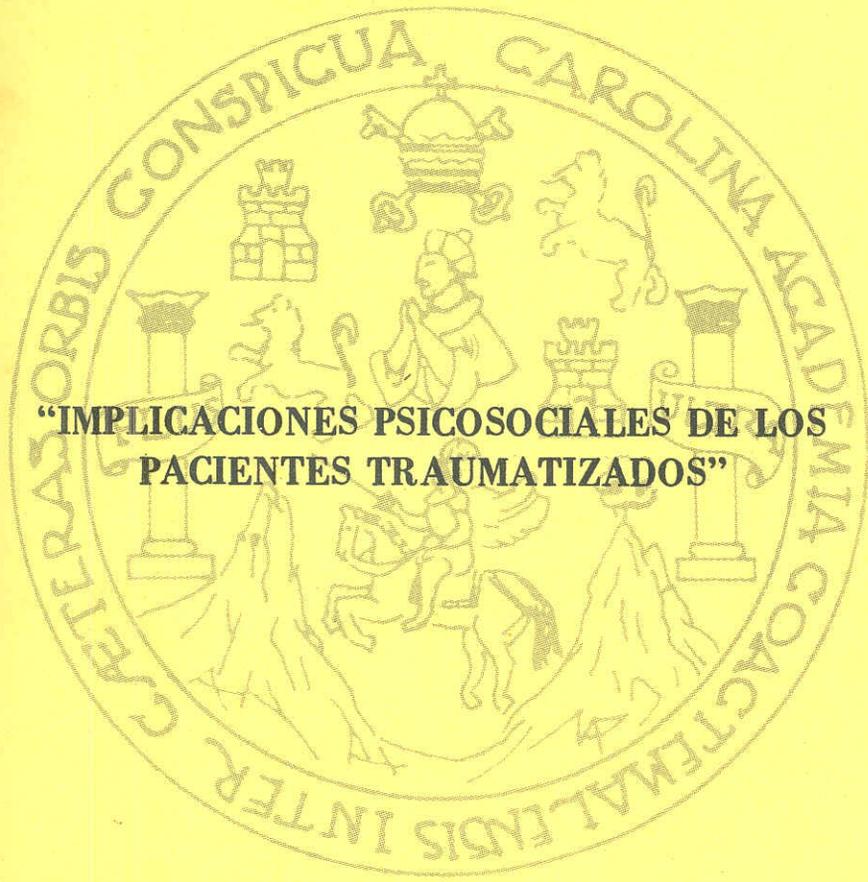


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



**“IMPLICACIONES PSICOSOCIALES DE LOS
PACIENTES TRAUMATIZADOS”**

SALVADOR RIOS CALDERON

Guatemala, Octubre de 1974

PLAN DE TESIS

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III GENERALIDADES
- IV MATERIALES Y METODOS
- V RESULTADOS Y DISCUSION
- VI CONCLUSIONES
- VII RECOMENDACIONES Y COMENTARIO
- VIII RECONOCIMIENTO
- IX BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

En casi todos los países desarrollados aumentan cada año los accidentes del tráfico. Si bien es cierto los estadísticos del tráfico por carretera han señalado que existe reducción de las víctimas de accidentes del tráfico con relación al número total de vehículos motorizados, al número anual de kilómetros recorridos, a la densidad del tráfico y a otros criterios, las autoridades de Salud Pública indican que el número total de defunciones y traumatismos por accidentes del tráfico sigue aumentando y que el problema sanitario general de los accidentes del tráfico adquiere cada vez más importancia. Es probable que dentro de algunos años el número anual de defunciones por accidentes del tráfico llegue a un cuarto de millón y a más de 10 millones el número de traumatismos. Un aspecto muy importante del problema es la mortalidad y la morbilidad desproporcionadas por accidentes del tráfico en el grupo de edad de 15 a 24 años.

Basado en el aforismo que dice "los accidentes raras veces son accidentales", es decir, que en la etiología de los mismos por lo menos en un alto porcentaje encontraremos factores humanos responsables de su producción.

Ya otros autores han puesto de manifiesto que problemas sociales o Psicológicos, ambientales, patológicos, orgánicos etc. intervienen en la producción de los accidentes, como una pequeña contribución al estudio de los mismos se realiza esta tesis.

II

OBJETIVOS

1. Contribuir al estudio de los accidentes en Guatemala, especialmente su etiología para tratar de buscarle medidas preventivas.
2. Poner de manifiesto a las autoridades la magnitud del problema de los accidentes del tráfico.
3. Comprobar que los accidentes raras veces son "accidentales", sino que en la mayor parte son el producto de problemas sociales, familiares, psicológicos, físicos (fatiga), orgánicos etc.
4. Servir de control al estudio realizado en Guatemala por los Doctores C. Ruiz y Ronaldo Luna, de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
5. Señalar la importancia que tendrían en Guatemala los programas de prevención de accidentes dirigidos a la esfera Psico-social.
6. Interesar a los especialistas en la materia, sobre la importancia de un tratamiento integral del paciente traumatizado, es decir, que a la vez del tratamiento médico dará un tratamiento Psicológico.

III GENERALIDADES

LOS ACCIDENTES COMO UN PROBLEMA SOCIAL:

No es posible examinar los problemas planteados por los accidentes separándolos de los complejos procesos sociales del mundo moderno. Por esta razón, para comprender las causas de la elevación que se observa en ciertas tasas de accidentes y, lo que es más importante, para tratar de pronosticarlas, es indispensable que tengamos una idea clara de los rasgos principales de esos cambios económicos y sociales. Sólo entonces se verá claramente la importancia que para la humanidad, tiene el problema de los accidentes y de las medidas para evitarlos.

El factor de mayor importancia en la sociedad moderna es el formidable progreso técnico a que asistimos. Si bien este progreso depara a la humanidad inmensos beneficios, que se traducen en mejoras materiales y espirituales, trae también consigo varios factores que son una clara amenaza para la salud y para la misma vida del hombre, tales como la contaminación del medio ambiente, las tensiones emocionales y nerviosas en otros factores cuya intensidad aumenta a medida que crece la industrialización, la urbanización, los recursos y la capacidad de producción.

En la mayor parte de los países desarrollados industrialmente las tasas de crecimiento económico son muy elevadas. Ha habido una elevación en las tasas de crecimiento de las ciudades y en las tasas de las migraciones humanas, así podemos ver por ejemplo el problema que presenta la ciudad de Guatemala con la migración del área rural y otras ciudades a la capital. En 1800 eran sólo 21 las ciudades cuya población

llegaba a los 100,000 habitantes, pero en la actualidad el número es casi 50 veces superior. En 1850 sólo había cuatro ciudades cuya población hubiera alcanzado un millón de habitantes. En 1900 eran ya 19, y 133 en 1970. La población humana aumenta en todo el mundo a una tasa anual del 7 por ciento. En los países como Gran Bretaña y Alemania, por ejemplo, cuatro quintas partes de la población habitan en ciudades y prácticamente se ha alcanzado el límite de urbanización. Para el año 2000 se espera que la población urbana haya llegado al 60 por ciento de la población mundial, e incluso que sea superior a esa cifra. Cuando se inventó la locomotora de vapor, se discutió seriamente el problema planteado por la intolerable rapidez con que se movía este milagro de la tecnología de aquella época, que llegaba a velocidades de 16 kilómetros por hora. A fines del siglo las locomotoras habían alcanzado ya velocidades de 160 kilómetros por hora y en la actualidad alcanzan velocidades mucho mayores.

Los cambios económicos y sociales, la actual revolución científica y técnica y los logros de la medicina han transformado el tipo de enfermedades en los países desarrollados. A la vez que se ha reducido el nivel de la mortalidad y de la morbilidad debida a las enfermedades infecciosas y que a aumentado la esperanza media de vida, se ha verificado un reagrupamiento de las causas de defunción y de enfermedad. En las naciones industriales, dos tercios, y en ocasiones incluso más del total de defunciones se deben actualmente a tres grupos de causas: enfermedades cardiovasculares, tumores malignos y accidentes.

Los accidentes y sobre todo las lesiones, que son su consecuencia más frecuente y trágica, constituyen un problema económico y social. Las pérdidas materiales debidas a las lesiones son tales que aún no tenemos idea de su enorme magnitud, sobre todo se tiene en cuenta que en ninguna parte

se han efectuado cálculos completos de las pérdidas económicas que la sociedad experimenta por estas causas. Por ejemplo en 1969 las pérdidas debidas a todos los tipos de accidentes (115,000 defunciones y 10,800,000 casos de lesiones) en los Estados Unidos se evaluaron en 22,700 millones de dolares. Las pérdidas ocasionadas por los cinco millones de accidentes que ocurren cada año en la República Federal de Alemania se calcula en unos 20,000 millones de Marcos o sea la cuarta parte del presupuesto Federal (7), en Guatemala todavía no tenemos calculos de las pérdidas ocasionadas por los accidentes.

Una cuestión que preocupa especialmente a la humanidad es la de los accidentes de tránsito, que producen gran número de víctimas. En 1899 se registró en los Estados Unidos un sólo caso de defunción debida a un accidente en un vehículo de motor. En 1972 más de 4 millones de personas sufrieron accidentes del tráfico en ese país, de las que murieron 56,300 personas. En los últimos años, las tasas por 100,000 habitantes de heridos en accidentes del tráfico fueron superiores a 550 en Dinamarca (con más de 20 defunciones por 100,000) casi 350 (también con 20 defunciones) En Finlandia, más de 330 en Islandia, más de 300 en Noruega y más de 300 en Suecia. Tanto se deben a los conductores como a los peatones, al estado de las carreteras o al de los vehículos, lo cierto es que los accidentes no dejan de aumentar.

Además de los accidentes de carretera merecen especial atención los accidentes en el hogar, que en varios países desarrollados constituyen el 30 por ciento y más del número total de los accidentes. El problema de los accidentes del trabajo reviste particular gravedad. En cualquiera de los últimos años más de dos millones de trabajadores en los Estados Unidos han sufrido lesiones causantes de incapacidad temporal para el trabajo, más de 90,000 han quedado incapacitados permanentemente y cerca de 14,000 a 15,000 han fallecido.

EL FACTOR HUMANO COMO CAUSA DE ACCIDENTES:

El análisis de las causas de los accidentes a revelado, por otra parte que el 80 por ciento de esos accidentes son consecuencia de un factor humano o dicho en términos más claros, de una falta cometida por un conductor.

Las estadísticas de la gendarmería Francesa para el año 1964 (2), relativas a casi 85,000 accidentes corporales, permitió llegar a la conclusión de que el 75 por ciento de los accidentes acaecidos fuera de las grandes aglomeraciones urbanas eran la consecuencia de infracciones graves del código de la circulación. La conducta de un gran número de automovilistas fue propia de personas que se creyeron solas en la carretera: circular por la izquierda, sobre todo en curva o en carreteras sinuosas, adelantar en situaciones de peligro evidente, y de un modo general, falta de atención y vigilancia fueron la causa específicamente determinada del 31.6 por ciento de los accidentes en que la gendarmería hubo de intervenir.

Delincuencia automóvil:

Los trabajos de A. Conty, en los Estados Unidos, (2) han revelado la naturaleza patológica de un gran número de delitos de la circulación. Desde 1936 hasta 1953 fecha en que publicó su primer trabajo Conty hubo de examinar a 10,000 delincuentes de la circulación que le fueron enviados por los tribunales para que dictaminara sobre su estado mental. La comparación con otros delincuentes tomados al azar permitió a Conty que entre los delincuentes de la circulación los casos de debilidad mental y de psicosis eran mucho más frecuentes que en los grupos testigos, de los 10,000 conductores antes mencionados, 100 eran verdaderos alienados, 850 podían clasificarse de débiles mentales y 1,000 habían pasado períodos más o menos largos de internamiento psiquiátrico.

Nos encontramos así ante un vasto campo mal delimitado respecto del cual el psiquiatra puede formular observaciones útiles. Para penetrar en ese campo trataremos de analizar las condiciones psicomotrices de la conducción de automóvil, los mecanismos que entran en función y los posibles trastornos debidos a estas causas.

La función de conducir comprende un cierto número de mecanismos elementales, a saber:

- a) En primer lugar, la percepción sensorial: la vista sobre todo, el oído y el equilibrio, la sensibilidad superficial y profunda. La función de conducir exige una integración de estos sistemas y cualquier alteración de los mismos será por lo menos una causa perturbadora.
- b) La comprensión de las señales recogidas en la esfera de la gnosia o facultades de percepción. Hay que interpretar las señales en las mismas y en relación con las situaciones que puedan darse.
- c) La reacción, una vez interpretadas las señales y reconocidas la situación, permite establecer un plan de acción, concebir los gestos motores y ejecutarlos.

Dejando aparte las alteraciones patológicas en las esperas sensorial o motriz, las fases de comprensión y de reacción ponen en juego la integridad de la organización psíquica: estado de conciencia, inteligencia, afectividad, emotividad.

Trastornos graves:

Uno de los trastornos, más frecuentes es la baja del nivel de vigilancia, cuya causa puede ser, el alcoholismo o una

impregnación superpuesta a un estado de alcoholismo crónico. Otra causa de accidentes las epilepsias, en particular las de forma psicomotora que, por el carácter atípico de sus crisis, permanecen a veces ignoradas durante largo tiempo. Los accidentes debido a esta causa son en general graves, sobre todo en la ciudad. Más raros son los accidentes debidos a las fugas patológicas, sean éstas de naturaleza psicótica (estado oniroide, crisis delirante) o neurótica (estado crepuscular).

Los trastornos de la inteligencia también pueden ocasionar accidentes. No es indispensable ser inteligente para conducir bien, pero tampoco pueden los conductores prescindir de un cierto grado de inteligencia.

Los psicólogos norteamericanos han descubierto un cierto número de débiles mentales, e incluso de imbéciles caracterizados, entre los camioneros y los conductores particulares. Su incapacidad para comprender las disposiciones reglamentarias más sencillas, les hace incurrir en repetidas infracciones hasta que un accidente pone finalmente en evidencia su falta de aptitud para conducir. En los Estados Unidos, país donde se estudian muy a fondo los problemas de la circulación, Cobb a podido demostrar que las correlaciones entre nivel mental, nivel de instrucción y tasa de accidentes eran más estrechas que otras correlaciones establecidas con otras variables (2).

Si los casos de atraso mental propiamente dicho son relativamente raros entre los conductores, los de involución senil de las capacidades mentales son, en cambio mucho más frecuentes y, de una serie de estudios se desprende que el número de accidentes aumenta con la edad del conductor (a partir de los 60 años). A este nivel de edad aparecen en efecto, ciertas alteraciones complejas de la actividad cerebral superior. Se produce como un embotamiento de la percepción y de las reacciones tanto físicas como mentales. Las infracciones más

frecuentes entre las personas de edad avanzada son significativas: negación de prioridad, inadvertencia de las señales y ausencia de precauciones al cambiar de dirección.

Trastornos menos graves:

Se sitúan estos trastornos, de preferencia, en las regiones de la afectividad y de la emotividad (excluidos, por supuesto, los estados maniáticos y melancólicos, poco principios para conducir). El diagnóstico es delicado y exige la intervención de un especialista. La insuficiencia de las estadísticas crea siempre el problema para establecer una correlación entre accidentes y estado mental de los conductores. Es evidente que la hipermotivación desempeña un importante papel en la gestación de los accidentes. En la carretera se producen sin cesar situaciones de peligro que suscitan emociones intensas en los sujetos predispuestos, perturban su comportamiento y conducen a situaciones dramáticas.

La afectividad es algo muy denso, mal definido y mal delimitado; pone en movimiento los mecanismos de defensa de la personalidad, patológicos en gran parte, que constituyen la trama de las personalidades neuróticas. Instinto de poder, agresividad, culpabilidad, frustración, forman a menudo parte de la experiencia vivida del conductor y determinan reacciones de carácter evidentemente patológico, que aparecen en el análisis de las causas de accidentes. Para relacionar la personalidad del conductor con la manera de conducir, el escritor Frances Duhanel dijo "el hombre conduce como se conduce" y esta idea aceptaba por muchos autores sirve de base para muchos trabajos.

En el nivel psicomotor, los ergonomistas abordan el estudio de la máquina en función de las posibilidades del

hombre; y el estudio de la selección, instrucción y entrenamiento del piloto en función de las posibilidades de la máquina.

A nivel estadístico las personas causantes de accidentes han sido asimiladas a los delincuentes y se han empleado métodos similares para su estudio.

Se ha puesto en evidencia que ciertos antecedentes traducen un grado mayor o menor de adaptación social. Por ejemplo, haber sido condenado por los tribunales, tener deudas, haber frecuentado las cajas de prestamos o los dispensarios antivenéreos, permiten establecer una distinción estadística entre un grupo de conductores frecuentemente accidentados y otro grupo refractario a los accidentes.

A nivel de la psicología tradicional, el Dr. Joannon trató ya en 1957 de analizar lo que él llamó debilidad mental de los conductores. Sus tres formas principales son:

- a) la ligereza: el conductor ligero no distingue el peligro, tiene franca confianza en si mismo y poco respeto por el código de la circulación;
- b) la vanidad: el conductor vanidoso desprecia a los pequeños, no admite que nadie pueda superarle, se resiste a moderar la velocidad, toma decisiones peligrosas;
- c) la susceptibilidad: el conductor susceptible acusa sistemáticamente a los demás conductores de impericia y de mala intención, no perdona nada, es agresivo y a veces injurioso.

Pueden clasificarse los conductores según los principios de la tipología caracterológica: los introvertidos, los

extravertidos, los impulsivos, los agresivos y los pasivos, los picnicos (fuertes) etc.

Impulsos inconcientes:

No olvidemos que el aparato psíquico puede considerarse en teoría bajo tres aspectos distintos: el YO, consciente y razonable cuando es sano, nos pone en relación con el mundo exterior y con el medio interior de lo inconsciente; lo INCONSCIENTE es la masa confusa de los deseos, los instintos, las necesidades y las tendencias; el SUPER YO resulta de la interiorización.

El YO no se limita siempre a la persona; en ciertos individuos puede ir más allá y extenderse a ciertos objetos familiares, a la morada, al automóvil, que se convierte así en una prolongación natural, particularmente significativa en el análisis del narcisismo (inflexión de la lívido sobre el propio sujeto); el automóvil representa entonces la belleza, la calidad, el valor, la fuerza, la mayoría de los autores coinciden en reconocer el significado simbólico de la fuerza, representada en la realidad por la cilindrada del motor, el número de cabellos-vapor, la velocidad máxima, factores que multiplican las posibilidades del conductor y le inducen a reaccionar según la fuerza real de su vehículo. Convencido de su fortaleza y el propio tiempo de su capacidad para dominarla, el conductor, demasiado seguro de si mismo, se expone a riesgos constantes. Estudios realizados por algunos autores ponen en evidencia estos factores psicológicos en los accidentes; Armand M. Nicholi estudió en los Estados Unidos el problema de los accidentes en motobicicleta, encontrando que el alto porcentaje de lesionados en dichos accidentes, habían verdaderos trastornos de la personalidad (3) en el estudio realizado en Guatemala por los Drs. Ronaldo Luna y Cyrano Ruiz (6) encontraron también como responsables de un porcentaje de

accidentes a personas con problemas familiares, sentimentales, etc.

En nuestros días el hecho de conducir ya no es una distracción sino, a pasado a ser un trabajo que nada tiene de fácil, encontrándose el conductor sometido constantemente a tensiones emocionales y nerviosas, como lo refleja una encuesta realizada en 600 conductores, en quienes se ve claramente los trastornos cardiovasculares resultantes del acto de conducir (5).

G. Amado en su trabajo "Los aspectos psicológicos de los accidentes en el niño y la prevención de éstos" (1), señaló: que los accidentes durante el primer año de edad son responsabilidad de los padres, pero que conforme el niño desarrolla su independencia y la aparición de factores psicológicos: se hallan expuestos a los accidentes sobre todo los niños inestables, hiperactivos, quienes realizan un tipo de personalidad bastante fácil de definir y que requieren medicativas y de prevención. Los factores neuróticos pueden coexistir o ser responsables de accidentes fuera de esta estructura. Los mecanismos principales son entonces: autopenición, contrafobia y paso al acto. En este caso entonces la acción psicológica la que puede prevenir recidivas.

Ya es conocida la importancia que tiene el alcoholismo y las drogas en la producción de accidentes como lo señala el Dr. Julian Waller (8).

La estructura neurótica de ciertos individuos, habitualmente bien compensada, puede irrumpir en circunstancias particulares (Choques emotivos, fatiga fisiológica, intoxicación alcohólica menor, impregnación medicamentos) y ser la causa de errores de conducción y accidentes. Un gran número de factores vienen a corroborar el aserto según el cual los accidentes "raras veces son accidentales", es decir, debidos al azar.

Podemos decir que entre otras causas de lesiones, las más frecuentes son:

- a) Accidentes del tráfico.
- b) Accidentes de trabajo.
- c) Accidentes en el hogar.
- d) Accidentes en la escuela.
- e) Accidentes en el deporte y diversión.
- f) Accidentes que son el resultado de la acción criminal.
- g) Accidentes de Guerra.

En general podemos clasificar el tipo de lesión según:

- 1) El órgano lesionado: cráneo, ojos, boca, nariz, torax, etc.
- 2) El tipo de traumatismo:
 - a) Contusiones.
 - b) Erosiones-laceraciones.
 - c) Esguinces.
 - d) Lujaciones.
 - e) Fracturas.
 - f) Heridas.

- g) Quemaduras.
- h) Intoxicaciones.

IV

MATERIALES Y METODOS

Por el objeto de estudio, se eligió el Hospital de traumatología y ortopedia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, ya que casi el 100 por ciento de los pacientes, hospitalizados han sufrido accidentes de todo tipo, y son precisamente el tipo de pacientes que interesa a nuestro estudio.

La metodología seguida fue la siguiente:

Se tomó como base el cuestionario elaborado para la investigación realizada por los Dres. C. Ruiz y Ronaldo Luna (6), en el cual se investigan 7 núcleos que son:

1. Determinación del accidente
2. Consumo de Drogas
3. Factores afectivos
4. Presencia de ideas depresivas
5. Factores familiares
6. Fatiga psicofísica
7. Atención espontánea.

A este cuestionario se agregó un grupo de preguntas para determinar características sociales de los pacientes traumatizados. Se entrevistó a 147 pacientes, tomados al azar de las salas de hombres en el hospital de traumatología.

con su criterio.

- | | SI | NO |
|--|-----|-----|
| 1) ¿Es éste su primer accidente? | () | () |
| 2) ¿Cuántos accidentes ha tenido en los últimos cinco años? | () | () |
| 3) ¿Cree usted que el accidente pudo haber sido evitado? | () | () |
| 4) ¿Fue usted responsable del accidente? | () | () |
| 5) ¿Ha estado o está recibiendo tratamiento Psiquiátrico? | () | () |
| 6) ¿Había usted consumido bebidas alcohólicas por lo menos 24 horas antes del accidente? | () | () |
| 7) ¿Estaba usted consumiendo tranquilizantes, barbitúricos o alguna otra droga antes del accidente? | () | () |
| 8) ¿Había usted tenido alguna dificultad familiar por lo menos 24 horas antes del accidente? | () | () |
| 9) ¿Algún miembro de su familia estaba gravemente enfermo, se enteró usted antes del accidente? | () | () |
| 10) ¿Había tenido algún duelo por muerte de familia o amigo por lo menos 48 horas antes del accidente? | () | () |

- | | | |
|---|-----|-----|
| 11) ¿Tuvo usted alguna contrariedad de trabajo antes del accidente? | () | () |
| 12) ¿Tuvo usted alguna riña, discusión o acto de violencia, o la tuvieron para usted antes del accidente? | () | () |
| 13) ¿Piensa usted que el accidente se debió a una reacción de cólera no controlada? | () | () |
| 14) ¿Presintió que ese día podía tener algún accidente? | () | () |
| 15) ¿Le advirtieron por coincidencia que podía tener este accidente, por lo menos 24 horas antes? | () | () |
| 16) ¿Cree usted haber merecido el que le ocurriera ese accidente? | () | () |
| 17) ¿Piensa usted que las consecuencias del accidente son totalmente recuperables? | () | () |
| 18) ¿Con un mínimo de 48 horas antes del accidente había estado pesimista, decaído, triste? | () | () |
| 19) ¿Hubiera usted preferido morir en este accidente? | () | () |
| 20) ¿Quiso usted que el accidente sucediera? | () | () |
| 21) ¿Su familia lo considera a usted | | |

- responsable del accidente? () ()
- 22) ¿Se ha disgustado con usted su esposa por el accidente? () ()
- 23) ¿Cree usted que su esposa lamenta y siente lo ocurrido? () ()
- 24) ¿Su familia podría haberse alegrado de lo ocurrido? () ()
- 25) ¿Puede ser este accidente causa de serios problemas con su familia? () ()
- 26) ¿Estaba usted muy fatigado físicamente antes del accidente? () ()
- 27) ¿Había usted dormido mal la noche antes del accidente? () ()
- 28) ¿Había usted manejado consecutivamente más de tres horas antes del accidente? () ()
- 29) ¿Había usted trabajado más de diez horas consecutivas antes? () ()
- 30) ¿Su accidente fué en calle, avenida, o carretera de mucha circulación? () ()
- 31) ¿Piensa usted que el accidente fue provocado intencionalmente? () ()
- 32) ¿Se encontraba distraído en el momento que ocurrió el accidente? () ()

- 33) Discutía con alguien en el momento de realizarse el accidente? () ()
- 34) ¿Vizualizó el area del accidente o estaba concentrado en algo más? () ()
- 35) ¿Viajaba acompañado y conversando en el momento del accidente? () ()

RESULTADOS Y DISCUSION

SEXO: Apriori escogimos sólo pacientes de sexo masculino.

EDAD: Al observar el gráfico número uno, nos damos cuenta que la distribución de los pacientes entrevistados no es homogénea, sino que, al agruparlo en intervalos de 10 años se pone de manifiesto el mayor número de pacientes comprendidos entre los 20 y 39 años de edad que son el 59 por ciento del total de pacientes entrevistados, pero llama más la atención el hecho de que solo los pacientes comprendidos entre los 20 y 29 años hacen el 39 por ciento. El paciente más joven es de 11 años de edad y el más anciano de 80 años de edad. Es importante esto porque debemos de recordar que a esta edad, en la que el mayor porcentaje de pacientes tienen accidentes es la edad de máxima capacidad de trabajo y por consiguiente de máxima producción para el país.

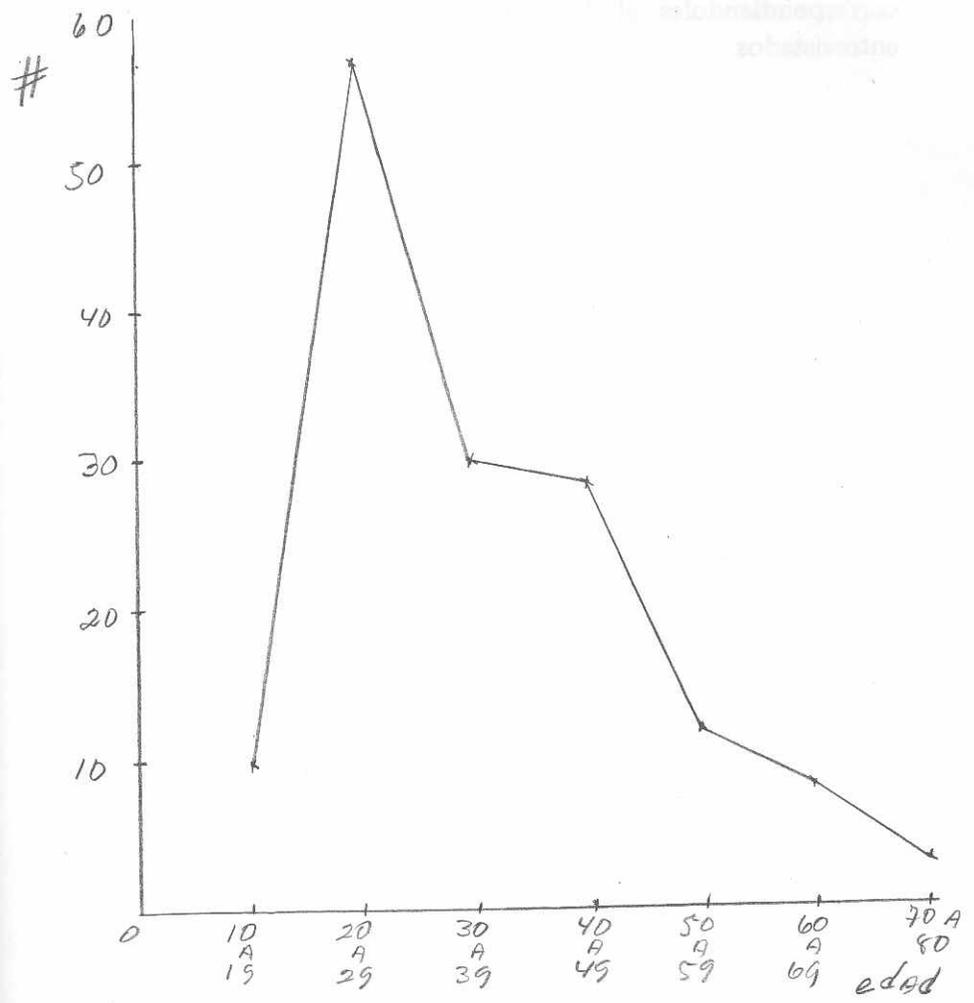
ORIGEN Y RESIDENCIA: Al estudiar el lugar de origen y residencia vemos que únicamente 29 pacientes, o sea el, 19 por ciento del total son originarios de la capital y 13 del resto del departamento 11 por ciento, lo que sumados nos da 46 pacientes que nacieron en el departamento de Guatemala, en cuanto a residencia el total de pacientes que residen en el departamento de Guatemala es de 94 que equivale al 64 por ciento, de ellos 81 viven en la capital que equivalen al 54 por ciento. Esto nos indica que hay una marcada migración de los departamentos a la capital, como lo demuestra el cuadro número 1.

OCUPACION: Se dedican a múltiples trabajos, los que predominan son los siguientes: Jornalero, piloto automovilista y

albañil con el 18, 10 y 6 por ciento respectivamente.

GRAFICO No.1

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR EDADES



TIPO DE ACCIDENTES: Se clasificaron los accidentes en tres tipos básicos tráfico, laborales y comunes que siguieron la siguiente distribución en número de accidentes: 68, 51 y 29

correspondiéndoles el 46.4, 34.6 y 19 por ciento respectivamente, dentro de los clasificados como accidentes comunes encontramos que 8 de ellos fueron asaltos, correspondiéndoles el 5.4 por ciento del total de pacientes entrevistados.

CUADRO No. 3

DISTRIBUCION DE LOS ENTREVISTADOS:
LUGAR DE ORIGEN Y RESIDENCIA

DEPARTAMENTO	ORIGEN	RESIDENCIA
Capital	29	81
Guatemala	17	13
Santa Rosa	17	8
Jalapa	9	2
Escuintla	7	6
San Marcos	7	1
Suchitepéquez	6	5
Antigua	5	2
Zacapa	5	4
Izabal	5	6
Quiché	5	0
Jutiapa	5	1
Progreso	4	3
Chimaltenango	4	4
Retalhuleu	4	4
Baja Verapaz	4	1
Sololá	4	1
Quezaltenango	4	0
Alta Verapaz	3	3
Totonicapán	2	0
Chiquimula	1	1
Sacatepéquez	1	1
Huehuetenango	1	1

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN LUGAR
DONDE OCURRIO EL ACCIDENTE

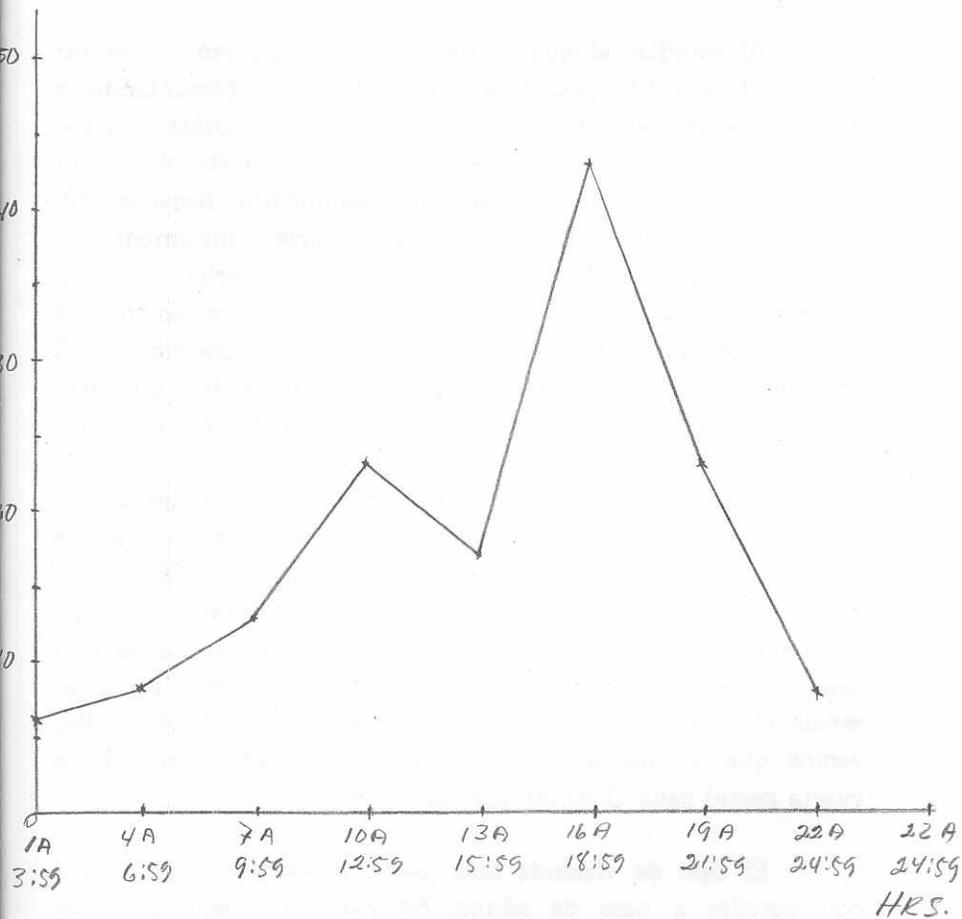
LUGAR	NUMERO
Vía Pública	85
Trabajo	42
Otro	12

Como puede apreciarse en el cuadro número dos, en el mayor número de pacientes entrevistados el lugar donde se produjo el accidente fue en la vía pública (85 equivalente al 57 por ciento),

ESTADO CIVIL: El estado civil de los 147 pacientes entrevistados. fue el siguiente: solteros 51, casados 56 y unidos 40 lo que pone de manifiesto que todavía una gran cantidad de personas no están unidas por los lazos legales del matrimonio.

Como todos los pacientes hospitalizados tienen uniforme y viven temporalmente en las mismas condiciones, la clasificación de ladinos e indigenas se hizo unicamente por el hecho de saber o no hablar castellano, por lo que resultó que 142 pacientes fueron clasificados como ladinos y 5 únicamente como indígenas.

GRAFICA No.2

DISTRIBUCION DE LOS ACCIDENTES SEGUN HORA
EN QUE OCURRIERON

La gráfica señala que el mayor número de accidentes ocurrieron de las 16 horas a las 18.59 horas. (43 = 29 por ciento), luego de las 19 a las 21:59 y de las 10 a las 12:59 con

23 y 24 accidentes respectivamente, lo que podría corresponder a la hora en que se sale de las jornadas de trabajo y las primeras horas de la noche, en la primera consideración podría influir el estado de fatiga como han señalado algunos autores (6) y, en la segunda situación a la falta de visibilidad, aunque también podrían influir otros factores.

Al estudiar el cuadro de escolaridad podemos observar que 21 de los 147 pacientes son analfabetas representando el 14 por ciento del total, 82 han asistido a la escuela primaria pero de ellos sólo 25 la terminaron que equivale al 17 por ciento del total, a la enseñanza secundaria llegaron 32, concluyeron sus estudios de secundaria únicamente 7 correspondiendo al 4.7 por ciento de la población total de entrevistados y, a la universidad llegaron únicamente 7 graduándose hasta el momento 4 de ellos, 2 economistas y 2 Ingenieros vemos que el porcentaje de pacientes que han terminado su carrera universitaria es apenas del 2.7 por ciento.

SALARIOS: En cuanto a los salarios encontramos que la diferencia de los mismos es grande, así tenemos que a la vez que todavía se encuentran personas que ganan Q.11.00 al mes, hay personas que ganan Q.800.00, por supuesto que el porcentaje no llega ni siquiera al 1 por ciento, sólo una persona gana esa cantidad, de los demás pacientes la mayoría como lo señala el cuadro número cuatro no llega a los 100 Quetzales, vemos que 42 pacientes o sea el 29 por ciento (más de la cuarta parte) gana Q.50.00 quetzales o menos.

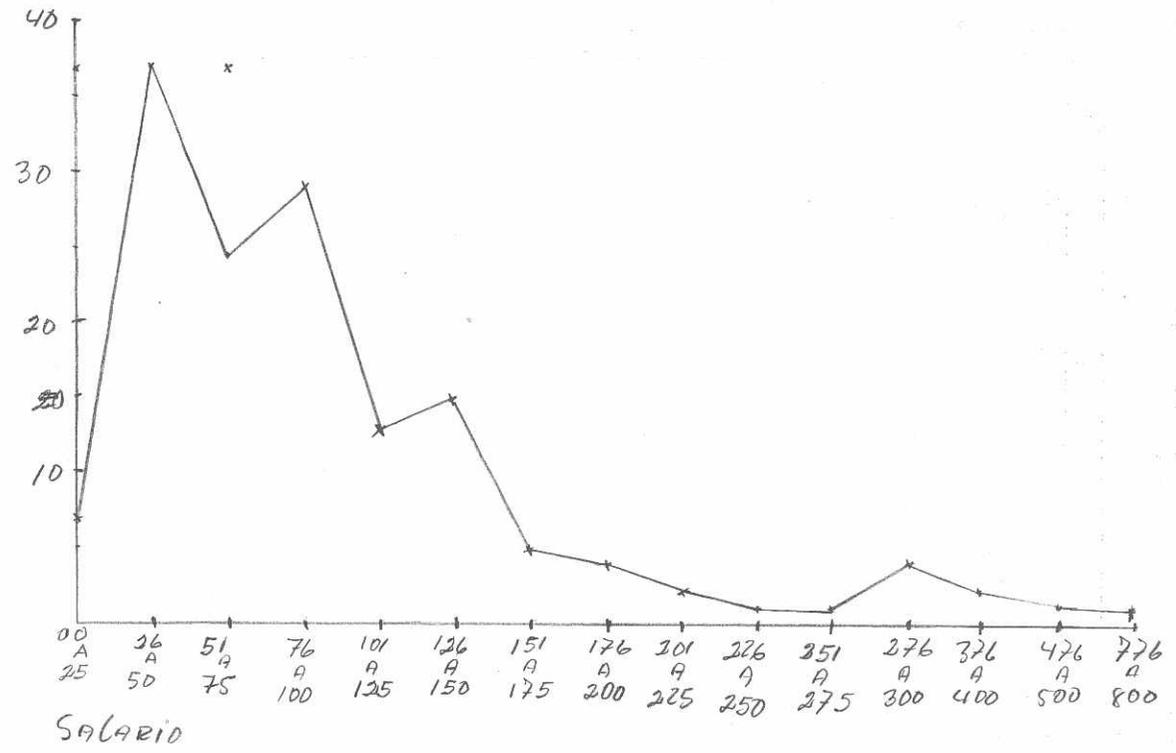
El tipo de vivienda más usado es el que se construye con paredes a base de adobe, 64 pacientes viven en casas construidas así, otro material importante para la construcción de las casas es la madera, las casas de 36 pacientes está construida con este material.

CUADRO No.1

DISTRIBUCION POR GRADO DE ESCOLARIDAD

ENSEÑANZA	GRADO	NUMERO
Analfabetos		21
	Primero	5
	Segundo	9
Primaria	tercero	19
	cuarto	17
	quinto	7
	sexto	25
	Primero	7
	segundo	6
	tercero	8
Secundaria	cuarto	4
	quinto	2
	sexto	5
	Primero	0
	segundo	1
Universitaria	tercero	1
	cuarto	0
	quinto	1
	sexto	4

DISTRIBUCION DE PACIENTES SEGUN SALARIO DEVENGADO



CUADRO No. 4

DISTRIBUCION POR TIPO DE RESPUESTA

FACTORES	TOTAL DE RESPUESTAS			
		SI		NO
Determinación del Accidente	205	32.3	430	67.7
Consumo de Drogas	27	10.5	231	99.5
Factores Afectivos	24	2.5	936	97.5
Presencia de ideas depresivas	114	10.8	931	89.2
Factores Familiares	85	11.5	654	88.5
FATIGA	112	18.1	505	81.9
Atención expontanea	151	16.6	763	83.4

DISCUSION

Como podemos apreciar al observar todos los resultados, nos llama la atención que la mayoría de los pacientes entrevistados, presentan ciertas características peculiares que pueden predisponerlos para que se vean envueltos en accidentes, por ejemplo: ser personas que han migrado del área rural o de las ciudades del interior del país a la capital, y/o la baja escolaridad. Como hemos dicho anteriormente, el no comprender ciertas reglas en el trabajo ó ciertas normas del reglamento de tránsito, hace que las personas por su poca preparación o baja inteligencia cometan infracciones a estas reglas o normas poniendo en peligro su vida y la de los demás.

Como han señalado otros autores la fatiga, el alcoholismo, los problemas sociales, familiares o psicológicos pueden contribuir a la producción de accidentes. En nuestro estudio los resultados obtenidos, no son tan categóricos como los objeridos por otro autor (6), que encontraron altos porcentajes en los factores humanos que pueden ser responsables de la producción de los accidentes.

Los resultados obtenidos por nosotros no son tan determinantes, pero sí encontramos factores humanos que pudieran haber sido responsables de los accidentes, c como se aprecia en el cuadro número cuatro. El 33.3 por ciento de los pacientes habían tenido otros accidentes antes, el 49 por ciento, también del total de entrevistados, opinaron que se podía haber evitado el accidente y el 22 por ciento reconocieron ser responsables de los mismos.

CONCLUSIONES

VI

1. Las condiciones socio-económicas de un alto porcentaje de pacientes entrevistados es deficiente.
2. La mayor cantidad de pacientes son analfabetas o tienen una escolaridad baja, únicamente el 17 por ciento han terminado la enseñanza primaria.
3. Las dos situaciones anteriores favorecen que en muchos casos desconozcan las más elementales normas del código de tránsito, lo que predispone a que por ignorancia de las mismas se cometan infracciones al Código de Tránsito poniendo en peligro la vida de la misma persona y de la de los demás.
4. Se comprobó que el factor humano es o puede ser la causa de accidentes, en nuestro estudio en un 15 por ciento en promedio habían factores humanos como responsables directa o indirectamente de los accidentes.
5. Que a los pacientes traumatizados se les dé su tratamiento integral, es decir, médico y psicológico, para tratar los problemas psicológicos pre y post accidente.
6. Por las condiciones legales y laborales de los pacientes, creo que es posible que algunos de ellos minitieron al formularle las preguntas.

VII

RECOMENDACIONES

- 1o. Continuar con el estudio de los accidentes, especialmente con sus aspectos Psicológicos y sociales.
- 2o. Que se aumente el número de Psicólogos y Psiquiatras, en los Hospitales especializados en pacientes traumatizados, para darles mejor tratamiento.
- 3o. Que se hagan programas preventivos similares por ejemplo a los que se hacen para evitar que conduzcan en estado de ebriedad.
- 4o. Al hacer estudios de este tipo se debe de tratar de concientizar a los pacientes sobre la importancia del estudio, para que respondan la verdad.

VIII

RECONOCIMIENTO

Al hospital de Traumatología y Ortopedia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Al Dr. Mario de la Cerda director del hospital de Traumatología y Ortopedia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Al Dr. Mario Alfonso Gaitán asesor de esta Tesis.

Al Dr. Enrique Morales Chinchilla Revisor de esta Tesis.

Y a todas las personas que de una u otra forma contribuyeron para que fuera posible la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFIA

1. Amado, G. Les aspects psychologiques des accidents chez l'enfant et leur prévention. *Salud Mundial*.
2. Chanoit, P. F. Los accidentes pocas veces son accidentales. *Annales de Pediatric*, 48:680:84. Oct. 2. 72.
3. Nicholi, A.M. The Motorcycle Svndrome. *Amer. J. Psychiat.* 126:11, May 1970.
4. Harvard, J. D. J. Accidentes del tráfico. *WHO Chron.* 27:91-97, Marzo 1973.
- 5o. Hoffmann, H. Tensiones en el volante. *Salud mundial*.
6. Ruiz, C. y R. Luna. Trauma, emoción y accidente. Publicación de la Catedra de Ciencias de la Conducta II, Facultad de Ciencias Médicas.
7. Volkov, M. V. Aspectos Médicos y sociales de la prevención y tratamiento de los accidentes. *WHO Chron.* 27:290-300, Jul.-Aug. 73.
8. Waller, J. A. Drugs and Highway Crashes. *JAMA.* 215:1477-82, March 71.

Br. Salvador Ríos C.

Dr. Mario Alfonso Gaitan
Asesor

Dr. Enrique Morales Chinchilla
Revisor

Dr. Julio de León
Director de Fase III

Vo. Bo.

Dr. Francisco Saenz B.
Secretario

Dr. Armando Soto
Decano