientes aspectos:

La sintomatología que con mayor frecuencia presentó la población durante las dos semanas siguientes a los sismos, no difiere de la descrita en la literatura, siendo en orden decreciente, temor y angustia, depresión, ideación obsesiva y trastornos del sueño. El 80% de la población presentó algún síntoma en ese tiempo.

En el sexo femenino fue más frecuente encontrar la referida sintomatología asociada con el evento traumático.

Ocho meses después de los sismos, los síntomas que acusaron incremento significativo en la población general, fueron angustia y exageración de los problemas cotidianos, mientras que en la que solicitara apoyo psicológico, los de mayor importancia fueron angustia (sobretudo entre los damnificados) y depresión (en los no damnificados).

En ese mismo tiempo, la proporción de casos sintomáticos en la

población estudiada era superior a la existente previamente a los sismos, incremento que se verificó a expensas de los efectos sufridos sobre el subgrupo de damnificados.

En mas de la mitad de los casos sintomáticos en mayo de 1986 (el 15.8% de la población), los sismos actuaron como factor desencadenante de la problemática psicológica; mientras que en el 11% de la población los síntomas que habían existido previamente, desaparecieron después del desastre.

En el grupo de damnificados, los efectos de los sismos se expresaron en una acentuación de conversiones hacia estados sintomáticos, superior a las conversiones desfavorables observadas en el grupo de no damnificados.

Los daños que con mayor consistencia se asociaron a la presentación de sintomatología fueron la lesión grave o pérdida de las personas cercanas afectivamente, lo que podría haber repercutido en la prolongación del período de duelo o de asimilación de la experiencia traumática.

CONCLUSIONES

De acuerdo a las actividades realizadas durante la prestación del servicio social pueden concluirse los siguientes aspectos:

En la investigación de efectos psicológicos causados por los sismos en los estudiantes de la Facultad de Medicina: Se participó ampliamente en la clasificación, recuento y tabulación, elaboración de gráficas y análisis de la información recabada. Sobre todo, se obtuvo habilidad en el manejo y presentación de la información; principalmente en la identificación, aplicación e interpretación de pruebas estadísticas.

En la investigación: prevalencia de trastornos depresivos ; se trabajó con el estudio piloto, se hizo la corrección de uno de los instrumentos para la recolección de la información; se mandaron a imprimir los cuestionarios; posteriormente se aplicaron los cuestionarios a los estudiantes de primer ingreso de la Facultad de Medicina; se clasificó, codificó, se realizó el recuento de la información para la captura de la misma en la microcomputadora; lográndose así, obtener un manejo parcial de la microcomputadora.

Se asistió a los cursos de estadística para profesores, que imparte el Departamento, obteniéndose constancia. Así mismo, se asistió a varias sesiones bibliográficas de diversos temas.

Todo lo anterior me llevo a comprender que el método científico es en sí, una actitud que genera en los individuos que lo poseen, una forma racional de hacer las cosas, un continuo despertar de iniciativas y deseo de superación; que lo capacita para resolver acertadamente los problemas cotidianos.

De ahí que en la formación profesional de la enfermería, se dé mayor proyección e importancia a la investigación; ya que la investigación permite adquirir conocimientos y que ésta es una de las mejores alternativas para la consolidación de la actividad científica. Ahora bien, en la enfermería asistencial,

la metodología científica ayuda a comprender que la enfermedad en un paciente, representa un fenómeno de la naturaleza, cuya atención satisfactoria depende entre otras cosas, de la aplicación adecuada de los fundamentos del método científico.

GLOSARIO DE TERMINOS

ADAPTACION: nombre que da Piaget al proceso por el cual se ajusta un esquema para adaptarse a la información y circunstancias cambiantes.

AUTOCENTRISMO: cada individuo se siente la persona más afectada; la que recibió el mayor golpe del choque y resultó ser la más dañada.

B.D.I.: test psicológico denominado Beck depresión inventory para diferenciar los casos en que existe trastorno depresivo.

CONFUSION MENTAL: es un trastorno de la conciencia caracterizado por atolondramiento, perplejidad, desorientación, trastornos de las funciones asociativas y pobreza de ideas.

D.C.Q.: (depression coping strategies Kleinke) es un cuestionario encaminado a explorar la forma en como los individuos se conducen para enfrentar los episodios depresivos sufridos en el pasado.

DEFENSA, MECANISMOS DE: la personalidad adquiere diferentes técnicas psicológicas por medio de las cuales trata de defenderse, establecer avenencias entre los impulsos en conflicto, y aliviar las tensiones internas. Estas actividades mediadoras, e integradoras son, funciones del yo, mecanismos internos de control, seleccionados inconscientemente y puestos en juego.

DEPRESION: son emociones que pueden variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta una desesperación en grado extremo.

DISOCIACION: es un proceso por medio del cual todo un segmento de la conducta puede ser separado en forma consciente de la personalidad normal o habitual, o del patrón de conducta del individuo.

EGO: constituye la parte ejecutiva de la personalidad. Incluye las partes conscientes o cognitivas de la personalidad. Es el mediador entre el id y el mundo exterior, pero debe enfrentarse también con el super ego, con los recuerdos pasados y con las necesidades físicas del cuerpo. Determina y evalúa la realidad de la situación (prueba de la realidad) y si es necesario, pospone, la gratificación de una necesidad (reducción de la tensión) hasta que un objeto y método satisfactorios sean

descubiertos.

ESTRES: el paciente tiene una sensación continua de tirantes tanto emocional como muscular. Experimenta inquietud, insatisfacción, miedo intenso y una expectación inquietante. Aparece cuando una persona se debate entre deseos y anhelos contradictorios, en una lucha por su seguridad y por otras situaciones diversas.

FACTORES DE RIESGO EN DEPRESION: cuestionario que explora la presencia de algunos factores de riesgo en depresión; reconocidos en la literatura como relevantes y que incluye las siguientes variables: biológicas, demográficas, socioeconómicas familiares y escolares.

FORMACION REACTIVA: es el mecanismo por el cual un impulso no deseado se mantiene inconsciente. Haciendo hincapie en lo opuesto.

INCONSCIENTE : representa el conjunto de hechos psíquicos que no pueden aparecer en el campo de la consciencia, pero que determina numerosas motivaciones de nuestra conducta.

INMUNOLOGICAS, RESPUESTAS: cuando el cuerpo es atacado por bacterias o virus dispone de tres medios de defensa, a saber, la respuesta inmunitaria inmune fagocítica, la respuesta inmunitaria humoral o de anticuerpo y la respuesta inmunitaria celular.

MANIACA: es una psicosis aguda caracterizada por una exaltación del humor que se asocia con excitación intelectual, agitación psicomotriz y gran resistencia a la fatiga y al insomnio.

NEGACION: es un mecanismo de defensa por medio del cual el ego se rehúsa a ver algo que es obviamente verdadero, porque reconocer la realidad provocaría al ego mucho sufrimiento.

NEUROQUIMICA: f. química del tejido nervioso.

NEUROPSICOLOGIA: relación entre las funciones psicológicas y la neurología.

OBSESION: pensamientos que insistentemente se abren paso por sí mismos hacia la conciencia, en contra del deseo consciente del paciente.

PERCEPCION: F. (lat. perceptio, de percipere, percibir). Reconocimiento

en respuesta a estímulos sensoriales, acto de proceso mental mediante el cual la memoria de ciertas cualidades de un acto, experiencia u objeto se asocia con otras cualidades e impresiona a los sentidos; de este modo se hace posible el reconocimiento e interpretación de nuevos datos sensoriales.

PSEUDO-HEDONISMO: actividades que supuestamente se rigen por el principio del placer.

PSICOSOMATICO: los trastornos psicofisiológicos (psicosomáticos) son disfunciones orgánicas en las cuales los trastornos emocionales presumiblemente desempeñan un papel etiológico o contribuidor importante.

REGRESION: la personalidad puede sufrir la pérdida de una parte del desarrollo ya alcanzado, y regresa a un nivel inferior de integración, ajuste y expresión. El retroceso a un nivel inferior está caracterizado por modelos inmaduros de pensamiento, de emoción o de conducta.

REPRESION: por medio de este mecanismo de defensa se excluyen de la percepción consciente los deseos, impulsos, pensamientos y anhelos que serían perturbadores o incompatibles con los autorrequerimientos y las motivaciones conscientes y se les desplaza hacia el inconsciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Ahearn, Federico. "Ingresos en servicios de psiquiatría después de un desastre natural". Bol. Of. Sanit. Panam. 97 (4) Octubre, 1984. Pp. 325 - 333.
2. Ahearn, F. y Rizo Castellan, S. "Problemas de salud mental después de una situación de desastre". Bol. Of. Sanit Panam. 85 (1). 1978. Pp. 1 - 15.
3. Baena Paz, Guillermina Manual para elaborar trabajos de investigación. 2a. México, ed. Editores Mexicanos Unidos. 1980. 189 p.
4. By Charles B, Wilkinson, MD. "Introduction: the psychological consequences of disasters". Int. Rev. Psychiatric Annals 15 (3) March 1985. Pp. 135, 138, 139.
5. By Charles, et al. "The management and treatment of disasters victims". Int. Rev. Psychiatric Annals. 15 (3) March 1985. Pp. 174 - 178, 180, 181, 184.
6. Boils G. "Sismo. y política habitacional" Rev. Mex. de Ciencias Políticas y Sociales; 32 (123) 1986. Pp. 47 - 57.
7. Cohen, R.E. "Reacciones individuales ante desastres naturales". Bol. Of. Sanit. Panam 98 (2) 1985. Pp. 171 - 179.
8. Colonna, L. Psiquiatría. tomo 17. España, ed. Toray-Masson 1981. (Cuadernos de la Enfermera) . 151 Pp.
9. Diccionario enciclopédico de las ciencias médicas. 4a. México Mearow Holl. 1984.
10. Domínguez Trejo, B. Olvera López Y. "El impacto de los ambientes excepcionales urbanos". Facultad de Psicología U.N.A.M. y E.S.I.M.E.-CULHUACAN. I.P.N. Agosto 1987. P. 15.
11. Editorial. "Lo que dejó el temblor: 10.5 billones de pesos en daños, siete veces el fondo de reserva en dólares del país". Rev. Médico Moderno, 1985 (24): 15 - 17.

12. Fenichel, O. Teoría Psicoanalítica de las neurosis. Buenos Aires, ed. Paidós, 1982. PP. 141 - 153.
13. Fuentes, Ramón de la. "Las consecuencias del desastre en la salud mental". Salud Mental. México, V. 9 No. 3. Septiembre 1986. P. 38.
14. Krause, Neals PhD. "Exploring the impact of a natural disaster on the health and psychological Well - being of Olders adults". Journal Of. Human stress. 13 (2), 1987. Pp. 61 - 69.
15. Kolb, L. C., Brodie H.K. Psiquiatría Clínica 10a. ed, México, Interamericana, 1985. 850 pp.
16. Palacios, A. et al. "the traumatic efect of mass communication in the México city earthquake: crisis intervention and preventive measures". Int. Rev. Psycho-Annals. 13, 1986. Pp. 279 - 293.
17. Presidencia de la República. Las razones y las obras: crónica del sexenio 1982 - 1988; Tercer año. Terremotos de septiembre. ed. Fondo de cultura económica. México, 1986.
18. Prawda Witember M. "Dx. de salud mental de los estudiantes que ingresaron en 1986 a la Facultad de Medicina. Parte I efectos psicológicos causados por los sismos". Depto. de Epidemiología U.N.A.M. 1987.
19. Rodríguez, D. "La organización popular ante el reto de la reconstrucción" Rev. Mex. de Ciencias Políticas y Sociales, 1985. 32 (123) .: 47 - 57.
20. Sanfilippo. B, José. "Panorama histórico de la medicina en México" Rev. Médico Moderno. V. XXV No. 2, Octubre de 1986 Pp. 72, 77, 78, 85, 86.
21. Sagatovsky, C. Acerca de la relación entre los conceptos: "Causa", "Condición", "Etiología y "Patogenesis". Vestn. Acad. Med. Nauk. 1976, 21 (1): 34:40.
22. Soberón, G. et al, "the health Care refor in México: Before and after the 1985 Earthquakes". American Journal of. Public Health V. 76, No. 6 June 1986. Pp. 673 - 680.

23. Solomón P, Patch. V. Manual de Psiquiatría. 2a. ed. México. El Manual Moderno, 1976, Pp. 466.
24. Tyhurst, I.S. "Individual reactions to community disaster: the natural history of psychiatric phenomena". Am. J. Psychiatric 107, 1954. Pp. 764 - 769.
25. U.N.A.M. "Efectos de los sismos en la población" Gaceta de la U.N.A.M. 1 (43). 26 de septiembre de 1985, Pp. 21 - 31.
26. Valencia, C. Marcelo. "Reacciones psicológicas ante un desastre" Instituto Mexicano de Psiquiatría. Pp. 4 - 9.
27. Villalobos, Lemus R. Correlación de frecuencia y diagnóstico pre y posterior a una situación de desastre en el Hospital Psiq. "Fray Bernardino Alvarez". Tesina - U.N.A.M. México 1986. 28 pp.

ANEXO 1

NOMBRE: _____
 Apellido paterno materno nombre
 FOLIO: _____ GRUPO: _____

INDIQUE CON UNA "X" SI PADECIO O NO LOS SIGUIENTES SINTOMAS ANTES DE LOS SISMOS DEL PASADO 19 Y 20 DE SEPTIEMBRE (PRIMERA COLUMNA); EN EL TRANSURSO DE LAS SIGUIENTES DOS SEMANAS (SEGUNDA COLUMNA), Y SI LOS PADECE ACTUALMENTE (TERCERA COLUMNA).

TODOS LOS INCISOS DEBEN SER CONTESTADOS EN LOS PERIODOS ESPECIFICADOS.

1.-	ANTES		SIGUIENTES DOS SEMANAS		ACTUALMENTE	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
a) Se sintió deprimido.	—	—	—	—	—	—
b) Perdió el interés o mostró indiferencia por sus actividades cotidianas.	—	—	—	—	—	—
c) Tendió a agrandar o exagerar sus problemas.	—	—	—	—	—	—
d) Se sintió atemorizado o angustiado.	—	—	—	—	—	—
e) Tuvo inquietud o ansiedad.	—	—	—	—	—	—
f) Tuvo insomnio.	—	—	—	—	—	—
g) Tuvo pesadillas.	—	—	—	—	—	—
h) Su pensamiento regresaba constantemente a lo ocurrido.	—	—	—	—	—	—
i) Se comportó agresivo, irritable o intolerante con los demás.	—	—	—	—	—	—
j) Se sintió eufórico o hiperactivo.	—	—	—	—	—	—

MARQUE CON UNA "X" SU RESPUESTA (SI O NO) EN LAS PREGUNTAS 2, 3, 4, 5, 6,
9. ELIJA UNA SOLA OPCION Y MARQUELA CON UNA "X" EN LAS PREGUNTAS 7 Y 8.

- 2.- Los síntomas que aparecieron o aumentaron después de los sismos fueron de tal importancia que lo llevaron a solicitar tratamiento de apoyo psicológico o psiquiátrico SI NO
___ ___
- 3.- Se encuentra actualmente por alguno de estos síntomas bajo tratamiento psicológico o psiquiátrico. ___ ___
- 4.- Desearía recibir este tipo de tratamiento. ___ ___
- 5.- Como consecuencia de los sismos ¿tuvo usted algún trastorno emocional que se tradujera en manifestaciones físicas? (diarrea, falta de apetito, gastritis, úlcera, problemas en la piel, dolor de cabeza, vómitos, etc.). ___ ___
- Si su respuesta es afirmativa, especifique cuál o cuáles fueron esas manifestaciones físicas: _____

- 6.- Persiste(n) actualmente la o las manifestaciones físicas. ___ ___
- 7.- Como consecuencia de los sismos:
- a) Sufrió usted lesiones físicas que ameritaron atención médica, pero no estuvo internado en ningún centro hospitalario. ()
- b) Sufrió usted lesiones físicas que ameritaron internamiento en algún centro hospitalario. ()
- c) No sufrió usted lesiones físicas. ()
- 8.- En caso de haber sufrido alguna lesión física actualmente:
- a) Se encuentra completamente restablecido. ()
- b) Padece secuelas de esa lesión. ()
- 9.- Estuvo usted atrapado bajo los escombros. ___ ___
- Especifique cuántas horas: _____

CONTESTE TODOS LOS INCISOS DE LA PREGUNTA 10 MARCANDO CON UNA "X" SU RESPUESTA (SI O NO).

10.- Como consecuencia de los sismos: SI NO

a) Perdió la vida alguna persona con quien usted vivía: ___

Especifique la relación o parentesco que tenía (n)
con usted: _____

b) Perdió la vida algun familiar o amigo cercano suyo. ___

c) Sufrió una lesión grave (pero no murió a consecuencia de ella) alguna persona con quien usted vivía. ___

Especifique la relación o parentesco que tiene (n)
con usted: _____

d) Sufrió una lesión grave algún familiar o amigo cercano suyo, no muriendo a consecuencia de ella. ___

ELIJA UNA SOLA OPCION EN LA PREGUNTA 11 Y MARQUELA CON UNA "X".

11.- Como consecuencia de los sismos:

a) Perdió usted su casa o sufrió ésta daños considerables. ()

b) Perdió usted su empleo o la persona de la que depende usted económicamente perdió su fuente de trabajo. ()

c) Ocurrieron ambas cosas. ()

d) No ocurrió ninguna de las anteriores. ()

MARQUE CON UNA "X" SU RESPUESTA (SI O NO).

12.- Como consecuencia de los sismos ¿cambió usted de domicilio? ___

13.- Brindó usted cualquier tipo de ayuda a los damnificados: (donación de dinero, ropa, alimentos, medicinas, sangre; ayuda en los albergues o en los escombros; visita a sus conocidos damnificados, etc.).

SI NO

— —

ANEXO 2

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA Y COMUNIDAD
FACTORES DE RIESGO EN DEPRESION

Instrucciones: Complete los datos requeridos o marque con una cruz la opción correcta:

- I.- Edad en años cumplidos _____
- II.- Sexo: 1) masculino 2) femenino
- III.- Estado civil:
- 1) Soltero 2) Casado 3) Unión libre
- 4) Viudo 5) Divorciado
- IV.- En relación con sus actividades laborales, en el último año usted:
- 1) No ha trabajado
- 2) Ha trabajado sólo en vacaciones escolares
- 3) Ha trabajado permanentemente
- V.- En relación con los ingresos económicos de su familia actual:
- 1) Son insuficientes para cubrir las necesidades básicas de sus miembros.
- 2) Son suficientes para cubrir las necesidades básicas de sus miembros.
- 3) Son suficientes para vivir decorosamente.
- 4) Son suficientes para vivir desahogadamente.
- VI.- Señale cuál es la ocupación de su padre o tutor:
- _____
- VII.- Lugar o centro de trabajo de su padre o tutor:
- _____
- VIII.- Posición en el trabajo, de su padre o tutor:
- 1) Patrón
- 2) Trabajador por comisión

XI.- Señale con quién vive usted actualmente:

- | | |
|--|-----------------------|
| 1) mis padres y hermanos | 6) mi cónyuge e hijos |
| 2) mis padres únicamente | 7) solo |
| 3) mis padres, hermanos y otros familiares | 8) amigo (s) |
| 4) otros familiares | 9) casa de asistencia |
| 5) cónyuge | |

XII.- Indique el número de personas que comparten con usted la vivienda familiar (incluye familiares, parientes políticos y amigos):

- | | |
|-----------------------|-------------|
| 1) ninguna, vivo solo | 6) 5 |
| 2) 1 | 7) 6 |
| 3) 2 | 8) 7 |
| 4) 3 | 9) más de 7 |
| 5) 4 | |

XIII.- Indique el número de hermanos que tiene usted:

- | | |
|-------------|-------------|
| 1) no tengo | 6) 5 |
| 2) 1 | 7) 6 |
| 3) 2 | 8) 7 |
| 4) 3 | 9) más de 7 |
| 5) 4 | |

XIV.- Indique el lugar que ocupa entre sus hermanos:

- 1) hijo único
- 2) el mayor
- 3) el menor
- 4) intermedio

XV.- En caso de tener un problema emocional, usted recurre para consejo o desahogo:

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 1) a su padre | 5) a familiares |
| 2) a su madre | 6) a profesionales |
| 3) a sus hermanos | 7) a su cónyuge |
| 4) a sus amigos | 8) a nadie |

XVI.- ¿Cuál es el número de amigos en los que usted confía plenamente?

- 1) ninguno
- 2) uno
- 3) dos
- 4) tres
- 5) cuatro
- 6) más de cuatro

XVII.- ¿Ha tenido usted alguna vez novia (o)?

- 1) Sí
- 2) No

XVIII.- En caso de un problema importante, ¿cuál es la respuesta de sus amigos?

- 1) son indiferentes
- 2) me apoyan si pueden hacerlo fácilmente
- 3) me brindan una amplia solidaridad

XIX.- En caso de un problema importante, ¿cuál es la respuesta de su padre?

- 1) es indiferente
- 2) me apoya si puede hacerlo fácilmente
- 3) me brinda una amplia solidaridad

XX.- En caso de un problema importante, ¿cuál es la respuesta de su madre?

- 1) es indiferente
- 2) me apoya si puede hacerlo fácilmente
- 3) me brinda una amplia solidaridad

XXI.- Si está repitiendo el primer año de la licenciatura, ¿cuáles asignaturas reprobó?

- | | | | |
|----------------|-----|------------------------|-----|
| 1) Anatomía | ___ | 5) Psicología Médica | ___ |
| 2) Embriología | ___ | 6) Sem. de Integración | ___ |
| 3) Histología | ___ | y Prácticas en | ___ |
| 4) Bioquímica | ___ | Comunidad | ___ |

ANEXO 3

CUESTIONARIO SOBRE DEPRESION (B.D.I.)

Instrucciones:

En este cuestionario hay unos grupos de afirmaciones.

Por favor lee cuidadosamente cada grupo de ordenes, luego elige la afirmación en cada grupo que describa mejor la manera en que has estado sintiéndote la semana pasada, incluyendo hoy. Dibuja un círculo sobre la letra que este al lado de la afirmación que elegiste. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse de la misma forma, pon un círculo alrededor de cada una.

Asegurate de leer todas las oraciones de cada conjunto antes de llevar a cabo tu selección.

1. a) No me siento triste
b) Me siento triste
c) Me siento triste todo el tiempo y no puedo salirme de este estado.
d) Estoy tan triste e infeliz que no lo puedo soportar.
2. a) No estoy especialmente decepcionado (a) acerca del futuro.
b) Me siento decepcionado (a) acerca del futuro.
c) Siento que no tengo ninguna ilusión para el futuro.
d) Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3. a) No me siento como un fracaso.
b) Siento que he fracasado mas que el promedio de las personas.
c) Si reflexiono sobre mi vida pasada, solo encuentro un montón de errores.
d) Siento que, como persona soy un completo fracaso.
4. a) Obtengo la misma satisfacción de las cosas como en el pasado.
b) No disfruto de las cosas como antes.
c) Ahora no obtengo verdadera satisfacción en nada.
d) Estoy insatisfecho (a) o aburrido (a) con todo.

5. a) No me siento especialmente culpable.
b) Me siento culpable una buena parte del tiempo.
c) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
d) Me siento culpable todo el tiempo.
6. a) No siento que estoy siendo castigado (a).
b) Siento que, posiblemente estoy siendo castigado (a).
c) Espero ser castigado (a).
d) Siento que estoy siendo castigado (a).
7. a) No me siento decepcionado (a) de mí mismo (a).
b) Estoy decepcionado (a) de mí mismo (a).
c) Estoy disgustado (a) de mí mismo (a)
d) Me odio.
8. a) No me siento que soy peor que cualquier otra persona.
b) Me critico a mí mismo (a) por mis debilidades y errores.
c) Siempre me culpo por mis errores.
d) Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
9. a) No tengo pensamientos sobre matarme en absoluto.
b) Tengo pensamientos sobre matarme, pero no los llevaría a cabo.
c) Me gustaría matarme.
d) Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. a) No lloro mas de lo común.
b) Lloro ahora mas que antes.
c) Ahora lloro todo el tiempo.
d) Antes podía llorar pero ahora, no puedo aunque quiero.
11. a) No estoy mas enojado (a) ahora que en cualquier otra ocasión.
b) Me enojo o me molesto más fácilmente ahora que antes.
c) Ahora estoy enojado (a) todo el tiempo.
d) No me enojo en absoluto por lo que antes me enojaba.

12. a) No he perdido el interés en otras personas.
b) Estoy menos interesado por las personas que antes.
c) He perdido la mayor parte de mi interés por otras personas.
d) He perdido todo mi interés por otras personas.
13. a) Tomo decisiones tan bien como siempre he podido.
b) Pospongo el tomar decisiones mas seguido que antes.
c) Tengo mayores dificultades para tomar decisiones que antes.
d) Ya no puedo tomar decisiones en absoluto.
14. a) No siento que me veo peor que en el pasado.
b) Me preocupo por verme viejo (a) y no atractivo (a).
c) Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen verme no atractivo (a).
d) Creo que me veo feo (a).
15. a) Puedo trabajar aproximadamente tan bien como antes.
b) Me toma un esfuerzo especial el comenzar a realizar algo.
c) Tengo que empujarme enérgicamente para hacer cualquier cosa.
d) No puedo realizar absolutamente ningún trabajo.
16. a) Puedo dormir tan bien como de costumbre.
b) No duermo tan bien como en el pasado.
c) Me despierto de una a dos horas antes de lo que acostumbro y me cuesta trabajo volverme a dormir.
d) Me despierto varias horas mas temprano de lo que acostumbro y me es imposible volverme a dormir.
17. a) No me canso mas que de costumbre.
b) Me canso mas fácilmente que en el pasado.
c) Me canso al hacer casi cualquier cosa.
d) Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.
18. a) Mi apetito no esta peor que de costumbre.
b) Mi apetito no es tan bueno como lo tenía antes.
c) Mi apetito, en alto grado, ahora esta peor.
d) Ahora ya no tengo apetito en absoluto.

19. a) No he perdido mucho peso (si es que estoy haciéndolo) últimamente.
b) He perdido más de dos kilos.
c) He perdido más de cuatro y medio kilos.
d) He perdido más de siete kilos.

A propósito estoy tratando de reducir de peso por medio de una
disminución de lo que como: SI _____ NO _____

20. a) No estoy más preocupado (a) por mi salud que de costumbre.
b) Estoy preocupado (a) sobre problemas físicos, tales como molestias
o dolores, o indigestión.
c) Estoy preocupado (a) sobre mis problemas físicos, y me es muy
difícil pensar en otra cosa.
d) Estoy tan preocupado (a) por mis problemas físicos que no puedo
pensar en otra cosa.
21. a) No he notado un cambio reciente en mi interés sexual.
b) Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes.
c) Ahora estoy mucho menos interesado (a) en el sexo.
d) He perdido el interés en el sexo completamente.

ANEXO 4

CUESTIONARIO SOBRE LA MANERA DE ENFRENTAR LA DEPRESION

	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. Busco compañía o consejo en grupos de amigos o gente cercana.	_____	_____	_____
2. Como mucho.	_____	_____	_____
3. Me vuelvo agresivo y me siento como peleando.	_____	_____	_____
4. Fumo cigarrillos.	_____	_____	_____
5. Medito o hago otras cosas para relajarme.	_____	_____	_____
6. Veo T. V.	_____	_____	_____
7. Bebo más té o café.	_____	_____	_____
8. Lloro.	_____	_____	_____
9. Duermo mucho.	_____	_____	_____
10. Procuro estar solo.	_____	_____	_____
11. Ignoro el problema y pienso en otras cosas.	_____	_____	_____
12. Fumo marihuana.	_____	_____	_____
13. Camino o hago viajes cortos.	_____	_____	_____
14. Sueño despierto y fantaseo.	_____	_____	_____
15. Tomo drogas estimulantes (como anfetaminas).	_____	_____	_____

	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
16. Trabajo conmigo y trato de efectuar un plan para hacerme sentir mejor.	_____	_____	_____
17. Me junto a una persona o amigo muy cercano.	_____	_____	_____
18. Tomo tranquilizantes (como valium).	_____	_____	_____
19. Me entretengo en actividades físicas como deportes o danza.	_____	_____	_____
20. Me vuelvo irritable o cambiante.	_____	_____	_____
21. Corto temporalmente con mis otras responsabilidades.	_____	_____	_____
22. Me reprocho por sentirme deprimido.	_____	_____	_____
23. Me entretengo en actividades sexuales (de cualquier tipo).	_____	_____	_____
24. Confronto mis sentimientos y trato de descartar lo que me molesta.	_____	_____	_____
25. Me ocupo en alguna clase de actividad creativa, como leer, escribir, dibujar, oír música o trabajar proyectos.	_____	_____	_____
26. Voy a lugares donde hay mucha gente, como clubes o bailes, fiestas.	_____	_____	_____
27. Hablo con otras gentes y trato de elaborar un plan para sentirme mejor.	_____	_____	_____
28. Tomo bebidas alcohólicas.	_____	_____	_____
29. Ríe y encuentro humor en mi situación.	_____	_____	_____

ANEXO 5

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA Y COMUNIDAD

INTRODUCCION: Por medio de esta encuesta, el Departamento de Epidemiología pretende conocer las opiniones que tienen los alumnos sobre la asignatura de "Seminarios de Integración y Prácticas en Comunidad" (SIPC). La información servirá para comparar las diferentes formas de trabajo de la materia, por lo que le pedimos conteste de acuerdo a la experiencia obtenida únicamente en su grupo. El cuestionario es anónimo por lo que le suplicamos conteste verazmente.

NO ANOTAR NOMBRE

GRUPO en el año anterior de SIPC: _____

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de afirmaciones en relación a la asignatura de SIPC. Marque con una cruz el juicio que mas se acerque a su opinión.

	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO TENGO RESPUESTA	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
1. Debería incrementarse el número de prácticas en la comunidad.	_____	_____	_____	_____	_____
2. La asignatura debería desaparecer para poder dedicarle más tiempo a las otras materias del primer año.	_____	_____	_____	_____	_____
3. Considero que al nivel de mis conocimientos logré dar orientaciones útiles a los problemas de las familias.	_____	_____	_____	_____	_____

	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO TENGO RESPUESTA	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
4. Durante las prácticas con familias mi trabajo fue fundamentalmente de encuestador.	_____	_____	_____	_____	_____
5. La asignatura contribuye a formar en el estudiante una conciencia sobre los problemas de salud de los mexicanos y sus determinantes.	_____	_____	_____	_____	_____
6. La asignatura forma la personalidad de un buen médico al orientar sobre el adecuado manejo de la relación médico-paciente y médico-comunidad.	_____	_____	_____	_____	_____
7. Mi interés por la asignatura se reduce a que es una materia obligatoria en el nuevo plan de estudios.	_____	_____	_____	_____	_____
8. En los próximos años, por su poca eficacia comunitaria, sería preferible que desapareciera el trabajo de campo.	_____	_____	_____	_____	_____
9. La asignatura logró el objetivo de capacitarme para el análisis y la comprensión de la problemática bio-psico-social de las familias visitadas (al nivel de un alumno de primero).	_____	_____	_____	_____	_____

	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO TENGO RESPUESTA	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
10. La asignatura promueve efectivamente la vocación de servicio del alumno hacia la población (tal y como sucedió en mi grupo).	_____	_____	_____	_____	_____
11. Lo que aprendí en la asignatura es indispensable en mi formación como médico.	_____	_____	_____	_____	_____
12. La orientación recibida sobre los aspectos prácticos fue adecuada, porque me capacitó para el abordaje de las familias con objetivos claros.	_____	_____	_____	_____	_____
13. No le encontré sentido a las prácticas en comunidad y me fue difícil el relacionarme con las familias en ausencia de objetivos claros.	_____	_____	_____	_____	_____
14. El alumno aprende más en las aulas y laboratorios que en la comunidad.	_____	_____	_____	_____	_____
15. La actitud de la mayor parte de las familias fue de rechazo (abierto o velado), o de indiferencia.	_____	_____	_____	_____	_____
16. En el trabajo de campo, mi grupo obtuvo la aceptación de la comunidad.	_____	_____	_____	_____	_____

	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	NO TIENGO RESPUESTA	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
17. Durante las prácticas la relación lograda con las familias y el conocimiento acerca de ellas fue superficial.	_____	_____	_____	_____	_____
18. Si desapareciera la asignatura los médicos egresarían igual de preparados que antes.	_____	_____	_____	_____	_____
19. El trabajo en las comunidades no es necesario para conocer los problemas de salud de las familias y sus determinantes.	_____	_____	_____	_____	_____
20. Los datos que el profesor me solicitó que recabara en las familias fueron de gran utilidad para mi formación.	_____	_____	_____	_____	_____
21. El trabajo comunitario que realice fue útil para las familias visitadas.	_____	_____	_____	_____	_____
22. En muchas ocasiones <u>no</u> tuve oportunidad de dar respuesta a los problemas que me plantearon las familias, por lo que me sentí inútil.	_____	_____	_____	_____	_____