

ARTICULOS

Valoración de la calidad de un servicio de intervención en emergencias cotidianas de una gran ciudad española con respecto a accidentes de tráfico

**Nevado, M.
Losada, D.
Martínez, R.
Hdez-Coronado, A.
Fouce, G.
Lillo, A**

RESUMEN

Mediante esta investigación trataremos de evaluar la opinión de los usuarios (personas que han sufrido accidentes de tráfico de diverso tipo: atropellos, choques...) de un Servicio de Emergencia para conocer si existen demandas con respecto a su funcionamiento y cuales son estas. Partiendo de la base de que en cualquier ámbito sanitario sería conveniente cubrir la salud mental del individuo, no es difícil presuponer la evidencia que podrían aportar las opiniones de las personas que han sido atendidas en una situación de emergencia acerca de la necesidad de una intervención médica y psicológica de forma paralela. Trataremos de confirmar si se produce o no una demanda similar en la intervención en emergencias cotidianas con respecto a los estudios sobre intervención en catástrofes y desastres, donde la figura del psicólogo como trabajador que ayuda a tranquilizar a los heridos y a sus acompañantes, a comunicar noticias desagradables, y en el posterior seguimiento de las víctimas, se ha visto de gran utilidad.

Para poder evaluar la calidad de estos servicios, el equipo de investigación diseñó un protocolo específico para entrevistar a personas que habían sido atendidos por accidentes de tráfico durante el año 1996.

ABSTRACT

PALABRAS CLAVE

Emergencia, psicología, intervención, calidad.

KEY WORDS

1. INTRODUCCION

En la actualidad, los Servicios de Emergencia engloban una amplia gama de situaciones: accidentes de tráfico, fallecimientos repentinos, peleas callejeras..., que van a requerir unos niveles de especialización muy importantes por parte del personal que trabaja en ellos.

El psicólogo debería integrarse dentro del equipo multidisciplinar ya existente para estas situaciones en las que se produce emergencias, ya que la literatura existente sobre emergencias cotidianas, desastres o catástrofes, demuestra que la mayoría de las personas al enfrentarse a cualquiera de las situaciones anteriormente nombradas sufren efectos psicológicos negativos cuando éstos son comparados con personas no expuestas a estos sucesos (Dohrenwend (1983), Rangell (1976), Baum (1987)).

Kubler-Ross (1989) definió las etapas por las que pasa una persona durante y después de una situación límite. En las reacciones psicológicas producidas por este tipo de situaciones críticas es necesario tener en cuenta la diversidad de los problemas psicosociales, culturales, la experiencia pasada del sujeto, los factores biológicos, así como las expectativas y miedos de cada persona. Las fases que el citado autor identifica son:

1- Fase de choque. Es la reacción inmediata. La persona es incapaz de asimilar y procesar la gravedad de lo sucedido y sus consecuencias. Esta fase se caracteriza por cierto embotamiento emocional, intenso malestar, inquietud, desamparo e indefensión, todo ello

unido a un miedo a perder la propia vida y la de las personas más próximas.

2- Fase de rechazo. El rechazo o negación es el mecanismo de defensa más conocido. El rechazo origina distorsión de la realidad y es una de las reacciones más comunes en los seres humanos ante las noticias más desagradables.

3- Fase depresiva. En las personas afloran pensamientos que comienzan a reconocer las pérdidas sufridas. Tienen lugar los sentimientos de tristeza, de ira, pesimismo y desesperanza.

4- Fase de reacción. Ésta viene descrita por los sentimientos de inseguridad que aparecen después de un proceso traumático. Es frecuente que en esta etapa las conductas más inmediatas sean las dirigidas a recuperar la unidad familiar acompañadas de la correspondiente tensión contenida hasta conocer datos concretos. Es común que aparezcan alteraciones en el sueño y en la conducta alimentaria en los días posteriores. Además aparece una urgente necesidad de revivir el suceso acontecido.

5- Fase de adaptación. Es el signo de recuperación por el que la persona toma conciencia de sus dificultades, de los cambios que ha de afrontar y se plantea nuevos proyectos de vida consonantes con sus capacidades.

A parte de estas etapas, distintas investigaciones manifiestan como síntomas provocados en las situaciones de crisis: los síntomas de ansiedad, depresión, somatización y estrés postraumático.

Tipo de trastornos derivados en una situación de emergencia.

En las investigaciones realizadas sobre las consecuencias psicológicas producidas por los desastres, catástrofes o emergencias cotidianas se evidencia un aumento tanto en la sintomatología asociada a trastornos de estrés postraumático como a trastornos depresivos y de ansiedad.

Con respecto al primer grupo de trastornos identificados, los *Trastornos de estrés postraumático* cabe señalar lo siguiente: El estrés postraumático se puede catalogar como agudo o crónico dependiendo de la duración de los síntomas, precisamente por esto, para evitar el alargamiento de los síntomas, es fundamental la intervención psicológica inmediatamente después de transcurrido el suceso estresante. La clasificación según la duración es la siguiente:

- Agudo. Si los síntomas duran menos de tres meses.
- Crónico. Si los síntomas duran más de tres meses.

Investigaciones como las de Dohrenwend (1983), Rangel (1976), Baum (1987), etc. analizaron las repercusiones psicológicas en poblaciones sometidas a diversas situaciones de crisis y llegaron a la conclusión de que después del impacto emocional producido por los desastres, la mayoría de los sujetos sufren estas alteraciones.

En segundo lugar y con respecto a los *Trastornos depresivos* cabe señalar lo siguiente: Tras el «shock» inicial, la mayoría de las personas se ajustan rápidamente, pero aproxi-

madamente un tercio de la población afectada exhibe el llamado síndrome del desastre y se queja de insomnio, ansiedad y trastornos depresivos.

Con relación al fallecimiento de un familiar próximo, Lindeman (1944) estudió las reacciones de duelo exhibidas por 101 familiares de las víctimas de un incendio ocurrido en una sala de fiestas en Boston, y señaló que los síntomas de la aflicción normal podían extenderse por espacio de ocho semanas como máximo.

Con respecto al tercer grupo señalado, los *Trastornos de ansiedad* encontramos lo siguiente: en la diversidad de investigaciones sobre desastres los trastornos de ansiedad están presentes en gran parte de los supervivientes. Y dentro de los trastornos de ansiedad son la crisis de angustia y la ansiedad generalizada los más significativos.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo general:

Entrevistar las posibles necesidades a nivel psicológico que precisan los Servicios de Emergencias en el momento de la intervención y con respecto a accidentes de tráfico ocurridos en un periodo de tiempo relativamente cercano al momento de la entrevista.

Objetivos específicos:

- (1) Analizar la valoración de los recursos del Servicio a partir de la experiencia de las personas atendidas.
- (2) Estudiar la relación entre el tipo y la gravedad del accidente con respecto a los distintos

posibles niveles de intervención y con respecto a la valoración del Servicio por parte de las víctimas.

- (3) Cuantificar si existen o no carencias del Servicio en el ámbito psicológico, teniendo en cuenta la importancia de la estabilidad psíquica inmediata después de un suceso traumático para una óptima recuperación cognitiva ante una situación desencadenante de estrés postraumático.

3. METODO

Sujetos.

La muestra que se ha utilizado se compone de 101 sujetos.

El estudio se ha realizado tomando un muestreo aleatorio por conglomerados de víctimas seleccionadas según los códigos de incidencia de accidentes de tráfico y que fueron atendidas por el Servicio de Urgencias (ambulancias) de una gran ciudad española durante el año de 1996.

Los requisitos que debían cumplir los participantes están delimitados por los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

1. Haber sido atendidos por el Servicio de Urgencias durante el año 1996 .
2. Haber sido víctimas directas de accidentes codificados como de tráfico del siguiente tipo:
 - 1.1. Accidente de tráfico sin especificar.
 - 1.2. Accidente de tráfico con menos de tres víctimas.
 - 1.3. Accidente de tráfico con más de tres víctimas.
 - 1.4. Atropello.
 - 1.5. Accidente de motocicleta.
 - 1.6. Accidente de bicicleta.
3. Que los accidentes tuvieran lugar en vía pública.
4. Querer colaborar de forma voluntaria en la investigación.

Criterios de exclusión:

1. Que la persona hubiera fallecido en el accidente.
2. Que la persona hubiera presentado un estado de inconsciencia en el momento del accidente.
3. Personas no colaboradoras.

Instrumentos.

Para obtener los objetivos propuestos y descritos anteriormente los autores de la investigación elaboraron la «EVSU» (*Entrevista de Valoración de Servicios de Urgencias*) con el fin de realizar una valoración sobre la calidad del servicio y detectar la demanda social explícita u/o implícita de un apoyo psicológico en situaciones de urgencia.

Se trata de una entrevista semiestructurada que consta de tres partes: (1) parte introductoria en la que el entrevistador explica el objetivo de nuestro estudio y pregunta a la persona si accede a participar; (2) a continuación pasaría a responder sobre el servicio médico teniendo en cuenta tanto los aspectos positivos como los negativos; (3) por último, se le pide al sujeto que opine sobre la necesidad de algún tipo de apoyo a nivel psicológico en base a su propia experiencia.

Diseño.

Se trata de un diseño experimental doble:

- (1) Análisis estadístico descriptivo univariado.
- (2) Análisis estadístico comparativo bivariado de forma correlacional.

Procedimiento.

Se escogieron 20 sujetos de forma aleatoria de cada código.

Se eligieron aleatoriamente entre todos los meses de 1996 unos 8 ó 10 sujetos por mes hasta completar los 20 sujetos de cada código mencionados, la selección se llevó a cabo utilizando los registros de intervención desarrollados por el servicio de emergencia en el que se especificaba el tipo de incidente, su resolución y otros datos de interés.

La entrevista se realizó por teléfono. En el caso de que la persona a

la cual se iba a entrevistar no estuviera en el domicilio, se explicaba a quién cogiera el teléfono el motivo de nuestra llamada y manifestábamos la intención de contactar con él/ella en otro momento. Si después de intentarlo tres veces no conseguimos el contacto se desestimaba ese caso.

Al comenzar la entrevista, el evaluador se identificaba con su nombre y profesión. Después leía las instrucciones pertinentes al entrevistado y comenzaba a formular las preguntas en orden y de forma abierta, anotando las contestaciones. La duración media de la entrevista resultó ser de 6 minutos aproximadamente.

Los entrevistadores fueron entrenados previamente al desarrollo de las entrevistas mediante ensayos telefónicos, roll playing y pilotando la investigación con un par de llamadas previas a la misma de cada uno de ellos.

EVSU (Entrevista de Valoración de los Servicios de Urgencia)

(Nevado, M.; Losada, D.; Martínez, R.; Hdez.-Coronado, A.; Fouce, G, y Lillo, A., 1996)

4. Presentación y explicación del motivo de la llamada: "Valoración de la calidad del servicio para poder seguir mejorando".....

5. ¿Te importaría colaborar?.....

6. ¿Cómo te encuentras ahora?.....

7. Si tuviera que dar una puntuación al Servicio Médico de la UCI ¿qué puntuación le darías?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Análisis descriptivo global

ANÁLISIS DESCRIPTIVO GLOBAL	
N = tamaño muestral	101 sujetos
Subcódigos	1.1 (sin especificar) = 16,8% 1.2 (menos de 3 víctimas) = 17,8% 1.3 (más de 3 víctimas) = 15,8% 1.4 (atropello) = 15,8% 1.5 (mactociclata) = 11,8% 1.6 (bicicleta) = 14,9%
Intervalo de edad	De 13 a 83 años
Edad media	32,7 años
Sexo	63% hombres 37% mujeres
Situación actual	4% mal 26,3% regular 69,7% bien
Puntuación del servicio de 1 a 10	0 = 2% 4 = 1% 5 = 3% 6 = 2% 7 = 9% 8 = 17% 9 = 21% 10 = 45%
Valoración positiva de la "calidad" del servicio.	13,9%
Valoración positiva de la "rapidez" del servicio.	70,3%
Valoración positiva de la "atención sanitaria" del servicio.	36,6%
Valoración positiva del "trato humano" del servicio.	37,6%
Valoración positiva de la "profesionalidad" del servicio.	15,8%
Valoración positiva de la "competencia y eficacia" del servicio.	21,8%
Valoración positiva de la "sensibilidad y empatía" del servicio.	11,8%
Valoración positiva de otros aspectos:	

Análisis descriptivo global (Continuación)

"equipamiento", "coordinación", etc. del servicio	8,9%
Valoración de algún aspecto negativo del servicio.	71,3% no 28,7% si
Valoración de la "tardanza o lentitud" del servicio.	86,7% no 13,6% si
Valoración del "trato impersonal" del servicio.	93,3% no 3,7% si
Valoración de la "falta de evaluación" del servicio.	93,3% no 3,7% si
Valoración del "error en la valoración" del servicio.	96,7% no 3,3% si
Valoración de la "descoordinación" dentro o fuera del servicio.	83,3% no 16,7% si
Valoración de la "impresión o agobio" en la ambulancia.	70% no 30% si
Valoración de otros aspectos negativos: "despreocupación, antipatía, broncas", etc., en el servicio.	60% no 40% si
¿Sería importante una persona especializada para dar información al accidentado?	34,7% no 65,3% si
¿Sería importante una persona especializada para dar información al familiar?	34,7% no 65,3% si
¿Sería importante una persona especializada para acompañar al accidentado durante el trayecto?	35,6% no 64,4% si
¿Sería importante una persona especializada para cambiar un trato más humano?	36,6% no 63,4% si
¿Sería importante una persona especializada en la que delegar la transición de papeles o tareas parciales?	36,6% no 63,4% si
¿Sería importante crear un ambiente de mayor intimidad?	65,3% no 34,7% si
¿Sería importante una persona especializada para aportar mayor seguridad?	46,5% no 53,5% si
¿Sería importante una persona especializada para ayudar en el control de la ansiedad de la persona accidentada?	36,6% no 63,4% si
Presencia de secuelas o estrés post-traumático	47,5% no 8,9% sólo ante el lugar del accidente 11,9% sólo ante situaciones similares 17,8% a veces 13,9% si, frecuentemente

El 63% de la muestra está compuesta por hombres y el 37% por mujeres.

Las edades de las personas utilizadas en la muestra oscilan entre los 13 y los 83 años. La edad media es de 32,7 años. La edad media de los hombres es de 31,2% y la edad media de las mujeres es de 35,3%.

Aunque la mayoría de las personas entrevistadas (69,7%) afirman encontrarse bien actualmente, un 52,5% afirma seguir padeciendo secuelas psicológicas como consecuencia del accidente. Sólo un 13,9% parece presentar secuelas de forma frecuente o estrés posttraumático.

La mayoría de los sujetos (83%) puntuaban de forma muy positiva (8, 9 y 10) el servicio médico.

El 100% de la muestra destaca algún aspecto positivo con respecto al servicio. Las cualidades mejor valoradas se presentan en orden de importancia: (1) la rapidez del servicio (70,3%), (2) el trato humano (37,6%), (3) la atención sanitaria (36,6%), (4) la competencia y eficacia (21,8%), (5) la amabilidad y simpatía (18,8%), (6) la profesionalidad (15,8%), (7) la calidad (13,9%) y (8) otras como equipamiento, coordinación, etc. (8,9%).

Sólo el 28,7% de los sujetos opinan que existen aspectos negativos en el servicio: (1) la despreocupación y antipatía (40%), (2) la impresión de agobio en la ambulancia (30%), (3) la descoordinación del servicio (16,7%), (4) la lentitud

(13,6%), (5) la falta de evaluación y el trato impersonal (3,7%) y (6) el error en la valoración (3,3%).

El 65,3% de la muestra considera importante que hubiera una persona especializada para dar información tanto al accidentado como a los familiares del mismo.

El 64,4% considera importante el que una persona con la preparación adecuada estuviese presente para acompañar al accidentado durante el trayecto.

El 63,4% considera importante el que hubiera una persona especializada para entablar un trato más humano y otra para delegar en ellas tareas administrativas.

Sólo el 34,7% cree que sería importante un ambiente de mayor intimidad en el lugar del accidente donde se asiste al paciente.

El 63,4% considera importante la presencia de una persona especializada en controlar la ansiedad de la persona accidentada.

Análisis comparativo bivariado.

Mediante este tipo de análisis se utilizan técnicas como el análisis de tablas de contingencia y el cálculo de X-cuadrado de Pearson para estudiar si existe relación o asociación entre dos variables determinadas.

Las mujeres parecen encontrarse peor recuperadas del accidente que los hombres en la actualidad.

Las mujeres tienden a valorar mejor el trato humano del Servicio que los hombres.

Las personas jóvenes (entre 13 y 21 años) en mayor medida que otros grupos de edad, solicitan que el Servicio conste de una persona que ayude a facilitar el trato humano entre los profesionales y el accidentado.

Las personas de mayor edad (entre 31 y 83 años) valoran de forma más

positiva que otros grupos de edad la atención sanitaria del Servicio.

Las personas que no se encuentran recuperadas actualmente tienden a valorar la atención sanitaria del Servicio así como su competencia y eficacia de forma más positiva que las personas recuperadas, como si valorasen más la intervención al ser todavía más conscientes.

Tratum

Cont.	Exp. Val.	TOTAL		Row Total
		na	si	
Row Tot.	Col Tot.	na	si	Row Total
Std. Dev.	Std. Dev.	,001	1,001	
(13-21 años) 1,00	3	20	23	23
	8,1	15,0	24,56	
	13,06	67,01		
	8,16	32,80		
	3,26	21,34		
	-1,8	1,2		
(22-31 años) 2,00	10	18	28	28
	8,8	34,2	29,88	
	35,76	64,38		
	30,36	29,54		
	10,44	19,18		
	,1	,0		
(32-41 años) 3,00	11	8	19	19
	7,0	13,8	21,34	
	53,01	45,86		
	33,34	14,86		
	11,74	9,46		
	1,5	-1,1		
(42-83 años) 4,00	9	14	23	23
	8,1	16,9	24,56	
	29,14	60,94		
	27,34	33,04		
	9,64	14,94		
	,3	-,2		
Column Total	33	61	94	
Total	30,16	64,84	100,00	

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	6,89400	1	,0088

Aspectos negativos

Aspectos Negativos				
Count	Exp Val	Res	Std Res	Row Total
Row Pct	Col Pct	Mc	SI	
		.00	1.00	
Mal	.00	17	13	30
		21,2	8,8	10,1%
		55,7%	43,2%	
		24,3%	41,4%	
		17,2%	13,1%	
		-,9	1,4	
Bien	1.00	53	16	69
		49,1	20,2	69,7%
		75,6%	33,2%	
		75,7%	55,2%	
		53,5%	16,2%	
		,0	-,2	
Column		70	29	99
Total		79,7%	29,3%	100,0%

Chi-Square	Value	Df	Significance
Pearson	4,08978	1	,04577

Las personas que no se encuentran recuperadas actualmente tienden a destacar más aspectos negativos del Servicio que las personas recuperadas.

Las personas que tienden a destacar aspectos negativos del Servicio suelen, sin embargo, destacar más aspectos positivos diferentes que las personas que destacan aspectos positivos, como son el equipamiento, la coordinación, etc.

Las personas que tienden a destacar aspectos negativos del Servicio ven innecesario con más frecuencia que las personas que destacan aspectos positivos, el incor-

porar una persona especializada en aportar información a los familiares del accidentado.

Las personas que piensan que sería importante incorporar una persona en el Servicio para realizar actividades y tareas a nivel psicológico suelen contestar positivamente a las preguntas de este área del cuestionario (información al accidentado, familiares, acompañamiento en el trayecto, trato más humano, tramitación de papeleos, mayor intimidad y seguridad), mientras que las que no le dan importancia suelen dudar más a la hora de contestar mostrando mayor indiferencia.

Subcodigo

		Count	Exp Val	Row Pct	Col Pct	Tot Pct	Std Res	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	Row Total
BY RESPONSE													
Mal	.00	9	3	3	9	8							30
		5,2	3,3	4,5	4,5	5,0							30,3%
		10,0%	10,0%	10,0%	30,0%	20,7%							
		17,5%	15,7%	20,0%	60,0%	42,1%							
		3,0%	3,0%	3,0%	9,1%	0,1%							
		-,9	-1,1	-,7	2,1	,0							
Bien	1,00	14	15	12	6	11							69
		11,0	12,5	10,5	10,5	13,2							69,7%
		20,5%	21,7%	17,0%	8,7%	18,0%							
		62,4%	63,3%	50,0%	40,0%	57,9%							
		14,1%	15,2%	12,1%	5,1%	13,2%							
		,0	,7	,5	-1,4	-,8							
(Continued)		Column	17	19	15	15	19						99
		Total	17,2%	18,2%	18,2%	18,2%	19,2%						100,0%
SUBCODIGO Page 2 of 2													
		Count											
BY RESPONSE													
Mal	.00	4	10										14
		4,5	10,3%										30,3%
		13,3%											
		26,7%											
		4,0%											
		-,3											
Bien	1,00	11	9										20
		10,5	60,7%										69,7%
		18,5%											
		73,3%											
		11,1%											
		,2											
(Continued)		Column	18	9									27
		Total	18,2%	100,0%									
Chi-Square				Value		DF		Significance					
Pearson				21,2882		8		,01015					

Suele haber más personas que afirman encontrarse mal actualmen-

te del código de atropello que de los demás códigos.

Profesionalidad

Count		Exp Val		Row Total
Row Pct	Col Pct	Res	SI	
Stat Pct	Std Res	,00	1,00	
SI	,00	35	12	47
		40,4	7,8	47,24
		72,94	27,24	
		61,24	31,24	
		34,74	12,94	
		-1,0	2,0	
NI	1,00	80	3	83
		44,6	8,4	53,04
		94,34	5,74	
		58,34	10,44	
		49,34	3,04	
		,0	-1,9	
Columns		85	16	101
Total		84,24	15,84	100,04

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	8,6770	1	,0033

Las personas que todavía presentan secuelas debido al accidente, tienden a valorar de forma más positiva la profesionalidad del Servicio que las personas que no tienen secuelas.

Las personas que tuvieron accidentes de moto y bici piensan que sería muy importante incluir un profesional en el Servicio que aporte seguridad en el momento de la intervención.

5. CONCLUSIONES

La conclusión más general que se puede establecer según los datos obtenidos y los objetivos formulados previamente, es la de considerar que parecen existir una serie de demandas de intervención psicoló-

gica en emergencias cotidianas. Estas alternativas de intervención aparecen en bastantes ocasiones como demandas explícitas, pese a la alta valoración de las actuaciones desarrolladas por los servicios analizados y la escasa gravedad de muchos de los incidentes analizados (accidentes de tráfico). Así cabe señalar que:

1. Hay un índice no desdeñable de sujetos en los que se mantienen una serie de secuelas tras el accidente. Las secuelas físicas no parecen ser, por otra parte, las únicas presentes, lo que resulta lógico si consideramos la definición ya profundamente extendida y aceptada del concepto salud, compuesto de factores físicos pero también psicológicos.

Este mismo concepto integrador de salud acuñado por la OMS nos puede servir para analizar alguna de las alternativas de mejora que los afectados sugieren, encontrando que la primera valoración o prioridad debe ser lo físico, la atención sanitaria rápida y eficaz, pero que tras la misma y, sobre todo, cuando esta permanece cubierta o se percibe como positivamente atendida, aparecen otra serie de necesidades de índole interrelacional y que podemos englobar bajo el apéndice de psicológicas.

2. En general existe una valoración positiva acerca de los Servicios Médicos recibidos por los sujetos víctimas de accidentes de tráfico, en especial se valora la rapidez del servicio y posteriormente el trato humano y la atención sanitaria.

Un factor importante a destacar es que la única pregunta cerrada es la de la valoración del Servicio Médico, quedando al recuerdo o apreciación libre de los sujetos el hecho de que puedan resaltar los aspectos más relevantes del momento de la intervención. Parece que se percibe una atención sanitaria correcta, eficaz y eficiente, sobre la que mayoritariamente se está satisfecho.

3. Tras la valoración del Servicio Médico se van a plantear una serie de alternativas que nos señalan una serie de iniciativas, una vez más, formuladas espontáneamente por los sujetos entrevistados (salvo las dos primeras sugerencias que se les transmite en algunos casos), centradas en la transmisión de información tanto a la víctima como a los familiares, lo que puede relacionarse con la disminución de los efectos de

indefensión o pérdida de control del accidentado y la disminución de las consecuencias sociales del accidente para con los que rodean al accidentado.

La tercera alternativa más sugerida es la presencia de alguien que acompañe a la víctima en el trayecto, lo que nos señala una habilidad interrelacional fundamental y que también incidirá sobre el posible síndrome de indefensión a desarrollarse, el apoyo social y psicológico en situaciones de extrema dificultad, aunque este se transmita tan solo con la presencia de una persona que tranquilice, apoye, acompañe, aporte aliento... Se demuestra una vez más el apoyo psicológico como un factor reductor de la ansiedad y las consecuencias negativas para la salud psicológica del sujeto.

Todo servicio, por bueno o eficiente que sea, es mejorable y debe progresar y avanzar, y lo mismo acontece en este caso. Si bien el servicio cumple, como hemos visto, las funciones principales de atención sanitaria para las que fue creado, éste puede mejorar cubriendo una gama más extensa de intervenciones, de entre las que hemos etiquetado en el presente trabajo algunas de las mismas.

4. Los jóvenes se nos presentan como la población que genera más alternativas, lo que parece lógico si consideramos, por una parte, las características de este grupo de edad, por lo general, más innovador y dinámico que otros, y si combinamos esto con la circunstancia de que el servicio analizado es relativamente novedoso y a él estarían menos habituados los jóvenes y que

estos suelen gozar de mejores condiciones de salud, entonces podemos valorar la mayor cantidad de aportaciones que generan como un factor o situación lógica.

Que los usuarios menos habituales con el servicio, tanto con respecto al tiempo (lo conocen de menos tiempo) como de la frecuencia (podemos presuponer que lo utilizarán menos) aporten más alternativas desde su juventud y dinamicidad, nos señalan una serie de alternativas que debemos tener en cuenta desde la contextualización de las variables, factores o condiciones señaladas.

Una de las cuestiones que habrá que tener en cuenta para posteriores investigaciones, será la de preguntar sobre la percepción y estrategias de atribución que realicen las víctimas, estas dos variables psicológicas pueden estar funcionando como mediadoras tanto en las reacciones físicas y psicológicas tras el accidente, como en el recuerdo y evaluación del mismo.

Además no estaría de más profundizar en algunas claves contextuales que, por falta de presupuesto y accesibilidad a una muestra más extensa, no hemos podido incluir en el presente estudio: momento en que se produce el accidente, gravedad, grado de previsibilidad, tiempo que se tarda desde que el mismo se produce hasta que interviene el servicio analizado, secuelas físicas y psíquicas, nivel de estrés o nerviosismo tras el accidente y posteriormente tanto en las víctimas como en los allegados o familiares, etc. Contextualizar con mayor profundidad los sucesos analizados podría servirnos

para elaborar un segundo nivel de conclusiones menos generales que las aquí entresacadas.

Sería necesario, por otra parte, analizar otro tipo de incidentes de emergencia susceptibles de intervención por parte de los Servicios de Urgencia para corroborar la hipótesis que aquí manejamos con respecto a que a mayor gravedad e imprevisibilidad del suceso, encontraremos mayor número de demandas o alternativas de intervención. No hay que olvidar que los datos que ahora se presentan sólo se refieren a accidentes de tráfico aunque de muy distinto tipo, lo que es una ventaja en el sentido de mantener una serie de variables constantes y por ser un tipo de accidentes bastante frecuentes pero, al tiempo introduce la dificultad de limitar las conclusiones que podamos extraer.

Otro aspecto a destacar y a plantearse, versaría sobre las ventajas e inconvenientes de la utilización de entrevistas semiestructuradas y telefónicas como la aquí desarrollada, o la elaboración de otro tipo de alternativas de investigación (entrevistas estructuradas, cuestionarios, utilización del cara a cara ...).

Para complementar lo dicho, también sería necesario explorar en otros tipos de poblaciones involucradas en la atención (médicos, enfermeros o voluntarios) y comparar los datos obtenidos con otros servicios de atención sanitaria.

Otra cuestión a tener en cuenta es que si bien se ha seguido el criterio de seleccionar accidentes acaecidos en un período de tiempo cercano (no más de un año) no se ha desarrollado ninguna media tempo-

ral en términos más finos como hubiese podido ser los meses e incluso días transcurridos lo que tal vez nos hubiese conducido a profundizar en alguno de los resultados obtenidos.

Cabe preguntarse también por la incidencia que puede haber tenido en los sujetos la sugerencia que se les realiza en un primer momento de la entrevista cuando se habla de alternativas que ellos introducirían en el servicio, podría ser más útil y eliminar posibles variables extrañas no desarrollar en posteriores investigaciones sugerencias de este tipo o bien operativizar las mismas y desarrollar preguntas valorativas sobre cada una de ellas.

Por último es indudable que necesitamos saber mucho más para poder avanzar en este campo de intervención tremendamente novedoso, nuestra joven disciplina debe desarrollar esfuerzos investigadores y teóricos para desglosar lo que ocurre a nivel psicológico en una situación de emergencia cotidiana y para poder desarrollar respuestas interventivas que respondan a estas nuevas necesidades de intervención psicológica.

Investigaciones sobre las consecuencias psicológicas a medio, corto y largo plazo de la exposición a situaciones de crisis o emergencias, de la distinta repercusión según los diferentes contextos, de los diferentes accidentes o de las diferencias de personalidad.

REFERENCIAS

- Ahearn, F. y Castellón, S. (1978). Problemas de salud mental después de una situación de desastre. *Bol Of Sanit Panam* 85 (1).
- Aragonés, J.I. (1991). Desastres naturales y tecnológicos. *Psicología ambiental: Intervención y evaluación del entorno*. Ed. Arquetipo Agencia Medio Ambiente Junta de Andalucía.
- Azumendi, M. O. (1995) "Intervención en crisis: conceptos generales y descripción de dos modelos particulares". *Revista Psiquiátrica*. Vol. 16 (2):73 Pág. 43-50.
- Baum, A., Freming, R. & Davidson, L. (1983). Natural disaster and technological catastrophe. *Environment and Behavior*, 15, 333-354.
- Boisen, A. T. (1961) "The exploration of the Inner World". *Nueva York, Harper y Row*. En Stone Howard, W. (1979) "Asesoramiento en situaciones de crisis". *Ediciones La Aurora, Buenos Aires*.
- Breslau, N. (1990). Stressors: Continuous and discontinuous. *Journal Of Applied Social Psychology*, 20, 1666, 1673.
- Bunn, T. y Clarke, A. (1979) "Crisis intervention: an experimental study of the effects of a brief period of counseling on the anxiety of relatives of seriously injured or ill hospital patient". *British Journal of Medical Psychology*, Vol. 52, Pág. 191-195.
- Canino, M., Bravo, M., Rubio-Stipec, M. y Woodbury, M. (1990). The impact of disaster on mental health: Prospective and retrospective analyses. *International Journal of Mental Health*, 19, 51-69.
- Cry, C. and Dowrick, P.W. (1991) Burnout in crisisline volunteers. *Administration and Policy in Mental Health*, 18 (5), 343-353.
- Davidson, S. (1980) "The clinical effects of massive psychic trauma in families of holocaust survivors". *Journal of Marital and Family Therapy*. Vol. 6, Pág. 11-21.
- De La Fuente, R (1986). Las consecuencias del desastre en la salud mental. *Rev. Salud Mental* Vol. 9, No. 3, septiembre.
- De Nicolas, L., Artetxe, A. Y Jauregui, M.(1994) Evaluación psicosocial de los efectos de una catástrofe natural. En Hernández, B. y otros. *Interpretación social del entorno*. La Laguna Universidad.
- Dohrenwend, B.P. (1983) Psychological implications of nuclear accidents: the case of Three Mile Island. *Bulletin of the New York Academy of sociological findings*. New York: Springer-Verlag.
- DSM-IV (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Ed. Masson.
- Echeburua, E. y Corral, P. (1995). Trastornos de estrés postraumático. En Belloch, Sandín y Ramos. *Manual de psicopatología*. Vol. II. Ed. McGRAW-HILL. Interamericana de España. Madrid.
- Epperson, M. (1980) "Families in sudden crisis: Process and intervention in a critical care center". *Social Work in Health Care*. Vol. 2, Pág. 265-273.
- Fowler, D. E. y McGee, R. K. (1973) "Assesing the performance of telephone crisis workers: the development of a technical effectiveness scale". En D. Lester y Brockopp, G. W. "Crisis intervention and counseling by telephone". Springfield, Y11.
- Freedy, J., Shaw, D., Jarrell, M., & Masters, C. (1992). Towards an understanding of the psychological impact of natural disasters: An application of the Conservation of Resources stress model. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 441-454.
- Jimenez, B y Portellano, J.L. (1996). Psicólogos en la catástrofe de Biescas. *Papeles del Psicólogo*. Epoca III, n 65.
- Gleser, G.G., Green, B. L., & Winget, C.N. (1981). Prolonged psychosocial effects of disaster: A study of Buffalo Creek. New York: Academic Press.
- Golec, A. (1983). A contextual approach to the social psychological study of disaster recovery. *International journal of Mass Emergencies and Disasters*, 1 (2), 255-276.
- Green, B., Grace, M., Lindy, JI, Titchener, J., & Lindy, J.(1983). Levels of functional impairment following a civilian disaster: The Beverly Hills Supper Club fire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 573-580.
- Green, B.L. (in press). Cross-national and ethnocultural issues in disaster research. In A. Marsella, M. Friedman, E. Gerrity, & R. Scurfield (Eds.), *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Holen, A. (1991). A longitudinal study of the occurrence and persistence of posttraumatic

- health problems in disaster survivors. *Stress Medicine*, 7, 11-17.
- Kubler-Ross (1989). *Sobre la muerte y los moribundos*. Editorial Grijalbo. Barcelona.
- Kutak R. (1937). *Sociology of crises: the Louisville flood of 1937*. *Social Forces* 16:66-72, 1938.
- Lima, Santacruz, Lozano, Luna y Pai. (1988). La atención primaria de salud mental en las víctimas del desastre de Armero, Colombia. *Acta psiquiat. psicol. Armér. lat.* 34, 13-32.
- Lindemann, E. (1944). *Symptomology and Management of Acute Grief*. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 101, Pág. 141-148.
- Marín, J.J. y Santo-Domingo J. (1994). *Catástrofes. Repercusión en salud mental*. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol. XIV, No. 49, pp 293-295.
- Martínez, Bravo, Rubio, Stipek y Canino (1993). Pérdidas y peligro durante un desastre su relación con sintomatología. *Rev. Interamericana de Psicología* 1993. Vol. 27, No. 1 pp. 93-106.
- McFarlane, A. (1987). *Family functioning and overprotection following a natural disaster: The longitudinal effects of post-traumatic morbidity*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 21, 210-218.
- McGee, R. K. (1974) "Crisis intervention in the community". Baltimore: University Park Press.
- Mira, J.J. (1989). *Psicología e ingenios nucleares. Reacciones ante los accidentes y catástrofes nucleares. La aparición de un nuevo tipo de trastorno psicopatológico*. *Información Psicológica*. n 39 pp. 40-45.
- Murcia Relagado, F. (1978). "Unidades de Intervención en Crisis". Tesis de especialista en Psiquiatría. La Habana, Cuba.
- Murphy, S. (1984). *Stress levels and health status of victims of a natural disaster*. *Research in Nursing and Health*, 7, 205-215.
- Norris, F., & Murrell, S. (1988). *Prior experience as a moderator of disaster impact on anxiety symptoms in older adults*. *American Journal of Community Psychology*, 16, 665-683.
- Ortega Campos y col. (1986) *Hombre en Crisis y relación de Ayuda*. Editado por el teléfono de la Esperanza. Biblioteca de la divulgación. Madrid.
- Paez, D., Arroyo, E. Y Fernandez, I. (1995). *Catástrofes, situaciones de riesgo y factores psicosociales*. *Mapfre Seguridad* n 57, pp. 43-55.
- Rangell, L. (1976) *Discussion Of The Buffalo Creek Disaster; The Course Of Psychic Trauma*. *American Journal Of Psychiatry*, Vol. 133, Pág. 313-316.
- Roberts, A.R. (1990) *Crisis intervention handbook: Assessment, treatment, and research*. Bealton, C.A.: Wadsworth.
- Rosenbaum, A. y Calhoun, J.E. (1977) *The use of the telephone hotline in crisis intervention: A review*. *Journal of Community Psychology*, Vol. 5, Pág. 325-339.
- Shore, J., Tatum, E., & Vollmer, W. (1986). *Psychiatric reactions to disaster: The Mount St. Helens experience*. *American Journal of Psychiatry*, 143, 590-595.
- Slaikeu, Karl A (1989). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. Manual Moderno S. A. de C. V. México.
- Smith, E.M., Robins, L.N., Pryzbeck, T.R., Goldring, E., & Solomon, S.D. (1986). *Psychosocial consequences of a disaster*. In J.H. Shore (Ed.), *Disaster stress studies: New methods and findings*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Solomon, S.D. (1986). *Mobilizing social support networks in times of disaster*. In C. Figley (Ed.), *Trauma and its wake*: Vol. 2 (pp. 232-263). New York: Brunner/Mazel.
- Solomon, S.D., Smith, E.M., Robins, L.N., & Fischbach, R.L. (1987). *Social involvement as a mediator of disaster-induced stress*. *Journal of Applied Social Psychology*, 17(2), 1092-1112.
- Stone Howard, W. (1979) *Asesoramiento en situaciones de crisis*. Ediciones La Aurora, Buenos Aires.
- Viney, L. (1976) "The concept of crisis: A tool for clinical psychologists". *Bulletin of the British Psychological Society*. Vol. 29, Pág. 387-395.