

**EXPERIENCIAS DE LA FACULTAD DE  
MEDICINA EN SEGUIMIENTO DE  
PROBLEMAS PSICOLOGICOS DESPUES  
DE UN DESASTRE NATURAL**

**ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ  
MARTHA ROMERO MENDOZA**

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD  
MENTAL**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**UNAM**

EXPERIENCIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA EN SEGUIMIENTO DE PROBLEMAS  
PSICOLOGICOS DESPUES DE UN DESASTRE NATURAL.

INTRODUCCION

El 19 de septiembre de 1985 a las 7:19 horas, se produjo un sismo con epicentro en el océano Pacífico frente a las costas de Michoacán que causó destrucción y daños humanos y materiales sin precedentes en la historia de México. Su impacto y su secuela destructiva afectaron básicamente la parte central de la ciudad de México y los estados de Michoacán, Guerrero y Jalisco y en menor medida, Colima. En la ciudad de México las zonas que más resintieron los efectos de los movimientos tectónicos fueron el centro de la ciudad, las delegaciones Cuauhtémoc, Benito Juárez y Venustiano Carranza y en menor medida, las delegaciones Coyoacán y Gustavo A. Madero. En los estados referidos las zonas más afectadas fueron los municipios de Gómez Farías y Ciudad Guzmán en Jalisco; Lazaro Cárdenas, Cotija y Coalcomán en Michoacán y Chilpancingo de los Bravo, Iguala de la Independencia, La Unión José Azueta y Coahuayutla de Guerrero en Guerrero (SOBERON, A., 1987).

Los daños causados por el terremoto fueron tremendos. Al paso de los años quedan los números fríos y el recuerdo amargo de la experiencia. Aun cuando la pérdida de vidas humanas registradas alcanzó la cifra de 4 500 personas en la ciudad de México y de una centena en los estados afectados, hay estimaciones que la situan entre 6 mil y 10 mil. En el Distrito Federal se vieron afectadas cerca de 5 730 edificaciones en su mayoría de uso habitacional.

Su magnitud, los daños físicos y económicos inflingidos, el momento histórico en que ocurrieron, la secuela inmediata al fenómeno, la movilización nacional e internacional que produjeron es información que se en-

cuentra integrada en el Centro de Documentación y Archivo de la Secretaría de Salud en dos acervos "Acervo terremoto" y un "Acervo de reconstrucción" en lo que respecta al ámbito nacional en general.

La Universidad Nacional Autónoma de México, a través de sus diversas facultades, institutos y servicios implementó, diseñó y puso en operación programas de ayuda a la población afectada.

El objetivo de la presente ponencia es describir, enumerar y relatar la experiencia del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina en ese desastre y exponer los programas de ayuda en caso de desastres similares.

#### EXPERIENCIA

El Departamento de Psiquiatría y Salud Mental inició el día 23 de septiembre de 1985 sus actividades de apoyo a los damnificados. Estableció 4 centros de atención psicológica para la población en general y para la población universitaria. Estuvieron ubicados estos centros en el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, en la delegación Cuauhtémoc, en el Palacio de la Escuela de Medicina y en la colonia de los Doctores. Estos centros además de proporcionar atención médico-psicológica, coordinaron las brigadas móviles que cooperaron en los albergues, hospitales y zonas de desastre, atendiendo a la población que lo requiriese.

Las funciones de los centros y las brigadas fueron:

- Proporcionar asistencia médica ya fuera farmacológica o psicoterapéutica en consultas individuales.

- Integrar grupos de apoyo psicoterapéutico tanto con personas directamente afectadas como con personal de las diversas instituciones.

- Brindar asesoría a las instituciones que lo solicitaron para el manejo de problemas en el área psicológica y psiquiátrica relacionadas con el sismo (tabla 1).

En cuanto a información y difusión desde el primer día en que el programa inició sus actividades, a través de Radio UNAM y Radio Educación orientó sobre las reacciones emocionales en la población e hizo recomendaciones generales de lo que se debe o no hacer en un plano general. Se ofrecieron cursos para el personal médico y paramédico sobre el manejo de problemas de salud mental en la población (tabla 2).

Asimismo, en la delegación Cuauhtémoc se dictaron conferencias dirigidas a personal de la delegación, al personal voluntario que ayudó en brigadas y rescate, así como al que atendió en albergues.

A través de los servicios de comunicación con los que cuenta el departamento, fueron atendidas llamadas telefónicas de orientación o apoyo.

Con base en esta experiencia y tomando en consideración las graves consecuencias en la vida afectiva y social de sectores importantes de la población de la ciudad de México, y dadas las condiciones topográficas y de sismicidad de la misma no es poco probable que vuelva ocurrir un terremoto de igual o mayor magnitud. La diferencia radicará en la preparación con la que cuenten los servicios de salud para la atención de la población.

El Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental cuenta con tres programas generales que en caso de desastres pueden apoyar el auxilio de la propia comunidad universitaria y/o a la población general. Antes de mencionarlos, es importante enfatizar que Ciudad Universitaria está situada en una zona con terreno de bajo riesgo ante los terremotos, lo que de alguna manera garantizaría que su funcionamiento no se viese entorpecido. A su vez, el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental cuenta con diez consultorios, dos salas para observación, una sala para electroencefalografía con una cámara silente contigua para estudios de sueños, y otra más para biorretroalimentación, 14 cubículos para psicología y trabajo social y dos salas de juntas. El edificio cuenta además con auditorios, aulas, biblioteca y sección de recursos audiovisuales (tablas 3 y 4).

En la clínica trabajan actualmente 17 psiquiatras, 11 psicólogos, 5 trabajadores sociales psiquiátricos y personal técnico en la sección de electroencefalografía.

A partir de 1973 cualquier estudiante de Ciudad Universitaria puede usar los servicios que ofrece. Cuando un estudiante acude a la clínica en solicitud de atención, lo recibe una recepcionista hábil en el manejo de la situación inicial. El paso inmediato es enviarlo a uno de los psiquiatras quien en consulta preliminar decide de acuerdo con los criterios establecidos, si se incluye en el programa de salud mental. En el caso de que el estudiante sea aceptado, se le practica un examen neurológico y un estudio social. Si se requiere se le practican pruebas psicológicas y, en los casos en que esté indicado, un estudio electroencefalográfico.

Una vez enumerados algunos de los recursos con los que cuenta el departamento, se describen los programas que en situaciones de desastre tie  
ne terminados.

Los programas con los que cuenta son:

- a) Programa de atención médico-psicológica.
- b) Programa de orientación y capacitación a grupos estratégicos.
- c) Programa de investigación.

#### A) PROGRAMAS DE ATENCION MEDICO-PSICOLÓGICA

Este programa sigue los lineamientos típicos de los tres niveles de prevención. La prevención primaria se refiere a la prevención de crisis psicológicas y de comportamiento de los sujetos en riesgo, que se definen como aquellos que se encuentran en los lugares de ayuda como albergues, campamentos o asentamientos similares. Las acciones que se recomiendan son:

- a) Establecer un buen funcionamiento grupal; es decir, definir con claridad los niveles de autoridad y liderazgo dentro de estos.
- b) Fomentar todas las actividades de autogestión dentro de los mismos con el fin de estructurar su organización interna.
- c) Promover actividades creativas que permitan encauzar y canalizar de una manera saludable las reacciones emocionales por las que necesariamente atraviesen los damnificados.

Ante el desastre, las reacciones de la comunidad cruzan por diversas etapas conocidas y predecibles: supervivencia, negación, heroísmo, decep-

ción y resolución. Estas deben ser conocidas por los responsables de estos asentamientos, para que puedan implementarse las acciones de preven ción primaria a las que se ha hecho referencia.

La detección de casos de sujetos con perturbación psicológica o psiquiátrica dentro de estos asentamientos es fundamental y constituye la estrategia de prevención secundaria. Estas alteraciones pueden o no estar relacionadas con el desastre y se expresan frecuentemente a través de conductas disruptivas que impiden la organización saludable de los alber gues. Los servicios pueden empezar a funcionar mediante un sistema de consultoría que en forma organizada permite la detección oportuna de estos pacientes y su referencia a los diversos centros de atención o en su defecto al Departamento de Psiquiatría y Salud Mental.

Asimismo, se tiene previsto que los especialistas entren en contacto directo con las víctimas más afectadas, en quienes se pueden anticipar secuelas psicológicas importantes que justifiquen la intervención. Entre éstas se pueden señalar a aquellas personas que estuvieron sepultadas y algunas de las que perdieron a miembros de su familia durante el desastre, que son personas que físicamente están lastimadas o que ayudaron como socorristas.

Para ejemplificar lo hasta aquí mencionado daremos algunas cifras obtenidas en el estudio realizado por la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Mexicano de Psiquiatría sobre los trastornos psiquiátricos en población damnificada (TAPIA et: al., 1987 ). Posteriormente, al referirnos al programa de investigación citaremos nuestros datos.

Se estudiaron 532 individuos seleccionados de la población de 114 albergues públicos cuya edad fluctuó entre los 18 y los 64 años. 50% de esta población sufrió daños parciales en la vivienda y el 41% padeció la pérdida total del inmueble. El 43% presenció la caída de casas o edificios y el 8% refirió haber quedado atrapado sin daño físico aparente. Más de un tercio reportó la muerte de familiares o amigos.

El síndrome de estrés postraumático se encontró en el 32% de la población estudiada con la distribución de síntomas presentado en la tabla 5. Tomando en consideración estas cifras no cabe duda alguna sobre la importancia de la asistencia oportuna y eficiente.

#### B) PROGRAMA DE ORIENTACION Y CAPACITACION A GRUPOS ESTRATEGICOS.

La capacitación a grupos estratégicos se tiene prevista. Los responsables de los albergues, maestros de escuelas, enfermeras, médicos en servicio y otros grupos organizados requieren de una capacitación, breve pero efectiva, para el mejor manejo de los damnificados. Para ello, se cuentan con dos cursos intensivos y un taller cuyos títulos son:

**Taller: la intervención de los profesionales de la salud mental en situaciones de crisis en el adulto.**

**Cursos intensivos de capacitación en el manejo de situaciones de desastre o crisis: uno dirigido a profesionales de la salud y otro a maestros.**

### C) PROGRAMA DE INVESTIGACION

Las investigaciones sobre las consecuencias de los desastres naturales tienen la peculiaridad de ser oportunistas. Esta característica hace que los estudios de campo adolezcan de diseños controlados y de limitaciones en su ejecución, dado el desconcierto social general que existe en los momentos en que se instrumenta el estudio (TAPIA, R., 1987).

En el momento histórico en que ocurrió el sismo de 1985, afortunadamente para nuestro país y nuestra población, la comunidad científica tenía al alcance instrumentos e información útiles para ayudar a la detección oportuna de personas con problemas emocionales, que a su vez sirvió para realizar diversos estudios.

El Departamento de Psiquiatría y Salud Mental contó con el apoyo y asesoría de sus propios investigadores y con el del Instituto Mexicano de Psiquiatría que proporcionó un paquete de cuestionarios adaptados para este suceso.

Los datos de investigación con los que cuenta el departamento fueron obtenidos con la autorización de las personas que acudieron a solicitar ayuda los psiquiatras y por un grupo de seis residentes de psiquiatría, dos psicólogos y dos psiquiatras que trabajaron en el perímetro de la delegación Cuauhtémoc. Dicho grupo se dividió para ubicarse en ocho centros de desarrollo infantil que la delegación señaló como puntos clave para atención al público, padres de familia y personal que requiriese ayuda médico-psicológica.

La primera fase de esta investigación contempló encuestas al personal que laboraba en dichos CENDIS. Así se encuestaron 218 sujetos con una batería de pruebas previamente diseñadas en los meses de octubre, noviembre y diciembre de 1985.

#### MATERIAL

Las pruebas psicológicas aplicadas fueron tres, aunadas a una ficha de identificación del paciente que recogía sus datos demográficos más importantes y su ubicación en el momento del sismo.

La primera fue denominada "Reacciones emocionales en situaciones de crisis", que es una versión del cuestionario general de salud que consta de 29 reactivos originales y algunos adicionales, cada uno de ellos con cuatro opciones de respuesta. Pretendió registrar los síntomas emocionales de las personas encuestadas, así como su nivel de severidad.

El cuestionario B (eventos) es una serie de acontecimientos o sucesos que pudieron tener relación con los sentimientos, miedos o sensaciones de los sujetos a raíz de los sismos. Contempla cambios en el área personal, en el área económica, en el área familiar y en el área social.

Por último, se aplicó un cuestionario para registrar los cambios emocionales en los niños después de los sismos. Este cuestionario fue contestado por los padres de familia y cada padre de familia llenó un formato para cada uno de sus hijos.

En este trabajo solamente se presentan los resultados obtenidos en los dos primeros cuestionarios arriba mencionados.

## SUJETOS

La muestra de estudio estuvo formada por 218 sujetos, en su mayoría mujeres (98.16%), cuyos rangos de edad fluctuaron entre los 15 y los 65 años. Siendo la media de edad de 39 años. En su gran mayoría eran personas casadas (47.70%) y en orden decreciente solteras (22.93%), viudas (16.05%) y divorciadas (12.38%).

El 83.49% trabaja, el 6% trabaja y estudia y el 9.63% es ama de casa (tabla 6).

Consideramos importante señalar las situaciones personales durante el momento de ocurrencia del desastre. Así, al explorar el lugar en donde estaban los sujetos, encontramos que un poco más de la mitad de ellos se encontraba en el lugar de residencia (52.75%), seguidos del grupo que se encontraba en algún medio de transporte (25.23%).

El 63.76% estaba en compañía de familiares, en contraste con el 19.72% que se encontraba solo o con desconocidos (10.09) (tabla 7).

Solamente doce sujetos quedaron atrapados, sin daño físico y permanecieron atrapados en el metro por un lapso promedio de dos horas.

60 sujetos tuvieron pérdidas parciales, 11 pérdidas totales y 147 no tuvieron pérdida alguna (tabla 8).

Después de ocurrido el desastre, 114 (52.29%) trabajaron como socorristas o voluntarios, debido a que pertenecen a una institución que labora en la zona, quien organizó actividades diversas (38.07%).

El 13.76% trabajó auxiliando en el desastre únicamente por el deseo genuino de hacerlo, tres sujetos tenían algún familiar atrapado y solamente uno deseaba rescatar sus pertenencias (tabla 9).

Las actividades que predominaron en la zona de desastre fueron el transporte y distribución de víveres (51.89%) y el levantamiento de censos (35.44%). En las instituciones prevaleció la clasificación de artículos diversos (ropa, medicinas, etc.) (tablas 10 y 11).

#### RESULTADOS

Para determinar qué sujetos necesitaban de ayuda psiquiátrica debido a los trastornos emocionales que pudiese haber precipitado el desastre, se procedió a calificar el cuestionario A. Se determinaron tres clasificaciones.

1) 0-12 se considerarían a los sujetos como individuos que en algún momento presentaron una crisis de angustia, pero ésta se hallaba compensada y el sujeto iniciaba su período de readaptación.

2) 13-25 eran aquellas personas que en el momento de contestar el cuestionario aún presentaban síntomas de angustia y requerían de atención psicológica.

3) 26 en adelante, sujetos con una crisis severa con necesidad de atención psiquiátrica y posible necesidad de psicofármacos.

Atendiendo a esta clasificación, 157 sujetos se encontraron "normales", 44 se encontraban moderadamente perturbados y únicamente 17 perso-

nas presentaron alguna crisis severa.

Este procedimiento nos permite señalar que el 27.98% de la población total requería de atención especializada (figura 1).

Por otro lado, se investigó como variaba la distribución de estas cifras en función de algunas variables demográficas. Para ello se cruzaron las calificaciones en el cuestionario con la edad, el estado civil, si eran sujetos socorristas o voluntarios, el lugar donde estaban, con quién estaban y si habían sufrido pérdidas materiales.

De todas estas cruces se obtuvieron la  $\chi^2$  a fin de determinar si las diferencias entre los diversos subgrupos eran significativas o no. Los resultados fueron: con respecto a la edad, el grupo de 15 a 30 años resultó ser el que obtuvo más casos moderados y severos; es decir, el 37.33% con respecto a ese rango de edad y el 46.90% respecto a la población total (siendo la  $\chi^2$  de 9.03 gl=6 significativa al 001) (figura 2).

Con relación al estado civil, el grupo de personas divorciadas fue el más perturbado psicológica y proporcionalmente al número de sujetos en esa categoría (figura 3).

Se consideró relevante la variable del trabajo como socorrista, dado que diversos autores, entre ellos Jones, D. (1985) han encontrado que los socorristas pueden ser las víctimas secundarias a un desastre, y presentar problemas emocionales aun cuando éstos sean de corta duración. Estas hipótesis se confirmaron en el estudio, puesto que el porcentaje mayor de casos se encontró en aquellos sujetos que fueron voluntarios a pesar de que no se dedicaron en su mayoría a actividades más traumáticas co

mo el rescate de sobrevivientes y de cadáveres. Esta diferencia resultó asimismo ser significativa (figura 4,).

Los sujetos que se encontraban en su lugar de residencia fueron los más graves (38.55%), seguidos de los que se encontraban en algún medio de transporte (30.90%) (tabla 12).

Contrariamente a lo que pudiera esperarse, no fueron los sujetos que se encontraban solos o con desconocidos, los más severamente perturbados (18.60% y 31.82%) sino aquellos que se estaban acompañados por compañeros de trabajo (tabla 13).

Finalmente, en función de las pérdidas materiales que tuvieron los sujetos de estudio, el grupo que tuvo pérdidas parciales y totales obtuvo el porcentaje de casos más elevado (tabla 14).

En relación al cuestionario B de eventos, quisieramos únicamente señalar los sucesos que los sujetos indicaron como más perturbadores. A estos eventos los dividimos en área personal, trabajo y área familiar.

En el área personal el evento más importante fue el que a raíz del sismo los sujetos tuvieron que cambiar sus programas de estudio.

Los sujetos que trabajan como empleados se vieron más afectados porque cambiaron la clase de trabajo que realizaban, su horario y su condición (28.44).

Los sujetos que trabajaban por su cuenta en un porcentaje del 4.13% no habían sido capaces de trabajar.

En el área familiar, la muerte de otros miembros, como se esperaba, fue el evento más perturbador (6.42%), así como el que los mismos sufriesen accidentes (2.29%).

#### DISCUSION

En la bibliografía revisada sobre desastres, inundaciones, sismos y huracanes y otros fenómenos naturales y provocados por el hombre, y las reacciones o perturbaciones psicológicas se señala que las personas sufren trastornos es una proporción cercana al 10%. El porcentaje encontrado por nosotros fue mucho más alto y correspondió al 28%. Se considera necesario e indispensable realizar un análisis de las semejanzas y diferencias en los estudios realizados dadas las características propias de cada desastre y de las víctimas del mismo; no ha resultado fácil hasta el momento. Como ya se mencionó y avalando lo propuesto por Jones (1985), los centros de ayuda psicológica no deben programarse para atender únicamente a los damnificados, los programas deben diseñarse para estudiar y tratar a un número importante de personas como son los socorristas y el personal médico y paramédico que labora en dichos centros.

Se deben elaborar cursos y después folletos informativos sobre la capacidad física instalada y de recursos humanos que realmente van a estar en disponibilidad de trabajar en situaciones de emergencia de todas las instituciones de salud para crear programas de cooperación interinstitucional.

Aunque lo deseable con este tipo de experiencias es llevar a cabo investigaciones a largo plazo, deben considerarse variables que no obstaculicen estos estudios. Un pequeño ejemplo de esto fue el cambio de autoridades en la Coordinación de los CENDIS que llevó a que la información se perdiera y el control de los casos casi terminara. Se intentó por ejemplo estudiar los cambios emocionales, las actitudes o las repercusiones patológicas observadas en las personas que fueron llevadas a vivir en instalaciones provisionales mientras se les daba una habitación definitiva. Tanto los sujetos como sus líderes se mostraron renuentes y desconfiados ante nuestras peticiones.

Finalmente, los foros internacionales que traten problemas de esta índole permitirán dar a conocer nuestros logros en la sistematización en el estudio del fenómeno de los terremotos y asimismo poner a disposición de la comunidad científica los instrumentos utilizados para ello.

**TABLA 1**

**SERVICIOS BRINDADOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.  
UNAM.**

ACTIVIDAD	N
APOYO PSICOLOGICO INDIVIDUAL	678
APOYO PSICOLOGICO GRUPAL	958
CONFERENCIAS	30
PROFESIONALES CAPACITADOS	1787

UNAM, 1985.

**TABLA 2.**

**CURSOS BRINDADOS POR EL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL. UNAM.**

---

TALLER: LA INTERVENCION DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN SITUACIONES DE CRISIS EN EL ADULTO.

CURSO: MANEJO DE SITUACIONES DE DESASTRE Y CRISIS.

---

UNAM, 1985

TABLA 5.

DISTRIBUCION DE SINTOMAS DEL SINDROME DE ESTRES POSTRAUMATICO

SINTOMA	PRESENTE (%)
RECUERDOS RECURRENTE	53
SUENOS REPETITIVOS	33
SENSACION DE REPETICION DEL SUERO	60
INTERES DISMINUIDO	27
SENTIMIENTO DE EXTRANEZA	28
PERDIDA DE LA CAPACIDAD DE REACCIONAR EMOCIONALMENTE.	19
SOBRESALTO	33
DIFICULTADES PARA DORMIR	32
SENTIRSE MAL POR SOBREVIVIR	31
DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE	20
EVITA LUGARES QUE LO RECUERDEN	36
AUMENTO DE MIEDO O TEMOR AL RECORDARLO	51

TAPIA, C. R., et: al., 1987

**TABLA 6.**  
**CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS**  
**No. 218**

SEXO	N	%
HOMBRES	4	1.83
MUJERES	241	98.16
<b>EDAD</b>		
15 A 30 AÑOS	75	34.40
31 A 45 AÑOS	77	35.32
46 A 60 AÑOS	51	23.39
61 O MAS	15	6.88
<b>ESTADO CIVIL</b>		
SOLTERO	50	22.93
CASADO	104	47.70
DIVORCIADO	27	12.38
<b>OCUPACION</b>		
TRABAJA	182	83.49
TRABAJA Y ESTUDIA	13	5.96
AMA DE CASA	21	9.63

**TABLA 2,**

**SITUACION PERSONAL DURANTE EL DESASTRE**

<b>EN DONDE ESTABA</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
LUGAR DE RESIDENCIA	115	52.75
TRABAJO, ESCUELA	6	2.75
TRANSPORTE	36	16.51
FUERA DEL D.F.	2	0.92
NO CONTESTO	4	1.83
<b>CON QUIEN ESTABA</b>		
FAMILIARES	139	63.76
COMPAÑEROS	5	2.29
VECINOS O AMIGOS	4	1.83
SOLO	43	19.72
DESCONOCIDOS	22	10.09

**TABLA 8.**

**SITUACION PERSONAL DURANTE EL DESASTRE (2)**

<b>QUEDO ATRAPADO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
NO	105	94,20
SI, SIN DAÑO FISICO	12	5,00
<b>PERDIDAS MATERIALES</b>		
PARCIAL	60	27,52
TOTAL	11	5,04
NINGUNA	147	67,43

**TABLA 9.**

**SITUACION PERSONAL DURANTE EL DESASTRE (3)**

<b>TRABAJA COMO SOCORRISTA O VOLUNTARIO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
SI	114	52.29
NO	97	44.49
NO CONTESTO	7	3.21
<b>MOTIVO</b>		
FAMILIAR ATRAPADO	3	1.38
RESCATE PERTENENCIAS	1	0.46
A PETICION INSTITUCION	110	98.00

**TABLA 10.**  
**ACTIVIDAD EN LA ZONA DE DESASTRE**

	<b>N</b>
TRANSPORTE DE VIVERES	41
RESCATE DE CADAVERES	1
REMOCION DE ESCOMBROS	3
RESCATE DE SOBREVIVIENTES	2
DISTRIBUCION DE VIVERES	4
LEVANTAMIENTO DE CENSOS	28

**TABLA 11.**

**ACTIVIDAD EN INSTITUCIONES**

	N
MANEJO DE HERIDOS	1
TOMA DE DECISIONES RESPECTO AL RESCATE	4
CLASIFICACION DE ARTICULOS DIVERSOS.	44

**TABLA 12.**

**PROPORCION DE CASOS POR LUGAR EN DONDE SE ENCONTRABA EL SUJETO**

	CALIFICACION			% DE CASOS
	0-12	12-25	26 O MAS	
LUGAR DE RESIDENCIA	83	24	8	39
TRABAJO O ESCUELA	5	0	1	20
CALLE	26	8	2	27
TRANSPORTE	38	12	5	31
FUERA DEL D.F.	1	0	1	50

**TABLA 13.**

**PROPORCION DE CASOS POR ACOMPAÑANTE EN EL MOMENTO DEL SISMO**

	CALIFICACION			% DE CASOS
	0-12	13-25	26 O MAS	
FAMILIARES	97	31	11	30
COMPAÑEROS	3	2	0	40
VECINOS/AMIGOS	3	1	0	25
SOLO	35	6	2	19
DESCONOCIDO	15	3	4	32

**TABLA 14.**

**PROPORCION DE CASOS POR PERDIDAS MATERIALES**

	CALIFICACION			% DE CASOS
	0-12	13-25	26 O MAS	
PARCIALES	41	13	6	32
PARCIALES Y TOTALES.	1	3	0	75
TOTALES	4	1	2	43
	46	17	8	