

**PREPARACION Y CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE  
ENFERMERIA PARA DESEMPEÑAR SU ROL EN UN AMBITO DIFERENTE  
AL HOSPITALARIO DESPUES DE UN SISMO EN PEREIRA 2007**

**CLAUDIA MILENA MUÑOZ BUILES  
ELIANA PATRICIA ORTIZ OLARTE  
DIANA MARCELA REYES BUILES**

**CORPORACION UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
PEREIRA  
2008**

**PREPARACION Y CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE  
ENFERMERIA PARA DESEMPEÑAR SU ROL EN UN AMBITO DIFERENTE  
AL HOSPITALARIO DESPUES DE UN SISMO EN PEREIRA 2007**

**CLAUDIA MILENA MUÑOZ BUILES  
ELIANA PATRICIA ORTIZ OLARTE  
DIANA MARCELA REYES BUILES**

**Trabajo presentado para optar al titulo profesional de enfermera**

**Asesor Temático:  
Doctor  
JHON BYRON EUSSE LONDOÑO**

**CORPORACION UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
PEREIRA  
2008**

## **DEDICATORIA**

Queremos dedicar el gran logro obtenido en la realización de este trabajo de grado a Dios, a nuestros padres que realizaron grandes esfuerzos para que nosotras fuéramos unas excelentes profesionales, a nuestras amigas y a nuestros profesores: Julia Inés Escobar, Jhon Byron Eusse Londoño, Liliana Arango y Maria Nelsy Muñoz quienes de una u otra manera nos asesoraron y orientaron para la realización de este proyecto de investigación.



## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos a Dios, a nuestros padres por su apoyo incondicional, a la Universidad Libre que nos abrió sus puertas, a la Facultad de Enfermería y a todo el cuerpo docente quien formo e hizo de nosotras las profesionales de hoy, gracias a nuestro asesor temático Jhon Byron Eusse Londoño por brindarnos su tiempo y conocimiento para el desarrollo de este proyecto y por su gran paciencia, gracias a Maria Nelsy Muñoz quien nos oriento, gracias a nuestros profesores de investigación Liliana Arango y Julia Inés Escobar quienes a lo largo de nuestra formación profesional nos brindaron herramientas para la realización del proyecto y así lograr el resultado obtenido.

Nota de aceptación

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Pereira Risaralda, 30 enero – 2008

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
<b>INTRODUCCION</b>	
<b>1. EL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
<b>1.1 PLANTEAMIENTO</b>	<b>1</b>
<b>1.2 JUSTIFICACION</b>	<b>2</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>3</b>
<b>2.1 OBJETIVO GENERAL</b>	<b>3</b>
<b>2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>3</b>
<b>3. MARCO REFERENCIAL</b>	<b>4</b>
<b>3.1 ANTECEDENTES</b>	<b>4</b>
3.1.1 Recuento Histórico de Pereira	4
3.1.2 Selección de los desastres objeto de estudio	6
3.1.3 Distribución espacial de la afectación por sismos	8
3.1.4 Perdidas de acuerdo al factor físico	8
3.1.5 Perdidas de acuerdo al factor población	12
3.1.6 Perdidas de acuerdo al factor económico	12
3.1.7 Acciones gubernamentales	13
<b>3.2 MARCO CONCEPTUAL</b>	
3.2.1 Generalidades	13
3.2.2 Preparación Del Profesional de Enfermería en la Atención Postsismica	21
3.2.3 Papel de enfermería ante las catástrofes	23
<b>3.3 MARCO GEOGRAFICO</b>	<b>30</b>
3.3.1 Clima	31
3.3.2 Hidrografía	32
3.3.3 Geología	32
3.3.4 Sismicidad regional	32
3.3.5 Zonificación sísmica del municipio de Pereira	33
<b>3.4 MARCO LEGAL</b>	<b>33</b>
3.4.1 Legislación profesionales de enfermería	33
3.4.2 Legislación de atención inicial de urgencias	34
3.4.3 Legislación respecto a referencia, contrarreferencia y Capacitación del triage	35
3.4.4 Resolución 1802 de 1989.	35
<b>3.5 MARCO DISCIPLINAR</b>	
<b>4. DISEÑO METODOLOGICO</b>	<b>35</b>
<b>4.1 TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>35</b>
<b>4.2 MUESTRA DE ESTUDIO</b>	<b>35</b>
<b>4.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS</b>	<b>35</b>

	<b>Pág.</b>
<b>4.4 VARIABLES DE ESTUDIO</b>	<b>36</b>
<b>4.5 RECOLECCION DE DATOS</b>	<b>37</b>
<b>4.6 ANALISIS DE DATOS</b>	<b>38</b>
<b>4.7 ASPECTOS BIOETICOS DE LA INVESTIGACION</b>	<b>38</b>
<b>5. RESULTADOS</b>	<b>39</b>
<b>5.1</b> caracterización social de las Enfermeras encuestadas	<b>39</b>
<b>5.2</b> caracterización académica en Emergencias y desastres	<b>42</b>
<b>5.3</b> caracterización laboral en Emergencias y desastres	<b>44</b>
<b>5.4</b> caracterización de fortalezas y Debilidades para actuar ante una Situación postsimica en un ambiente Diferente al hospitalario	<b>45</b>
<b>5.5</b> caracterización del grupo con Respecto al conocimiento del rol y forma de desempeñarlo.	<b>48</b>
<b>5.6</b> caracterización según capacidades Para enfrentar situaciones de emergencia Y desastre	<b>49</b>
<b>5.7</b> Caracterización de estudios en Emergencias y desastres, experiencia, Fortalezas y debilidades con grupos de edad.	<b>55</b>
<b>5.8</b> Caracterización de experiencia En emergencias y desastres, fortalezas, Debilidades con estudios en emergencias y desastres	<b>60</b>
<b>5.9</b> Caracterización de preparación Académica, experiencia en emergencias y desastres, fortalezas, debilidades Con área de desempeño.	<b>63</b>
<b>6. DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>71</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	



## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
<b>Anexo A.</b> Catedral Nuestra Señora de la pobreza 1973	73
<b>Anexo B.</b> Estación Parque Olaya Herrera 1940	73
<b>Anexo C.</b> Pereira vigilada por su cerro tutelar el alto del nudo	74
<b>Anexo D.</b> Antigua Plaza de Bolívar en un día festivo año 1940	74
<b>Anexo E.</b> Parque Olaya Herrera 1940	75
<b>Anexo F.</b> Estructura provisional de la catedral nuestra Señora de la Pobreza.	75
<b>Anexo G.</b> El tranvía, símbolo de una época de singular progreso	76
<b>Anexo H.</b> Avenida circunvalar	76
<b>Anexo I.</b> Antigua Avenida Circunvalar	77
<b>Anexo J.</b> Aeropuerto matecaña fruto de la tenacidad Pereirana.	77
<b>Anexo K.</b> Terminal de Transportes de Pereira.	78
<b>Anexo L.</b> Plaza de Bolívar antes de 1963	78
<b>Anexo M.</b> Viaducto Cesar Gaviria Trujillo	79
<b>Anexo N.</b> Pereira sector Pinares	79
<b>Anexo Ñ.</b> Calle 17 con carrera novena	80
<b>Anexo O.</b> Estadio Hernán Ramírez Villegas	80
<b>Anexo P.</b> Parque Gaitan.	81
<b>Anexo Q.</b> Centro Comercial Victoria	81
<b>Anexo R.</b> Mapa de América del sur	82
<b>Anexo S.</b> Mapa de Colombia	83
<b>Anexo T.</b> Mapa de Risaralda	84
<b>Anexo U.</b> Consentimiento informado	85
<b>Anexo V.</b> Instrumento de recolección de datos	88



## LISTA DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla 1.</b> Distribución según género	39
<b>Tabla 2.</b> Distribución según grupo de edad	40
<b>Tabla 3.</b> Distribución según escenario laboral	41
<b>Tabla 4.</b> Distribución según estudios en emergencias y desastres	42
<b>Tabla 5.</b> Distribución según participación en simulacros.	43
<b>Tabla 6.</b> Distribución según experiencia en atención de Emergencias desastres.	44
<b>Tabla 7.</b> Distribución según fortalezas	45
<b>Tabla 8.</b> Distribución según debilidades	46
<b>Tabla 9.</b> Distribución según conocimiento de funciones	48
<b>Tabla 10.</b> Distribución según capacidades	49
<b>Tabla 11.</b> Distribución funciones directas según grupo de edad.	51
<b>Tabla 12.</b> Distribución funciones directas según área de desempeño.	53
<b>Tabla 13.</b> Distribución funciones directas según estudios en Emergencias y desastres.	54
<b>Tabla 14.</b> Distribución funciones directas según Experiencia en emergencias y desastres.	55
<b>Tabla 15.</b> Distribución estudios según grupos de edad.	55
<b>Tabla 16.</b> Distribución experiencia según grupos de edad	56
<b>Tabla 17.</b> Distribución fortalezas según grupos de edad	58
<b>Tabla 18.</b> Distribución debilidades según grupos de edad	59
<b>Tabla 19.</b> Distribución experiencia según estudios	60
<b>Tabla 20.</b> Distribución fortalezas según estudios	61
<b>Tabla 21.</b> Distribución debilidades según estudios	62
<b>Tabla 22.</b> Distribución estudios según área de desempeño	63
<b>Tabla 23.</b> Distribución experiencia según área de desempeño	64
<b>Tabla 24.</b> Distribución participación en simulacros según área de desempeño	65
<b>Tabla 25.</b> Distribución fortalezas según área de desempeño	66
<b>Tabla 26.</b> Distribución debilidades según área de desempeño	67
<b>Tabla 27.</b> Distribución participación en simulacros según experiencia	68
<b>Tabla 28.</b> Distribución participación en simulacros según fortalezas.	69
<b>Tabla 29.</b> Distribución participación en simulacros según debilidades	70

## LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
<b>Grafica 1.</b> Caracterización según género	40
<b>Grafica 2.</b> Caracterización según grupos de edad	41
<b>Grafica 3.</b> Caracterización según escenario laboral.	42
<b>Grafica 4.</b> Caracterización según estudios	43
<b>Grafica 5.</b> Caracterización según participación en simulacros	44
<b>Grafica 6.</b> Caracterización según experiencia	45
<b>Grafica 7.</b> Caracterización según fortalezas	46
<b>Grafica 8.</b> Caracterización según debilidades	47
<b>Grafica 9.</b> Caracterización según conocimiento de funciones	49
<b>Grafica 10.</b> Caracterización según capacidades	50
<b>Grafica 11.</b> Caracterización estudios según grupos de edad	56
<b>Grafica 12.</b> Caracterización experiencia según grupos de edad.	57
<b>Grafica 13.</b> Caracterización fortalezas según grupos de edad	58
<b>Grafica 14.</b> Caracterización debilidades según grupos de edad	59
<b>Grafica 15.</b> Caracterización experiencia según estudios	60
<b>Grafica 16.</b> Caracterización fortalezas según estudios.	61
<b>Grafica 17.</b> Caracterización debilidades según estudios	62
<b>Grafica 18.</b> Caracterización estudios según área de desempeño	63
<b>Grafica 19.</b> Caracterización experiencia según área de desempeño	64
<b>Grafica 20.</b> Caracterización participación en simulacros según área de desempeño.	65
<b>Grafica 21.</b> Caracterización fortalezas según área de desempeño	66
<b>Grafica 22.</b> Caracterización debilidades según área de desempeño	67
<b>Grafica 23.</b> Caracterización participación en simulacros según experiencia	68
<b>Grafica 24.</b> Caracterización participación en simulacros según Fortalezas.	69
<b>Grafica 25.</b> Caracterización participación en simulacros según Debilidades	70

## INTRODUCCION

La enfermería es una de las ramas del saber mas interesantes e importantes, pues su razón de ser es el cuidado dirigido a aquellos pacientes que mas que tener un dolor o presentar una patología son personas que sienten, piensan y quieren que se les cuide su vida de una manera integral. Desde esta perspectiva todo profesional de enfermería en su formación académica y en su vida laboral debe estar preparado para desempeñar diferentes roles, los cuales demuestren en el, una persona idónea y apta para asumir diferentes retos. Por esta razón la enfermera debe conocer la importancia de atender a un paciente tanto dentro como fuera de una institución de salud.

El profesional de enfermería debe estar preparado para saber como actuar en el momento de un desastre especialmente un sismo que es el mas común y frecuente en esta zona del país. Ella debe saber que pasos se deben dar en el mismo momento que ocurra el desastre, cuales son los puntos de ubicación, como realizar el triage, los eslabones, las funciones que debe desempeñar y las capacidades que debe afianzar para que la atención al paciente sea brindada de una manera eficaz, efectiva y beneficiosa para este; trayendo consigo la satisfacción de un excelente trabajo realizado.

## 1. EL PROBLEMA

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ocurrencia de un desastre produce gran número de daños pero el ocasionado por un sismo es de mayor magnitud. En la escena del desastre se observa la intervención de entidades tanto estatales como privadas, entre los diferentes organismos se encuentran: Cruz Roja Colombiana, Cuerpo de Bomberos, Fuerzas militares, Policía Nacional, Defensa Civil, entre otros. Partiendo de lo anterior cabe mencionar que al nombrar dichos organismos no se observa que existan agrupaciones universitarias de Enfermeras o profesionales de esta área que presten su servicio en la escena. De esta manera no se visualiza fácilmente el papel de la enfermera después de ocurrido el evento, situación que provoca consecuencias desastrosas. Es allí donde la enfermera es especializada y por ello enfermeras de diferentes tipos y niveles aportan sus habilidades en la escena del desastre. Este hecho, que a menudo no se reconoce desde fuera de la profesión en el área asistencial debería comprenderse mejor. La mayoría de las personas suponen que toda enfermera sabe hacer cualquier cosa que se refiere a su profesión, sin embargo la intervención de una enfermera en un desastre puede depender del sitio en que ella se encuentre en el momento del impacto.<sup>1</sup>

Al poseer dicha información se supone que los profesionales de enfermería actúan e intervienen de forma escasa en relación a los demás grupos que sirven en la escena del desastre, porque no están suficientemente preparadas para asumir su rol en dicha situación. La falta de formación se refleja en la ausencia de participación en un desastre por parte de la enfermera la cual desde antaño es pilar fundamental en la atención de enfermos con padecimientos tanto físicos como mentales. Perdiéndose el enfoque holístico de la profesión. Al identificar la magnitud de los daños provocados por los sismos, a nivel económico y afectación de personas y viviendas. Se considera de suma importancia tratar este fenómeno, en el cual se entiende que los profesionales de enfermería pueden desempeñar un papel muy importante a nivel extrahospitalario para que así contribuyan al restablecimiento de las condiciones físicas, ambientales, psicosociales y económicas de los afectados y la zona que sufre dicho impacto. Pero no cumplen su papel porque solo el hecho de escuchar la palabra “desastre” despierta angustia en los corazones de muchas enfermeras. Algunas hasta comentaran para si mismas “ojala que ocurriera en cualquier otro sitio”. Una razón de que exista este temor radica en que la mayoría de los profesionales de enfermería, inclusive las especializadas en la atención de emergencias, tiene poca confianza en su capacidad para actuar eficientemente en caso de tragedia. Dicha falta de confianza se atribuye a que son pocas las que han recibido entrenamiento o educación que las oriente a una buena preparación y así estas puedan proporcionar una asistencia idónea en situación de desastre o en calamidades que arrojen un

---

<sup>1</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. Mexico: Harla, 1989. pagina 12. ISBN 968-635609-6.

saldo masivo de víctimas.<sup>2</sup> La atención que se debe brindar en la escena del desastre debe ir enmarcada con características fundamentales, unas de ellas son calidad, eficiencia e intervención oportuna para las víctimas. Estas son prioridades que bien conocen los profesionales de enfermería por ello se considera que podrían pertenecer el grupo de personas que participan en la atención de heridos y lesionados en la escena del desastre. Además la enfermera posee las capacidades para ejecutarlo de la mejor forma. A lo anterior se plantea el siguiente interrogante de investigación: ¿Están preparados los profesionales de enfermería para asumir su rol en la atención post-sísmica en un ámbito diferente al hospitalario en la ciudad de Pereira año 2007?

## **1.2 JUSTIFICACION**

Conociendo la necesidad e importancia que la enfermera conozca todo lo que compete con su profesión y en especial con la atención de pacientes después de ocurrido un sismo; se quiso realizar esta investigación, para conocer la preparación de los profesionales de enfermería, para el desempeño de su rol en la atención de pacientes después de ocurrido un sismo en un ámbito diferente al hospitalario, los aspectos positivos, negativos que le permiten actuar o no y sus capacidades, además si conocen las funciones que deben desempeñar en la atención inmediata de los pacientes. Para que partiendo de esto se apropien de su profesión y empiecen a corregir sus debilidades hasta convertirlas en fortalezas, capacitándose y ampliando su conocimiento para el buen desempeño de la atención de pacientes.

---

<sup>2</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. Mexico: Harla, 1989. Prologo. ISBN 968-635609-6.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar la preparación y el conocimiento de los profesionales de enfermería para desempeñar su rol y las debilidades y fortalezas que le permiten actuar o no en una situación post-sísmica, con el fin de sensibilizarlos para que mejoren su intervención cuando se encuentren en un ámbito diferente al hospitalario en el Municipio de Pereira año 2007.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los profesionales de enfermería que laboran en el área asistencial, administrativa, investigativa y docencia.
- Caracterizar el profesional de enfermería según la calificación que tenga frente a su preparación, capacidades, fortalezas y debilidades en el actuar ante un evento postsismico por medio de un instrumento, el cual evaluara estos aspectos.
- Relacionar las variables sociodemográficas y laborales con las variables que miden la preparación.



### **3. MARCO REFERENCIAL**

#### **3.1 ANTECEDENTES**

##### **3.1.1 Recuento histórico de Pereira**

Fue fundada en el año 1863 sobre las ruinas del antiguo Cartago, sus pobladores se vieron en la necesidad de abandonarla en 1691 debido a los continuos ataques de los indios Pijaos. El abogado Cartaqueño Doctor Francisco Pereira Martínez, en el año 1825 le compro a la nación 10.000 hectáreas de tierra, lugar del actual municipio de Pereira. Francisco Pereira Martínez murió con la ilusión de fundar una ciudad en sus terrenos, deseo que acogió el presbítero Remigio Antonio Cañarte, quien organizo una marcha desde Cartago el 24 de Agosto para iniciar su fundación. Lo acompañaron los señores: Feliz de la Abadía, Sebastián Montaña, Jorge Martínez, el Presbítero Francisco Pinilla, Elías Recio y Jesús Ormaza, quienes construyeron una pequeña capilla en la actual plaza de Bolívar y el 30 de agosto de 1863 se celebro la misa de fundación oficial con la asistencia de los primeros colonizadores quienes encontraron en Pereira el lugar ideal para asentar sus viviendas, pues la topografía ligeramente ondulada, el clima templado, la abundancia en aguas y los dos periodos de lluvias en el año, la hacían acta para la agricultura. Además era sitio de transito y estación en la ruta que unía a Antioquia con el Valle y a este con Bogotá. En el año 1870, el pequeño poblado de 6 manzanas y un centenar de casas en guadua y techo pajizo, era administrado por “la junta auxiliar de la aldea de Pereira, compuesta por los señores. Luciano Carvajal, Francisco Hernández, José Maria Gallego y Jesús Ormaza, quienes calcularon el primer presupuesto de rentas, fijaron las contribuciones y establecieron las normas legales para regular la vida en la comunidad. Se le encomendó al señor Guillermo Hecher la tarea de levantar un plano de la ciudad; se diseño entonces una ciudad con calles y carreras rectas y seis plazas de las cuales subsistieron tres; la de Bolívar, la libertad y Uribe Uribe, a las cuales se les dio nombres españoles e indígenas para rendir homenaje a las dos bases de la nacionalidad. Empezaron a aparecer las viviendas de dos pisos, siguiendo el estilo de las del sur de Antioquia, también crearon los primeros servicios públicos como el de llevar agua corriente al poblado. Económicamente la aldea progreso notablemente con la creación de talleres artesanales, tiendas, almacenes y nacieron las primeras sociedades de comercio. A finales de 1880 contaba con abarrotes, 3 cacharrerías, 8 cafés, 3 farmacias y 10 agencias compradoras de café. Los años de 1880 a 1910 se caracterizaron por la llegada de una generación de inmigrantes antioqueños mas ambiciosos y de mayor capacidad empresarial, diferentes al grupo que llegó a Pereira en 1863. A este segundo grupo pertenecieron entre otros los hermanos Juan Maria, Valeriano y Francisco Marulanda, Luís Jaramillo, iniciador de la industria cafetera, Julio Castro, Pedro Restrepo, Florencio Echeverri, Delfín Cano, Juan Castrillon y un centenar de Villegas, Jaramillos, Gutiérrez, Mazueras, Mejias y Boteros. Entre ellos había médicos,

comerciantes, artesanos, fabricantes, quienes influyeron notablemente en el progreso de la ciudad. Un hecho importante de destacar en este periodo, concretamente en el año 1890, fue la construcción del templo de nuestra señora de la pobreza, situado hoy en la actual plaza de Bolívar, pues se contó con la colaboración de toda la ciudadanía, comenzando así los tradicionales convites para la ejecución de obras de beneficio común, que sembraron en sus gentes un espíritu de civismo, característico de los Pereiranos. Entre 1905 y 1930 Pereira se convirtió en una de las 10 ciudades más importantes de Colombia. Fue conocida con el nombre de “Ciudad Prodigio”. En este periodo, el desarrollo económico de la ciudad tomo un nuevo impulso debido a la industria del café, la ganadería, la modernización de los trapiches, mejorando la producción panelera. En 1913 apareció la sociedad de mejoras Publicas, bajo la dirección de un grupo de ciudadanos como Julio Rendón y Manuel Mejia Robledo, quien en 1925 le dio un nuevo impulso a esta institución gestadora de muchas obras de beneficio común. La transformación urbanística y de servicios públicos también fue importante en esta época, pues en 1914 se inauguro el alumbrado eléctrico que para 1918 amplio su capacidad, suministrando energía eléctrica a Cartago. En 1921 llego a la ciudad el Ferrocarril de Caldas. Comenzó la era de las carreteras que comunicaron a Pereira con Cartago, Armenia y Santa Rosa, las calles y plazas se pavimentaron y se construyeron los primeros edificios de cemento. Para ese entonces la vida social, cultural y política también sufría fuertes cambios, apareció la radio, el cine, el primer diario profesional fundado por el señor Emilio Correa Uribe “El Diario”. Surgieron fábricas modernas como la chocolatería de los Andes (1925), la compañía constructora de Pereira (1925), la compañía vidriera de Pereira (1926), el tranvía de Pereira S.A. (1926), la cervecería Tropical y más tarde continental S.A (1926). Los doctores Erasmo Carvajal y Carlos Echeverri impulsaron la creación del hospital San Jorge. Para 1929 Pereira tuvo la primera planta de teléfonos automáticos de Colombia, en sus calles aparecieron las ranuras eléctricas y la ciudad contaba con más de 50.000 habitantes y a ella llegaban cada día más gentes de Caldas, Antioquia, Valle y Tolima. Desde 1935 hasta nuestros días la ciudadanía continuo realizando obras importantes para el progreso de Pereira como la unidad sanitaria y el hospital San Jorge en 1941, el de “Matecaña” para construir el aeropuerto que fue terminado en 1945; en 1962 el de “Albania” para hacer la villa Olímpica. Para la celebración del Centenario (1963) Pereira se vistió de fiesta, hubo desfiles, comparsas, reinas y la Plaza de Bolívar se adorno con la estatua del Bolívar desnudo obra del Maestro Arena Betancourt. Bajo el mandato del señor presidente de la Republica, Doctor Carlos Lleras Restrepo, se creo el Departamento de Risaralda con su capital Pereira, desligándose de Caldas y el primero 1 de Febrero de 1967 se oficializo la creación.<sup>3</sup> Hablar de Pereira es hablar de su Plaza tutelar, llamada en antaño Plaza la Victoria que

---

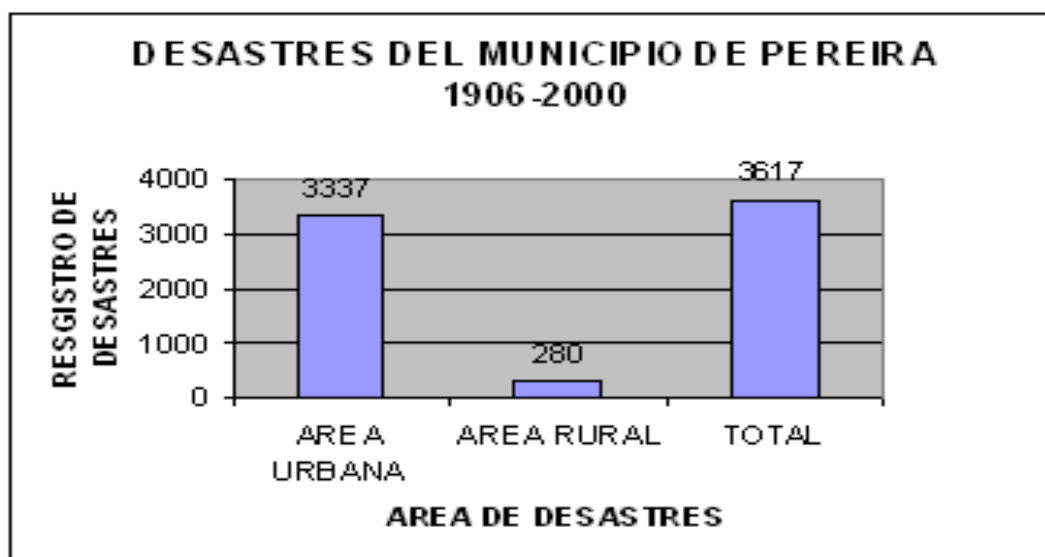
<sup>3</sup> BOJANINI DE VEGA Clara Inés. Pereira imagen e historia: Banco de la Republica. Pereira: Departamento editorial. Paginas 3 y 4.

posteriormente adopto el nombre que lleva actualmente. Referirse a este polvoriento parque en sus inicios, es hacer alusión a la marche evaluación y desarrollo de la urbe. Pereira creció alrededor de la plaza de Bolívar, calle a calle y barrio a barrio se fueron creando teniendo como referencia su distancia del parque, tal dependencia casi siglo y medio después es palpable en la actualidad todo gira en torno a la plaza, todas las citas son cerca de la plaza, todas las oficinas están al pie de la plaza y toda la actividad cultural, comercial, política, religiosa y social de la ciudad esta pegada a la plaza.<sup>4</sup>

### 3.1.2 Selección de los desastres objeto de estudio

Se partió del inventario histórico de desastres del municipio de Pereira que corresponde al periodo de 1906 hasta el año 2000. En el se encontraron reportados a partir de barrios o veredas en total 3617 registros. Al área urbana correspondían 3337 y al área rural correspondían 280.<sup>5</sup> Ver. Grafico 1

**Grafico 1.** Pereira. Desastres del municipio de Pereira 1906 a 2000.



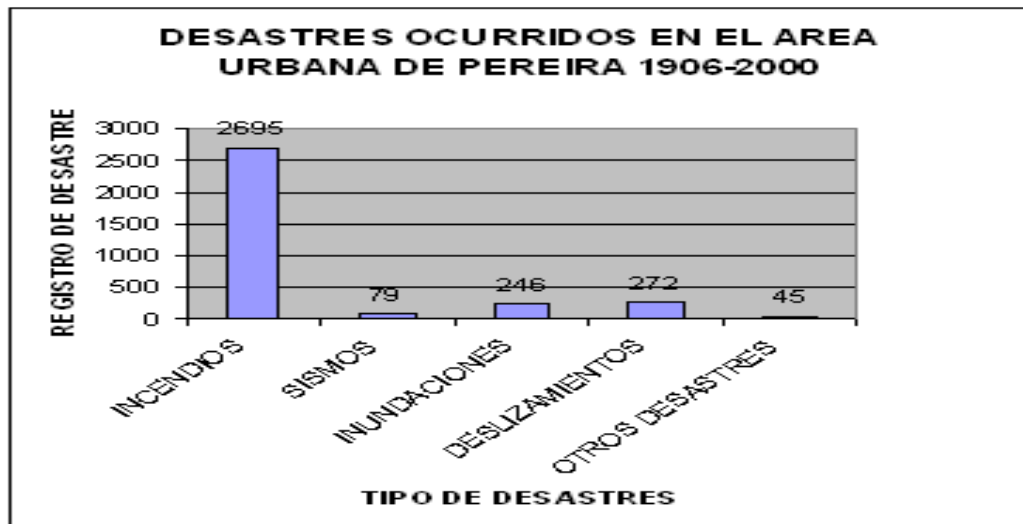
---

<sup>4</sup> CAMACHO ANDRADE, Álvaro. Pereira antología grafica. 1ª edición. Pereira: derechos reservados, noviembre de 2003. 10 pág.

<sup>5</sup> MORENO ROJAS, Jesús Herney. El impacto de los desastres: Analisis desde el sector vivienda. Pereira: Febrero de 2006. pagina 94. ISBN 958-8272-09-2.

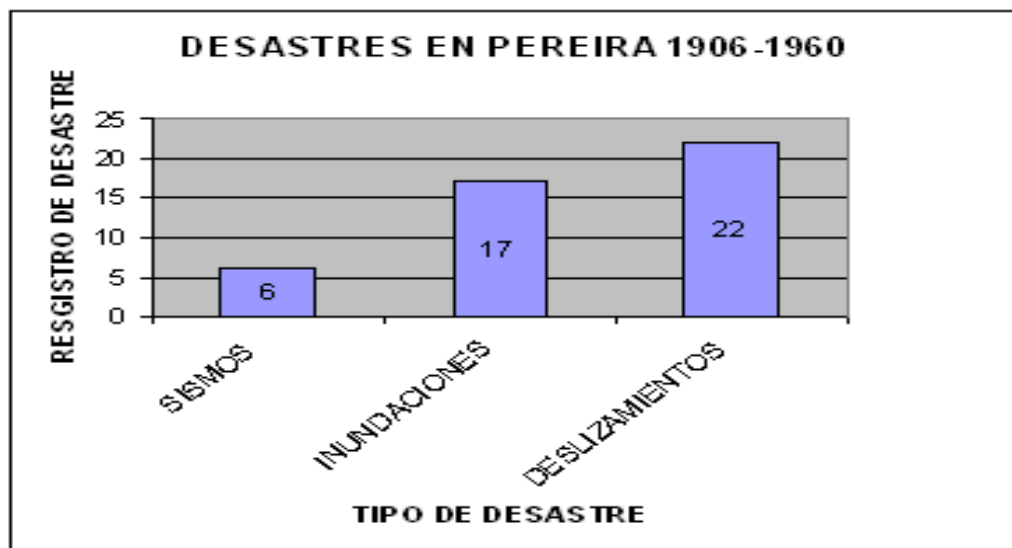
Al área urbana correspondían 3337 de los cuales 2695 eran por incendios, 79 por sismos, 246 por inundaciones (se incluyen 23 avenidas torrenciales), 272 por deslizamientos y 45 registros lo fueron por otros tipos de desastres. Ver. Grafico 2.

**Grafico 2.** Pereira. Desastres ocurridos en el área urbana 1906-2000



Entre 1906 y 1960 se encontraron para el área urbana 6 registros correspondientes a sismos, 17 a inundaciones y 22 a deslizamientos, todos ellos con muy poca información. Ver grafica 3.

**Grafica 3.** Pereira. Desastres en Pereira 1906-1960



Se destacan los deslizamientos ocurridos el 2 de noviembre de 1926 en el barrio Ormaza, precipitado por fuertes lluvias y el 29 de octubre de 1940 en el barrio Jorge Eliécer Gaitán, al parecer por trabajos de movimientos de tierra; los sismos del 31 de enero de 1906, el 7 de junio de 1925 y el 4 de febrero de 1938 y en cuanto a inundaciones, la ocasionada por el río Otún en forma de avalancha el 20 de septiembre de 1994.<sup>6</sup>

### **3.1.3 Distribución espacial de la afectación por sismos**

El número de sismos frente al de inundaciones y deslizamientos ha sido relativamente pequeño, sin embargo la afectación que ellos han producido sobre la vivienda y edificaciones de la ciudad ha sido muy grande; el primero de gran magnitud en el siglo XX fue el registrado a comienzo de 1906, de cuyo impacto se encuentra referencia histórica: “El 31 de enero de 1906 a las 11 de la mañana se sintió un gran ruido subterráneo. La crónica dice que se estremeció la tierra durante 8 minutos; como consecuencia fue destruido la iglesia parroquial, averiadas muchas casas y el pánico fue inmenso en toda la región. El presbítero José María López saco de entre las ruinas el cáliz con las hostias consagradas y en reverente procesión lo condujo hacia una capilla improvisada en una casa particular”. Si bien los reportes de afectación de viviendas e infraestructura por sismos, debido a la cobertura de ese tipo de eventos, se dan de casi todas las comunas, hay algunos sectores de la ciudad, que de acuerdo a los registros, han sido mas afectados, como es el caso de las comunas Boston y especialmente la del centro, posiblemente como consecuencia de rellenos. Estas diferencias de afectación, en gran medida puede ser explicada por las características diferentes del suelo en las distintas zonas de la ciudad que se han hecho evidentes a partir de los resultados de la micro zonificación sísmica de Pereira, lo que se convierte en un instrumento importante para restringir o recomendar en el futuro, diseño y construcción de edificaciones de acuerdo a parámetros técnicos definidos.<sup>7</sup>

### **3.1.4 Perdidas de acuerdo al factor físico**

La estimación del número de viviendas de la ciudad, para cada año y mitad de cada periodo, se hizo a partir de una regresión e interpolación de la información del DANE que se obtuvo para diferentes momentos entre 1960 y 2002. Este número de viviendas estimadas es el referente que permitió establecer el grado de afectación por los desastres ocurridos debido a los sismos y terremotos. La mayor afectación de las viviendas la han producido los sismos y con ello han agravado el déficit de vivienda que ha venido acumulando la ciudad. En la década del 60 se presentaron dos eventos sísmicos en la ciudad, que afectaron

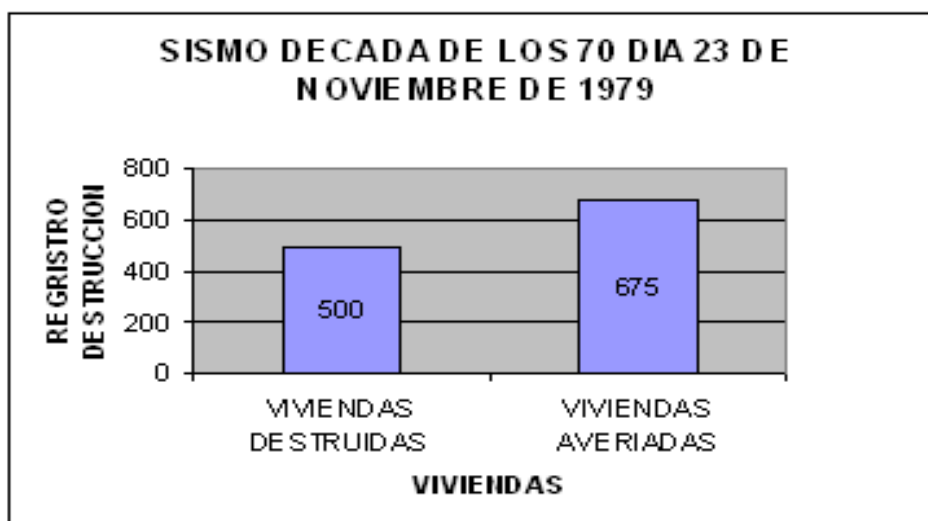
---

<sup>6</sup> MORENO ROJAS, Jesús Herney. El impacto de los desastres: Análisis desde el sector vivienda. Pereira: Febrero de 2006. pagina 94. ISBN 958-8272-09-2.

<sup>7</sup> MORENO ROJAS, Jesús Herney. El impacto de los desastres: Análisis desde el sector vivienda. Pereira: Febrero de 2006. pagina 99. ISBN 958-8272-09-2.

al 1,4% de la infraestructura de vivienda existente, ocurrieron el 20 de diciembre de 1961 con magnitud de 6.5 y el otro el 30 de julio de 1962 con magnitud de 6.9. Este ultimo, según la información obtenida, fue el que produjo las mayores consecuencias, especialmente por el número de muertos, habiendo sido las comunas Boston y centro las más afectadas. Durante la década del 70 ocurrió un evento sismo el 23 de noviembre de 1979, con una magnitud de 6,4 que según la información registrada, dejó 500 viviendas destruidas y 675 averiadas, lo que representó un 3.9% del total de viviendas existentes en la ciudad. La afectación se concentró en las comunas centro y universidad, especialmente en el barrio San José, perteneciente a esta última comuna, ubicado muy cerca de un relleno construido sobre la quebrada Egoya.<sup>8</sup> Ver. Grafica 4.

**Grafica 4.** Pereira. Evento sísmico ocurrido en la década de los 70 el día 23 de noviembre de 1979



Durante la década del 80 se presentó un solo evento sísmico con graves consecuencias, que se produjo el 29 de noviembre de 1988, con magnitud de 6.0. En esta ocasión no se tuvo reporte de viviendas destruidas, sin embargo se registraron 34 viviendas averiadas, localizadas en asentamientos de origen legal correspondientes al estrato alto. La mayoría de estas edificaciones se localizaba en la comuna centro.

<sup>8</sup> MORENO ROJAS, Jesús Herney. El impacto de los desastres: Análisis desde el sector vivienda. Pereira: Febrero de 2006. página 119. ISBN 958-8272-09-2.

De todos los periodos, fue la década del 90 la que tuvo el mayor número de viviendas destruidas y averiadas, en razón no solo a la magnitud de los eventos sino a su frecuencia puesto que se registraron seis eventos sísmicos con efectos desastrosos sobre la ciudad, los que ocurrieron en las siguientes fechas:<sup>9</sup>

- ❖ 23 de noviembre de 1990
- ❖ 18 de octubre de 1992
- ❖ 8 de febrero de 1995
- ❖ 19 de agosto de 1995
- ❖ 19 de febrero de 1997
- ❖ 25 de enero de 1999

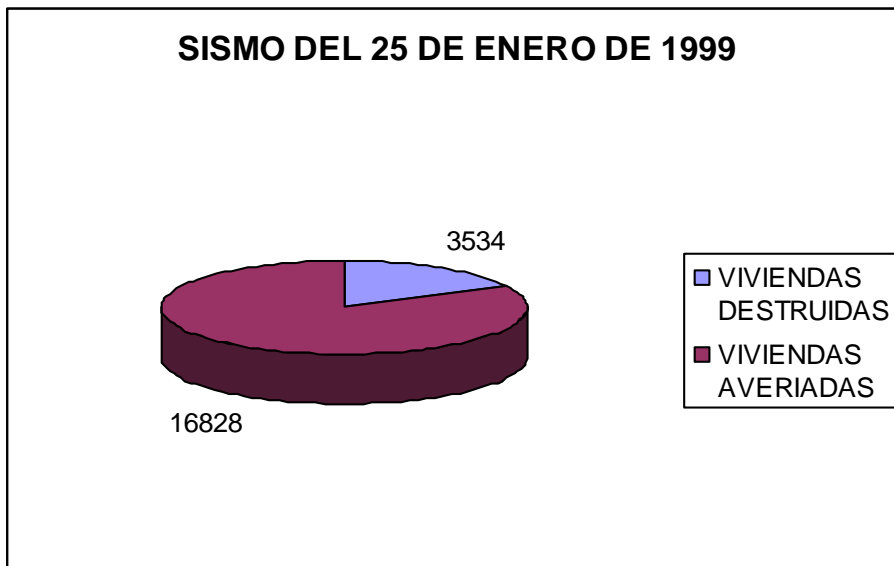
Para el sismo de 1990 se registraron pocas viviendas con afectación. Las viviendas destruidas estaban localizadas en el barrio la victoria, de estrato medio de la comuna centro, ubicado en zona de influencia del colector Egoya. Por su parte las viviendas averiadas se ubican en la ciudadela la villa, creado por el fondo de vivienda popular a finales de los 80 y destinado para vivienda de interés social. Para el sismo del 18 de octubre de 1992 se registro la avería de viviendas localizadas en un asentamiento ilegal de origen pirata (villa Santana), que como era de esperarse estaban habitadas por población de estrato bajo. El sismo del 8 de febrero de 1995 genero efectos considerables en la ciudad, en total se reportaron 118 viviendas destruidas pertenecientes en su mayoría a estratos medio y bajo. Las zonas más afectadas fueron las comunas Boston, centro y universidad, en barrios de origen legal, que en sismos anteriores igualmente sufrieron severa afectación. El sismo del 19 de agosto de 1995, pese a presentar una magnitud de 4.7, produjo la avería de al menos tres edificios y con ellos la de las respectivas viviendas. El sismo del 19 de febrero de 1997, con magnitud de 5,9 causo averías a edificios y algunas viviendas y aunque no se reportaron destrucciones, si hubo afectación de algunos servicios públicos. Como consecuencia del sismo del 25 de enero de 1999 con magnitud de 6,2, cuatro horas mas tarde se presento una replica de una intensidad de 5,8, del cual por ser el de mayor impacto produjo la destrucción de 3.534 viviendas y la averiadas de 16.828, dejando como resultado casi el 28% de las viviendas de la ciudad afectadas, lo que evidencia la gran magnitud de la afectación que sobre el sector vivienda y sobre la población en general produjo este evento.<sup>10</sup> Ver grafica 5

---

<sup>9</sup> MORENO ROJAS, Jesús Herney. El impacto de los desastres: Análisis desde el sector vivienda. Pereira: Febrero de 2006. pagina 119. ISBN 958-8272-09-2.

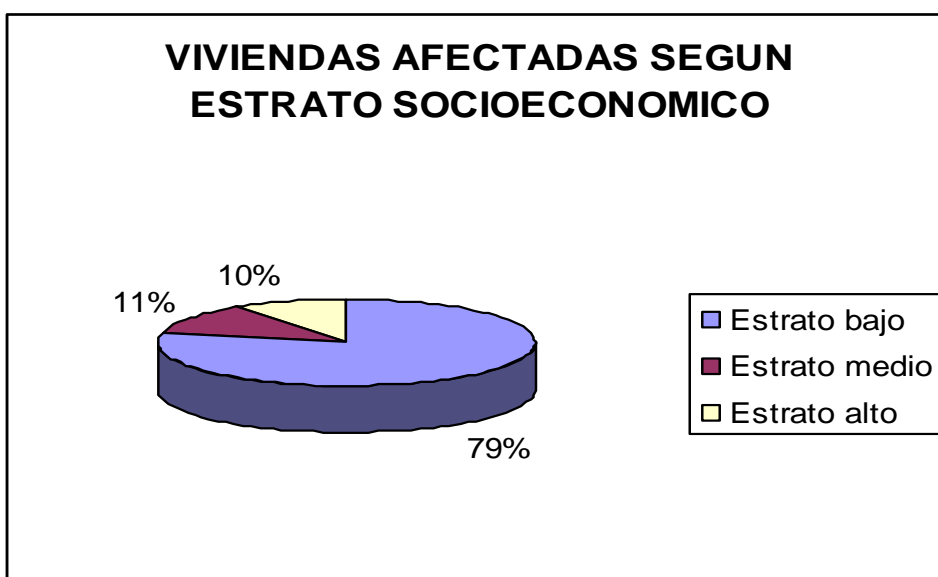
<sup>10</sup> MORENO ROJAS, Jesús Herney. El impacto de los desastres: Análisis desde el sector vivienda. Pereira: Febrero de 2006. paginas 120 y 121. ISBN 958-8272-09-2.

**Grafica 5.** Pereira. Consecuencias del sismo del 25 de enero de 1999.



Respecto a este sismo al estrato bajo correspondieron el 79% del total de viviendas afectadas, distribuidas en los diferentes barrios y comunas. El 11% a estrato medio y el 10% a estrato alto y estaban ubicadas, en su gran mayoría, en la comuna centro. Ver grafica 6.

**Grafica 6.** Pereira. Distribución porcentual de viviendas afectadas según estrato socioeconómico. Sismo 1999





### **3.1.5 Perdidas de acuerdo al factor población**

Los desastres ocurridos entre 1960 y el 2000, generaron una pérdida económica a la ciudad, solamente por afectación del sector vivienda. El 30 de julio de 1962 se presentó un sismo que aun permanece en la memoria de los habitantes y dejó un saldo de 20 muertos. El sismo ocurrido el 23 de noviembre de 1979 provocó la muerte a 22 personas, heridas a 131 y un número desconocido de damnificados.<sup>11</sup> Aunque no se cuenta con mayor información sobre el sismo ocurrido el 29 de noviembre de 1988, diversas fuentes de información reportan que hubo personas damnificadas, sin que se especifiquen datos. En la década del 90 los sismos provocaron el 92% de las personas afectadas por desastres. El sismo de 1995 dejó un saldo de 29 muertos, 392 heridos y se estima 20.778 damnificados, mientras que en el sismo de 1999 se reportaron 31 muertos, 655 heridos y un estimado de 108.111 damnificados.

### **3.1.6 Perdidas de acuerdo al factor económico**

Es claro que los sismos, a pesar de ser poco su número, son los que más pérdidas económicas han producido, por la amplia cobertura de su efecto y por el nivel de intensidad especialmente del ocurrido el 25 de enero de 1999 que comprometió no solo a Pereira sino en general al eje cafetero. Las pérdidas económicas fueron muy grandes no solo por la afectación directa de las viviendas en su estructura si no por las debidas a los muebles y enseres destruidos y al costo de arrendamientos o funcionamiento de los albergues temporales, que en Pereira por cierto fueron muy pocos. La década del 60, son los sismos ocurridos en diciembre de 1961 y julio de 1962 los que reportaron pérdidas económicas por la destrucción de 29 viviendas y la afectación de otras 300, perjudicando principalmente los sectores de Providencia y Cuba durante el primer evento y el sector del centro durante el segundo. El monto de dichas pérdidas se estimó en \$ 8.927 millones de pesos a valor del año 2004. En la década de los 70, los sismos ocasionaron una pérdida de 78.882 millones de pesos por destrucción y averías de viviendas equivalente al 80% del total de las pérdidas producidas por los tres tipos de eventos en ese periodo. Esas pérdidas se debieron al sismo del 23 de noviembre de 1979, el que además produjo una gran cantidad de fallecidos y lesionados.<sup>12</sup> En la década de los 80 las pérdidas por sismos ascendieron a \$5.969 millones, que correspondió al 57% del total de pérdidas por los tres tipos de eventos desastrosos para la década. Con respecto a la década de los 90, los sismos dejaron el 98% del total de las pérdidas de la década, que alcanzaron unos \$927.618 millones,

---

<sup>11</sup> MORENO ROJAS, Jesús Herney. El impacto de los desastres: Análisis desde el sector vivienda. Pereira: Febrero de 2006. paginas 121,126 y 127. ISBN 958-8272-09-2.

<sup>12</sup> MORENO ROJAS, Jesús Herney. El impacto de los desastres: Análisis desde el sector vivienda. Pereira: Febrero de 2006. paginas 127 y 128. ISBN 958-8272-09-2.

donde al igual que para los eventos anteriores, las viviendas averiadas fueron las que mas influyeron en esta cifra, estimándose en \$839.411 millones por este tipo de daños. Los desastres ocurridos entre 1960 y 2002 generaron una perdida económica a la ciudad, solamente por afectación del sector vivienda, representando el valor de las viviendas destruidas, de la avería, de la perdida de muebles y enseres y por arrendamiento que alcanzo un monto que supera el billón de pesos a valor del año 2004.

### **3.1.7 Acciones gubernamentales**

Como acción general se destaca la creación del comité local de prevención y atención de desastres mediante el decreto 558 de 1989 y el estudio sobre el inventario de viviendas localizadas en zonas de riesgo, sobre el cual se ha avanzado pero no esta completamente concluido. El sismo de 1999 fue el disparador de la realización de inversiones y actividades importantes como el fortalecimiento institucional y operativo del sistema municipal de prevención y atención de desastres, el fortalecimiento comunitario y educativo en la gestión local del riego mediante la conformación de comités barriales, socialización y divulgación de la gestión local del riego, formación de grupos infantiles para la percepción del riesgo en el sector de la antigua galería. Sin embrago estos esfuerzos no han dado los resultados esperados, fundamentalmente por falta de continuidad en los programas y en algunos casos por inapropiada intervención política.<sup>13</sup>

## **3.2 MARCO CONCEPTUAL**

### **3.2.1 Generalidades**

#### **Desastres**

Desastre puede definirse como “la situación que provoca el sufrimiento humano o crea necesidades que las victimas no pueden aliviar sin asistencia externa”<sup>14</sup>

#### **Tipos de desastre.**

Los desastres se dividen generalmente, de acuerdo a sus causas, en dos categorías: los naturales y los provocados por el hombre.

Los desastres naturales incluyen los tipos siguientes:

- ❖ Desastres meteorológicos: Ciclones, tifones, huracanes, tornados, granizadas, tormentas de nieve y sequías
- ❖ Desastres topográficos: Deslizamientos de tierra, avalanchas, deslizamientos de lodo e inundaciones

---

<sup>13</sup> MORENO ROJAS, Jesús Herney. El impacto de los desastres: Analisis desde el sector vivienda. Pereira: Febrero de 2006. paginas 112, 130 y 140. ISBN 958-8272-09-2.

<sup>14</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México: Harla, 1989. Pagina 2. ISBN 968-635609-6.

- ❖ Desastres que se originan en planos subterráneos: Sismos, erupciones volcánicas y tsunamis (olas nacidas de sismos oceánicos).
- ❖ Desastres biológicos: Epidemias de enfermedades contagiosas y plagas de insectos (langostas).
- ❖ Los desastres provocados por el hombre incluyen: Guerras: guerras convencionales (bombardeo, bloqueo y sitio) y guerras no convencionales (con armas nucleares, químicas y biológicas)
- ❖ Desastres civiles: motines y manifestaciones públicas.
- ❖ Accidentes: en transportes (aviones, camiones, automóviles, trenes y barcos); colapso de estructuras (edificios, puentes, presas, minas y otras); explosiones; incendios; químicos (desechos tóxicos y contaminación); y biológicos (de salubridad) <sup>15</sup>

**Fases de los desastres.** Los desastres pueden dividirse cronológicamente en cinco fases: 1) preparación previa al desastre; 2) fase de predicción; 3) impacto; 4) emergencia; 5) recuperación. Esta organización cronológica mencionada es útil porque permite contar con un esquema mediante el cual se pueden crear planes para cuando ocurra el desastre, asignar tareas y responsabilidades, y establecer prioridades de las actividades, en una secuencia lógica. Incluimos una ampliación de cada fase para proporcionar ejemplos de los tipos de actividades que deben realizarse. Tratamos de que las actividades enlistadas sean generales por naturaleza y no abarcan todos los aspectos de un desastre. También, en muchos casos, dos o más fases pueden juntarse (por ejemplo, los preparativos previos a un desastre y la fase de advertencia); algunas veces no ocurre una de las fases (fase de advertencia). <sup>16</sup>

### **Catástrofes.**

Hechos que se confrontan en la estrategia internacional de reducción de desastres. <sup>17</sup>

### **Tipos de catástrofes**

La clasificación de las catástrofes según los agentes desencadenantes es:

#### *Naturales:*

- ❖ Agua – inundaciones.
- ❖ Fuego- incendio.
- ❖ Viento- Huracanes.
- ❖ Tierra –volcanes, deslizamientos, sismos.

<sup>15</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México: Harla, 1989. Pagina 4. ISBN 968-635609-6.

<sup>16</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. Mexico: Harla, 1989. Pagina 7. ISBN 968-635609-6.

<sup>17</sup> DAVID FERNANDEZ AYUSO, JAVIER APARICIO SANTOS, JOSE LUIS OLMO, ALFREDO SERRANO MORAZA. manual de enfermería en emergencia prehospitalaria y rescate. España. Editorial aran. 2002. pagina 71-72. ISBN: 84-95913-10-0

### *Tecnológicos:*

- ❖ Energía- producción y transporte.
- ❖ Agua-derrumbe presa.
- ❖ Carbón – grisú, monóxido e carbono.
- ❖ Gas- explosión.
- ❖ Petróleo- fuego.
- ❖ Nuclear –radiación.

### *Provocados por el hombre:*

- ❖ Atentados terroristas
- ❖ Guerras- catástrofes humanitarias. <sup>18</sup>

### **Terremotos**

La superficie de la tierra está compuesta por placas que se mueven en direcciones diferentes y chocan entre si. Por ejemplo, la placa de sur América limita al occidente con la placa de NAZCA; la primera se mueve de oriente a occidente y la segunda en sentido contrario. El choque de las placas lento pero continuo desde hace millones de años, ha producido cambios en la superficie terrestre, dejando como resultado las cordilleras y los volcanes. <sup>19</sup> El rozamiento entre las placas tectónicas ocasiona una enorme acumulación de energía. Este proceso lento provoca fuertes deformaciones en las rocas en el interior de la tierra, las cuales, al romperse, hacen que la energía acumulada se libere de repente en forma de ondas y sacuda la superficie terrestre. A este fenómeno se le llama terremoto. Si un resorte se comprime y luego se suelta, saltara brusca y repentinamente, así, también, el choque entre placas y desplazamiento en las fallas geológicas producen fuerzas en el interior de la tierra causando una sucesiva acumulación de energía, la cual se libera cuando las rocas no pueden soportar la deformación a la cual son sometidas. Cuando ocurre un terremoto, el movimiento del suelo, produce un gran ruido. Aunque la tierra puede agrietarse o sufrir hundimientos, no es cierto que se abra y se cierre “tragando” barrios enteros. <sup>20</sup>

### **Sismo resistencia**

Es la capacidad que se le debe dar a las construcciones para que resistan un terremoto de la mejor manera posible, haciendo estructuras capaces de soportarlo, aunque los elementos no estructurales como ventanas puertas y algunos muros sufran daño. De esta forma se busca que la edificación no ponga en peligro la vida de sus ocupantes. Con esta finalidad en Colombia se

---

<sup>18</sup> DAVID FERNANDEZ AYUSO, JAVIER APARICIO SANTOS, JOSE LUIS OLMO, ALFREDO SERRANO MORAZA. manual de enfermería en emergencia prehospitalaria y rescate. España. Editorial aran. 2002. pagina 72. ISBN: 84-95913-10-0

<sup>19</sup> Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres de Colombia. Mi amiga la tierra. : Preparémonos para el próximo terremoto. Diciembre de 1991 pagina 1

<sup>20</sup> Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres de Colombia. En: Mi amiga la tierra. : Preparémonos para el próximo terremoto. Diciembre de 1991 pagina 2

exige desde 1984 la aplicación del código colombiano de construcciones sismo resistentes (decreto 1400 de 1984).<sup>21</sup>

## Consecuencias de los terremotos

Durante un fuerte terremoto se producen grandes daños: destrucción de edificaciones, carreteras, puentes, rompimiento de represas, fallas en el acueducto, energía, teléfono y gas, suspensión de servicios bancarios, cajeros automáticos, problemas en el suministro de alimentos y dificultades sanitarias, entre otros. Hay otros fenómenos que agravan las consecuencias del terremoto: Incendios, deslizamientos de tierra, licuación del suelo, inundaciones y maremotos.<sup>22</sup>

- ❖ Incendios: a veces son mas graves que el mismo terremoto. Se origina por ejemplo, cuando a causa del sismo hay cortocircuito, escapes de gas, caída de instalaciones eléctricas o contacto de combustibles con artefactos eléctricos.
- ❖ Deslizamientos de tierra: se produce en laderas deforestadas o inestables que sucumben al movimiento de la tierra también se presentan en laderas de selva virgen.
- ❖ Licuación del suelo: este fenómeno se produce en suelos blandos es decir, poco consolidados como los arenosos, los antiguos rellenos sanitarios, en algunos suelos vecinos a mare o ríos y en muchos que en el pasado fueron lagos o lagunas.<sup>23</sup>
- ❖ Inundaciones por crecidas repentinas de ríos y quebradas: A causa del terremoto se rompen presas o embalses; también se pueden generar deslizamientos de tierra sobre ríos y quebradas taponando sus cauces. En ambos casos el agua liberada corre con tal fuerza que puede arrasar lo que haya aguas abajo.
- ❖ Maremotos: un fuerte terremoto en el fondo marino puede producir olas de varios metros de altura, que llegan ala costa golpeando con enorme poder destructorio lo que encuentren a su paso a este fenómeno se le llama maremoto o tsunami.<sup>24</sup>

---

<sup>21</sup> Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres de Colombia. En : Mi amiga la tierra. : Preparémonos para el próximo terremoto. Diciembre de 1991 pagina 3

<sup>22</sup> Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres de Colombia. En : Mi amiga la tierra. : Preparémonos para el próximo terremoto. Diciembre de 1991 pagina 3

<sup>23</sup> Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres de Colombia. En : Mi amiga la tierra. : Preparémonos para el próximo terremoto. Diciembre de 1991 pagina 4

<sup>24</sup> Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres de Colombia. En : Mi amiga la tierra. : Preparémonos para el próximo terremoto. Diciembre de 1991 pagina 5

### **Cadena de socorro**

Es una estructura organizativa, conocida y aprobada por los comités de emergencias y las instituciones que participan, para garantizar la atención y mejorar la supervivencia de los afectados a través de la coordinación y el desarrollo de los planes operativos.<sup>25</sup>

Las funciones de estas son:

- ❖ Colaborar con la comunidad en las labores de evacuación
- ❖ Realizar las actividades de salvamento, rescate, atención médica y transporte de lesionados desde la zona de impacto hasta el lugar de atención definitiva
- ❖ Coordinar el funcionamiento de distintos eslabones a través del puesto de mando unificado (PMU)
- ❖ Utilizar adecuadamente los recursos humanos y físico para garantizar la atención de las víctimas a través del triage
- ❖ Organizar, facilitar y adecuar las comunicaciones a todos los niveles
- ❖ Iniciar la asistencia social desde la zona de impacto

El concepto de cadena de socorro se basa en la determinación de una serie de eslabones, a partir de la zona de impacto, en el sentido del flujo de los lesionados y afectados que son transportados hacia los hospitales.<sup>26</sup>

### **Eslabones principales**

- ❖ ESLABON I : Zona de impacto
- ❖ ESLABON II: Centro de atención y clasificación de heridos (C.A.C.H)
- ❖ ESLABON III: Unidades hospitalarias (U.H)

Los elementos que componen los eslabones de la cadena son:

Puestos de avanzada

Puestos de relevo

Centro de atención y clasificación de heridos

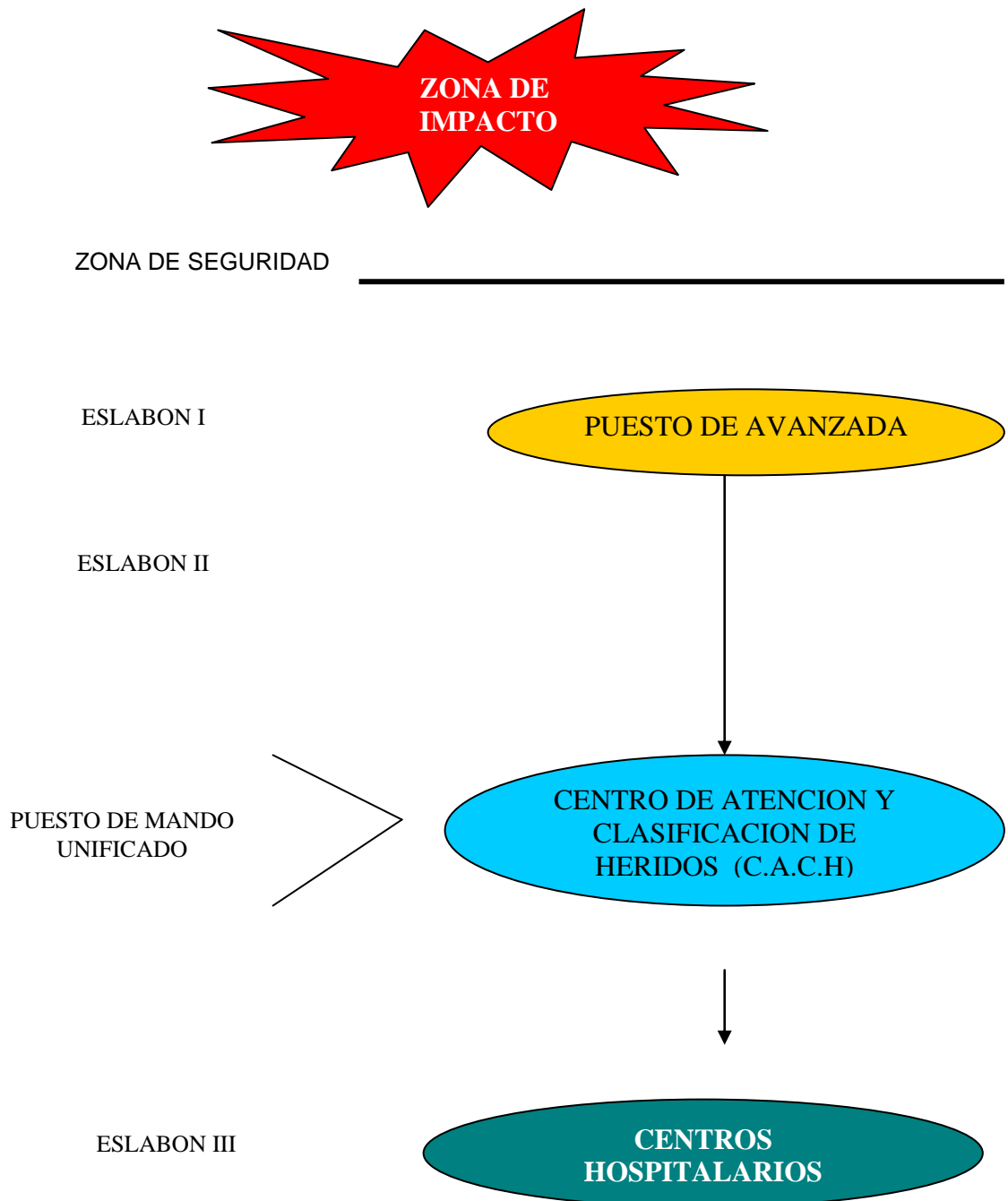
Unidades de salud vinculados entre si a través de los servicios de apoyo

A continuación se presenta un esquema que representa claramente como están estructurados los eslabones que hacen parte de la cadena de socorro.

---

<sup>25</sup> BEDOYA, Carmenza. BUSTAMANTE Leonor. CARDONA Gilma. CEBALLOS Maria Helena. DOMINGUEZ Ana Isabel. FORERO Constanza. GIRALDO Graciela. HURTADO Graciela. LALINDE, Maria Cecilia. LAVERDE, Laura Alicia. LOPEZ, Jorge Ivan. PEREZ Liria. RESTREPO Nora. TRUJILLO

<sup>26</sup> BEDOYA, Carmenza. BUSTAMANTE Leonor. CARDONA Gilma. CEBALLOS Maria Helena. DOMINGUEZ Ana Isabel. FORERO Constanza. GIRALDO Graciela. HURTADO Graciela. LALINDE, Maria Cecilia. LAVERDE, Laura Alicia. LOPEZ, Jorge Ivan. PEREZ Liria. RESTREPO Nora. TRUJILLO Gloria y VELEZ Lina María. El profesional de enfermería en situaciones de desastre. 1 ed. Medellín: universidad de Antioquia, 1990. pagina 50. ISBN 958-9021-92-1



**ESLABON I: puesto de avanzada (P.A)**

Es el primero y más cercano lugar de atención que reciben las víctimas procedentes del desastre; el tamaño y los recursos necesarios para su funcionamiento dependen del tipo de desastre y el carácter de su instalación. El número de puestos varía de acuerdo con la magnitud del desastre y con la división imaginaria de la zona de impacto. El recurso humano es: el coordinador y el grupo de auxiliares y personal móvil encargado de realizar labores de salvamento y rescate en la zona de impacto.

En este puesto se deben cumplir las siguientes actividades:

- ❖ Distribuir y coordinar el personal por actividades en cada sector
- ❖ Prestar los primeros auxilios
- ❖ Realizar labores de rescate
- ❖ Trasladar lesionados al siguiente eslabón por orden de prioridad
- ❖ Registrar la información
- ❖ Mantener comunicación con el puesto de mando unificado

La dotación mínima requerida incluye: camillas, botiquines, tarjetas de clasificación, libretas de apuntes, lápiz, radio portátil, raciones personales de agua y alimentos.

### **ESLABON II: puesto de relevo**

El puesto de relevo es el punto intermedio entre los puestos de avanzada y los centros de clasificación y atención de heridos, es el lugar donde se realiza el cambio de camilleros. Su objetivo es agilizar el transporte, disminuir la fatiga de los camilleros y mejorar la atención del lesionado. Se requiere de un coordinador y auxiliares que cumplan las siguientes funciones:

- ❖ Coordinar los suministros y el personal
- ❖ Mantener comunicación entre el puesto de avanzada y el centro de atención y clasificación de heridas
- ❖ Auxiliar a los lesionados
- ❖ Trasladar a los heridos al siguiente eslabón por orden de prioridad

El equipo necesario consta de: camillas, mantas, botiquín, radiocomunicación portátil, lápiz, libreta de apuntes, ración de agua y alimentación personal, carpa o local para su instalación.<sup>27</sup>

El centro de atención y clasificación de heridos es el elemento principal en el segundo eslabón de la cadena de socorro, donde se inicia la asistencia médica propiamente dicha y se concentra el mayor número de recursos. Se encuentra ubicada en la zona de seguridad con vías de comunicación terrestre, o aérea. El número de estos centros a instalar, así como la complejidad de estos varía de acuerdo con la magnitud, tipo de desastre, capacidad de los recursos existentes.

Los objetivos de este centro son:

1. Proporcionar atención médica clasificada, por orden de prioridades, a las víctimas provenientes de un desastre
2. Preparar y remitir a los lesionados para su evacuación a centros hospitalarios designados para niveles de atención II y III.

---

<sup>27</sup> BEDOYA, Carmenza. BUSTAMANTE Leonor. CARDONA Gilma. CEBALLOS Maria Helena. DOMINGUEZ Ana Isabel. FORERO Constanza. GIRALDO Graciela. HURTADO Graciela. LALINDE, Maria Cecilia. LAVERDE, Laura Alicia. LOPEZ, Jorge Ivan. PEREZ Liria. RESTREPO Nora. TRUJILLO Gloria y VELEZ Lina María. El profesional de enfermería en situaciones de desastre. 1 ed. Medellín: universidad de Antioquia, 1990. pagina 51. ISBN 958-9021-92-1



3. Coordinar con protección social la evacuación de las personas que no necesitan una asistencia médica, a los sitios de alojamiento designados por el comité local de emergencias
4. Mantener comunicación constante con el puesto de mando unificado
5. Planear, organizar, coordinar y controlar con los puestos de avanzada y puestos de relevo a su cargo, las acciones necesarias para su buen funcionamiento<sup>28</sup>

### **Triage**

Consiste en que ante un flujo grande de lesionados se establezca el balance, categorizando lo heridos para decidir prioridades de evacuación y para establecer un tratamiento prioritario de acuerdo con la categorización.<sup>29</sup>

Tiene como fin salvar el mayor número de vidas. El triage es inseparable de la puesta en marcha de la evacuación con la cual se recurre a un conjunto de técnicas específicas cuando se requieren medidas urgentes.

Palabra francesa que significa elegir o clasificar. El triage se define como un procedimiento destinado a obtener una clasificación de las víctimas en categorías, de acuerdo con su pronóstico vital para obtener un orden de prioridades en su tratamiento.<sup>30</sup>

### **Tipos de triage**

Primero: Es el que se realiza en la zona de impacto (primer eslabón de la cadena de socorro) y es el primer esfuerzo de clasificación. Es realizado por el personal de socorro. Tiene los siguientes objetivos:

- ❖ Realizar una evaluación primaria de los pacientes y brindar un auxilio inmediato aquellos cuyas lesiones los ubican en peligro de muerte en pocos minutos. por ejemplo: paro respiratorio que responde a maniobras de reanimación. Para lograr el cumplimiento de este objetivo el auxiliador debe partir del siguiente esquema. Basado en la presencia o ausencia de respiraciones. Si la víctima no respira después de las

---

<sup>28</sup> BEDOYA, Carmenza. BUSTAMANTE Leonor. CARDONA Gilma. CEBALLOS Maria Helena. DOMINGUEZ Ana Isabel. FORERO Constanza. GIRALDO Graciela. HURTADO Graciela. LALINDE, Maria Cecilia. LAVERDE, Laura Alicia. LOPEZ, Jorge Ivan. PEREZ Liria. RESTREPO Nora. TRUJILLO Gloria y VELEZ Lina María. El profesional de enfermería en situaciones de desastre. 1 ed. Medellín: universidad de Antioquia, 1990. pagina 53. ISBN 958-9021-92-1

<sup>29</sup> BEDOYA, Carmenza. BUSTAMANTE Leonor. CARDONA Gilma. CEBALLOS Maria Helena. DOMINGUEZ Ana Isabel. FORERO Constanza. GIRALDO Graciela. HURTADO Graciela. LALINDE, Maria Cecilia. LAVERDE, Laura Alicia. LOPEZ, Jorge Ivan. PEREZ Liria. RESTREPO Nora. TRUJILLO Gloria y VELEZ Lina María. El profesional de enfermería en situaciones de desastre. 1 ed. Medellín: universidad de Antioquia, 1990. página 63, 64. ISBN 958-9021-92-1

<sup>30</sup> DAVID FERNANDEZ AYUSO, JAVIER APARICIO SANTOS, JOSE LUIS OLMO, ALFREDO SERRANO MORAZA. manual de enfermería en emergencia prehospitalaria y rescate. España. Editorial ARAN. 2002. pagina 76. ISBN: 84-95913-10-0

maniobras , debe pasarse a otra víctima, lo que se denomina “triage negro”

- ❖ Clasificar las víctimas según la prioridad de sus lesiones y proceder a su traslado hacia el centro de atención y clasificación de heridos.

En el primer triage se inicia la identificación de las víctimas por medio de tarjetas de clasificación y se mantiene durante el tiempo que dure la operación

Segundo: Se realiza en el centro de atención y clasificación (segundo eslabón de la cadena de socorro) por médicos y enfermeras entrenados.

El triage secundario tiene como objetivos:

- ❖ Realizar una categorización donde las víctimas sean valoradas nuevamente con el fin de revisar la prioridad, estabilizarlas y prepararlas para su traslado
- ❖ Organizar el orden de traslado de los lesionados desde el centro de atención y clasificación de heridos hacia el sistema hospitalario

El triage primario y secundario busca racionalizar la evacuación y lograr que en primera instancia se trasladen los heridos clasificados como prioritarios. Evacuando primero aquellos con lesiones primarios se logra hacer un uso más racional de los recursos hospitalarios brindando un tratamiento más adecuado a los heridos graves lo cual trae como consecuencia mayores posibilidades de salvarles la vida.

Tercero: Se realiza a nivel hospitalario por personal médico y de enfermería<sup>31</sup>

### **3.2.2 Preparación del profesional de enfermería en la atención postsísmica**

Para que el profesional de enfermería este en capacidad de participar con el equipo interdisciplinario en situaciones de desastre, debe tener una preparación tanto a nivel personal como profesional que le permita realizar su trabajo de manera eficiente. Las acciones del profesional de enfermería pueden enfocarse en acciones previas al desastre, durante el desastre y posteriores a este. Las acciones previas al desastre se refieren básicamente a tres áreas: preparación personal, compromiso comunitario y preparación profesional.

- ❖ Preparación personal: Estar convencida que es un recurso para la comunidad y tener la certeza que su familia sabe que hacer en caso de emergencia y ser prudente en seleccionar los sitios más seguros para su vivienda.
- ❖ Preparación profesional: Asistir a cursos de educación permanente para mantenerse actualizado(a) en el manejo de emergencias.

---

<sup>31</sup> BEDOYA, Carmenza. BUSTAMANTE Leonor. CARDONA Gilma. CEBALLOS Maria Helena. DOMINGUEZ Ana Isabel. FORERO Constanza. GIRALDO Graciela. HURTADO Graciela. LALINDE, Maria Cecilia. LAVERDE, Laura Alicia. LOPEZ, Jorge Ivan. PEREZ Liria. RESTREPO Nora. TRUJILLO Gloria y VELEZ Lina María. El profesional de enfermería en situaciones de desastre. 1 ed. Medellín: universidad de Antioquia, 1990. pagina 65, 66, 67. ISBN 958-9021-92-1

- ❖ Compromisos comunitarios: Familiarizarse con los planes locales de desastre y los procedimientos de emergencia, trabajar en concordancia con líderes comunales y políticos con el fin de modificar el uso de la tierra y luchar por la promulgación de ordenanzas o decretos que reflejen un conocimiento adecuado de los riesgos.

El recurso de mayor importancia en una comunidad durante un desastre es la preparación que tenga cada persona. Las enfermeras deben estar listas para asumir responsabilidades nuevas y mayores, y delegar tareas que ellas desempeñarían normalmente, de manera que puedan enseñar y orientar a otras personas.<sup>32</sup>

Necesitan planear, manejar y dirigir aptitudes, competencia clínica y esfuerzo cooperativo con otros socorristas y trabajadores de la comunidad.<sup>33</sup>

#### **Condiciones del enfermero (a) que participa en la atención de desastres:**

- ❖ Capacidad para asumir su función en situaciones de mayor tensión
- ❖ Capacidad para valorar adecuada y rápidamente a los lesionados
- ❖ Conocimiento de las operaciones internas del departamento de emergencias.
- ❖ Capacidad de tomar decisiones rápidas y firmes
- ❖ Capacidad para prever situaciones
- ❖ Capacidad para impartir enseñanza incidental
- ❖ Capacidad para tratar lesionados con problemas de comunicación.
- ❖ Conocimiento del sistema de atención de emergencia de la zona

Las enfermeras especializadas en la atención durante casos de catástrofe, deben tener amplios conocimientos y experiencia para valorar y decidir las prioridades en que proporcionarían la atención.<sup>34</sup> Una de las formas de preparación más eficaces para afrontar desastres es participar en los simulacros de la localidad. Estos incidentes simulados con saldos masivos de víctimas son de enorme utilidad para poner en práctica los conocimientos<sup>35</sup>. La enfermera que acuda al sitio de desastre encontrara en esta: confusión, desorganización y peligro. Hace algunos años, gran parte del personal que acudía a auxiliar en el sitio de desastre contaba con una preparación mínima y sabía poco de la atención a las víctimas gravemente lesionadas; el tratamiento apenas consistía en subir al paciente a una ambulancia, y transportarlo al hospital. Lógicamente ello ocasionaba una tasa elevada de mortalidad durante ese tipo de situaciones.

En la mayoría de las catástrofes raramente se utilizaban a las enfermeras, si éstas acudían a la llamada de alerta, su experiencia a menudo se utilizaba en

<sup>32</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México: Editorial Harla, 1989. pagina 243. ISBN 968-635609-6.

<sup>33</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México: Editorial Harla, 1989. PAGINA 243. ISBN 968-635609-6.

<sup>34</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México: Editorial Harla, 1989. pagina 18. ISBN 968-635609-6.

<sup>35</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México: Editorial Harla, 1989. pagina 68. ISBN 968-635609-6.

las tareas de selección y organización de auxilio en el sitio de los hechos y no precisamente en la atención directa de las víctimas. La evolución de la enfermería en casos de desastres ha dado un nuevo giro a las labores que desempeña una enfermera en el lugar mismo de la calamidad. La capacitación avanzada en la valoración de traumatismos y su tratamiento, ha preparado a la enfermera para sumir una posición importante en la atención de las víctimas de una catástrofe. La selección y estabilización de los pacientes en el campo de los hechos han disminuido la mortalidad. Las enfermeras, al administrar las medidas iniciales de conservación de la vida en la escena del desastre, también pueden tener un gran impacto en el restablecimiento de los pacientes con traumatismo.

La enfermera que algún día tiene que afrontar un desastre debe estar preparada para salir adelante en tal eventualidad, es decir, hacer una revisión de los recursos personales con los que cuenta. Debe prepararse para atender partos de urgencia, revisar periódicamente los mecanismos del trabajo de parto, las fases del mismo, y los signos de comportamiento del nacimiento inminente.<sup>36</sup>

### **3.2.3 Papel de enfermería ante las catástrofes**

La actuación de la enfermería debe ir encaminada a la simplificación del acto sanitario, renunciando a complejos medios terapéuticos, clasificando in situ a los heridos y accidentados, planificando su ordenada evacuación hasta una red hospitalaria. Debe haber un cambio en la mentalidad hacia una estandarización en los gestos terapéuticos y del material a emplear. Esto permite adoptar la ayuda en función de las necesidades reales y de la cantidad y cualificación de las personas.

#### **Clasificación de heridos**

Al enfrentarnos con una asistencia esencialmente colectiva con elevado número de víctimas, debemos realizar una previa clasificación o triage de las víctimas.

#### **Realizar funciones de eslabón II**

Está se realizan en el ESLABON II de la cadena de socorro y la ejecuta un coordinador (a) de enfermería en el centro de atención y clasificación de heridos (C.A.C.H.)

- ❖ Coordinar las funciones de enfermería en el segundo eslabón de la cadena
- ❖ Planear y ejecutar la inducción y distribución del personal de enfermería
- ❖ Obtener el censo de recursos humanos, camas, camillas y elementos necesarios para la atención de la emergencia

---

<sup>36</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. Mexico: Editorial Harla, 1989. pagina 173. ISBN 968-635609-6.

- ❖ Coordinar las acciones con los demás miembros que coordinan la atención en el C.A.C.H
- ❖ Organizar los relevos obligatorios del personal de enfermería
- ❖ Evaluar el funcionamiento del plan de emergencia en el C.A.C.H y establecer los mecanismos de control y ajuste a nivel de enfermería.
- ❖ Liderar la participación del equipo de enfermería en investigaciones tendientes a mejorar los planes de emergencia y la atención de enfermería en situaciones de desastre

### **Toma de desiciones**

En el análisis de decisiones intervienen 5 pasos:

- ❖ Identificación del problema que requiere de una desicion
- ❖ Estructuración del mismo y con el paso del tiempo generar otras soluciones
- ❖ Definición y asignación de prioridades a la información recabada
- ❖ Escoger el curso de acción que se prefiera
- ❖ Valorar los resultados de la acción emprendida

Conviene usar una lista de la toma de desiciones, en cada fase del proceso asistencial. En ella se incluirían dos preguntas generales:

1. ¿que es lo que tratamos exactamente de decidir?
2. ¿en que etapa o fase de la solución del problema estamos?

Para cada fase o etapa se formularían preguntas adicionales:

- ¿Que personas deberían intervenir?
- ¿En que forma? (directa, por consulta o información)
- ¿En que momento deben intervenir dichas personas?<sup>37</sup>

La toma de desiciones durante una situación de emergencia y sus aspectos particulares, son señalados I. Manis y L. Mann:” las desiciones urgentes tomadas durante un desastre difieren en dos aspectos de aquellas tomadas por los ejecutivos o los profesionales y también de las comunes en la vida diaria, el primero, es que están en juego diversos factores de enorme importancia (como la supervivencia de una victima) y el segundo es que el tiempo con que se cuneta para tomar la decisión s e pierde, ante la presencia de opciones inmediatas y cruciales”

Estos dos aspectos sugieren, más adelante, que la toma de desiciones en un desastre debe ser exacta y rápida. La investigación en enfermera ha identificado a los siguientes factores como aspectos que influyen en las enfermeras que afrontan la necesidad de tomar desiciones rápidas:

*Conocimiento:* las enfermeras amplían continuamente sus conocimientos básicos por el hecho de leer bibliografía medica actual; acudir a cursos de

---

<sup>37</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México: Editorial Harla, 1989. página 80, 81. ISBN 968-635609-6.

enseñanza continua y participar en simulacros, como los de algunos desastres, y asistir a cursos básicos avanzados referidos al salvamento de la vida de un paciente con problemas cardiovasculares.

*Experiencia:* este aspecto auxilia a la enfermera y a otros profesionales a establecer prioridades, a anticipar necesidades y modificar programas de acción.

*Aprendizaje de modelos:* las enfermeras que han tenido la oportunidad de observar la toma de decisiones de otras más expertas en los simulacros y en los desastres reales, pueden aprovechar dicha experiencia como parte de sus propias resoluciones.

*Valores (naturaleza intuitiva):* las enfermeras deben percatarse que las decisiones tomadas en un desastre pueden chocar con las que se toman durante las operaciones normales. Por ejemplo, debido a la complejidad de la situación y el número de víctimas, las decisiones deben orientarse a salvar el mayor número de personas y de recursos, y no de auxiliar en la asistencia de unas cuantas.

*Flexibilidad:* en el ordenamiento de las decisiones rápidas conviene cierta flexibilidad siempre que se tomen dentro de un límite de tiempo aplicable a la situación de la víctima.

*Tensión:* la toma de decisiones constituye un factor estresante para las enfermeras. En las etapas iniciales de una calamidad, la tensión pudiera explicarse por las decisiones rápidas y precisas que debe tomar una enfermera y las intervenciones que debe realizar, pero este tipo de criterio puede deteriorarse conforme aumenta la tensión en el ambiente<sup>38</sup>.

### **Establecer y manejar el albergue**

Un desastre importante puede desplazar a grandes segmentos de la población lejos de sus sitios de residencias y de trabajos normales. En situación obliga a los gobiernos locales a brindar alojamientos, comida, atención médica y otros servicios básicos durante un tiempo indefinido. Los recursos combinados con el gobierno y el sector privado son esenciales para realizar satisfactoriamente dicha tarea. En circunstancias óptimas, una vez establecidos los albergues deberían ser coordinados por directores expertos. Las autoridades gubernamentales o la Cruz Roja, en una comunidad dada quizá hayan asignado a un coordinador experto pero no existe seguridad de que pueda llegar a tal instalación en una situación de urgencia. La experiencia ha demostrado que en muchos casos las enfermeras tienen que asumir el liderazgo<sup>39</sup>.

Los albergues masivos constituyen medios de urgencia temporales para atender a las personas; pero su operación es muy costosa tan pronto como se abre el albergue se hacen planes para cerrarlo lo más rápido posible. Sin embargo un refugio permanecerá abierto hasta que todas las familias

---

<sup>38</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México: Editorial Harla, 1989. página 82. ISBN 968-635609-6.

<sup>39</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México: Editorial Harla, 1989. página 215. ISBN 968-635609-6.

albergadas vuelvan a sus propios hogares o se cuente con otros programas para ayudarlos.<sup>40</sup>

Las funciones o actividades en el albergue son:

Servicios de alimentos, sitio para dormitorios, servicios médicos, servicios familiares, recreo y administración.<sup>41</sup>

El director de un albergue es el responsable de su organización y funcionamiento generales. El tiene como tarea coordinar todas las funciones para que se ejecuten de manera ordenada y oportuna. Un buen director realiza simultáneamente las funciones de administrador, supervisor y líder. Como administrador debe obtener cualquier tipo de suministros o especialidad medica no disponibles dentro del refugio. Obviamente una persona no puede encargarse de todo. Como supervisor debe delegar rápidamente autoridad a sus asistentes para que desempeñe algunas funciones operativas.<sup>42</sup>

A continuación presentamos una lista de las funciones que debe desempeñar el director elaborada por la Cruz Roja:

- ❖ Establecer y mantener comunicación con las oficinas generales
- ❖ Empezar medidas para la identificación del albergue y de su personal
- ❖ Nombrar asistentes para delegar responsabilidades
- ❖ Controlar la entrada y comenzar el registro
- ❖ Distribuir el espacio y comenzar la organización
- ❖ Establecer los servicios médicos de urgencias
- ❖ La selección de los ocupantes que llegan
- ❖ Establecer los procedimientos de seguridad y normas contra incendios
- ❖ Elaborar un inventario de los materiales disponibles y ordenar los necesarios
- ❖ Poner en marcha todos los grupos funcionales y coordinar sus actividades
- ❖ Reclutar personal adicional según se necesite.
- ❖ Establecer relaciones apropiadas dentro de la comunidad inmediata
- ❖ Establecer los libros de registro de entradas y salidas y los procedimientos para llevar estos registros.<sup>43</sup>
- ❖ El papel de la enfermera es vital en los servicios médicos y asistenciales; estas actividades tienen los siguientes objetivos:
  - ❖ Brindar apoyo emocional
  - ❖ Proteger la salud
  - ❖ Evitar enfermedades

---

<sup>40</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México: Editorial Harla, 1989. pagina 217 - 218. ISBN 968-635609-6.

<sup>41</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México: Editorial Harla, 1989. pagina 219. ISBN 968-635609-6.

<sup>42</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México: Editorial Harla, 1989. pagina 223. ISBN 968-635609-6.

<sup>43</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México: Editorial Harla, 1989. pagina 227 - 228. ISBN 968-635609-6.

- ❖ Ofrecer un medio temporal de atención a las víctimas hasta que la familia reanude sus patrones de vida normales<sup>44</sup>

*Lista de responsabilidades de la enfermera encargada de los servicios médicos en un albergue:*

- ❖ Procurar que todas las personas que solicitan auxilio, sean atendidas con amabilidad, comprensión y actitud tranquilizadora; se les administra rápidamente los tratamientos y las instrucciones se entiendan perfectamente para continuar la terapia
- ❖ Disponer con el médico las revisiones iniciales y diarias de los pacientes
- ❖ Establecer prioridades en la asistencia de enfermería y planear la supervisión médica
- ❖ Planear con el director del albergue la comunicación para casos de emergencia y transportación
- ❖ Planear la transferencia apropiada de pacientes a instalaciones de asistencias regular según sea necesaria.
- ❖ Planear la separación de personas, de familias en quienes se sospecha alguna enfermedad contagiosa
- ❖ Planear y obtener los suministros necesarios en colaboración con el director
- ❖ Planear la delimitación de una zona de primeros auxilios y asignar personal a la misma
- ❖ Valorar constantemente las posibles necesidades asistenciales y médicas
- ❖ Organizar horarios de asistencia continua
- ❖ Revisar los protocolos médicos y de enfermería de la Cruz Roja, de tratamientos especiales y de necesidades generales con el médico a cargo del albergue, los médicos visitantes y el personal asistencial.
- ❖ Identificar las necesidades y procurar el almacenamiento inventariado seguros de medicamentos, equipos médicos (jeringas y agujas) y hojas de registro
- ❖ Asignar a enfermeras y a personal de otros servicios médicos las tareas apropiadas que están en marcha efectuando la supervisión y adiestramiento.
- ❖ Recomendar al director las medidas apropiadas para cuidar a embarazadas, lactantes, niños de corta edad, ancianos, enfermos crónicos y personas en que se sospeche una enfermedad contagiosa
- ❖ Planear con el director la inspección inicial y periódica del albergue que incluya la inspección sanitaria, de acuerdo a las normas de la salud pública de la localidad
- ❖ Planear con el director la coordinación de la participación de organizaciones que atiendan a las víctimas en el albergue (por ejemplo, salud pública y mental, recursos humanos y asociaciones religiosas)

---

<sup>44</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México: Editorial Harla, 1989. página 232. ISBN 968-635609-6.



- ❖ Planear la identificación apropiada de la cruz roja, del personal de los servicios médicos y la instalación.
- ❖ Llevar un libro de entradas y salidas correspondiente a las actividades de los servicios médicos y asistenciales durante el desastre<sup>45</sup>

Un albergue de atención masiva es “instalación adecuada para brindar refugio temporal a grupos de víctimas de las catástrofes que no pueden continuar viviendo en unidades familiares independientes”<sup>46</sup>

En muchas situaciones los refugios los establecen y coordina u opera alguna autoridad junto con la cruz roja. Esta última, es una institución con normas aprobadas por diversos gobiernos para proporcionar auxilio a víctimas de desastres y a través de los años se ha convertido en una de las organizaciones de voluntarios más importantes cuando ocurre alguna calamidad. El programa contra desastres de la cruz roja que opera bajo las leyes locales y estatales ha sido autorizado una y otra vez por la legislación a través del tiempo<sup>47</sup>.

### **Valoración de la salud mental de las personas ubicadas en el albergue**

Para dicha valoración es necesario conocer los aspectos psicológicos de las situaciones de desastres.

Los desastres generan condiciones físicas, sociales y psicológicas que se manifiestan en diversos grados en diferentes personas, familias, comunidades y culturas.<sup>48</sup>

Las crisis de los desastres surgen cuando ya no pueden satisfacerse las necesidades básicas debido a la sobrecarga del sistema. El sistema puede ser tan pequeño, como un auto sistema individual o tan global que puede alcanzar niveles comunitarios, nacionales o internacionales.<sup>49</sup>

Factores que modifican la respuesta individual:

- ❖ Molestias gastrointestinales: gastritis, náuseas y vómitos, diarrea, estreñimiento
- ❖ Mayor número de muertes especialmente entre los ancianos y las personas con enfermedades crónicas
- ❖ Mayor número de complicaciones con predominio de enfermedades cardiopulmonares, hipertensión y problemas artríticos
- ❖ Deterioro de la salud general durante un lapso de 1 a 2 años después del desastre
- ❖ Mayor número de abortos espontáneos y no provocados

<sup>45</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México: Editorial Harla, 1989. página 242. ISBN 968-635609-6.

<sup>46</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México: Editorial Harla, 1989. página 216. ISBN 968-635609-6.

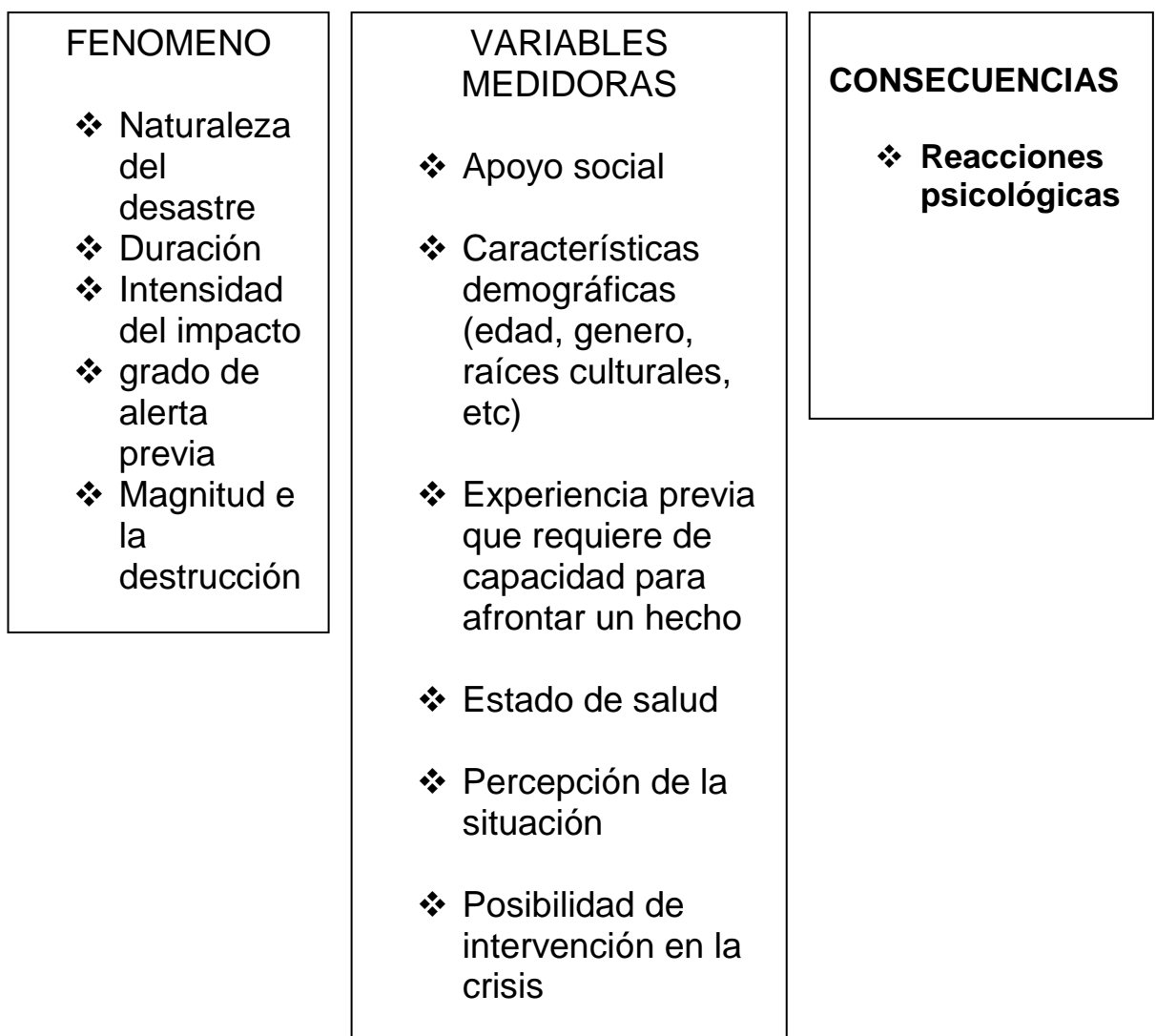
<sup>47</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México: Editorial Harla, 1989. Prologo. ISBN 968-635609-6.

<sup>48</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México: Editorial Harla, 1989. página 197. ISBN 968-635609-6.

<sup>49</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México: Editorial Harla, 1989. página 198. ISBN 968-635609-6.

- ❖ Agotamiento físico y nervioso entre las personas que ocupan puestos de mando y que experimentaron algún conflicto en las labores que desempeñaron
- ❖ Problemas neuropsiquiátricos, como depresión, ansiedad, dificultad para concentrarse, insomnios y alteraciones del sueño, perturbaciones emocionales entre los miembros de la familia, mayor incidencia de abuso de drogas, neurosis y psicosis.<sup>50</sup>

Factores principales que modifican las respuestas psicológicas ante desastres<sup>51</sup>



<sup>50</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México: Editorial Harla, 1989. pagina 198. ISBN 968-635609-6.

<sup>51</sup> MAIM GARCIA, LORETTA. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México: Editorial Harla, 1989. pagina 199. ISBN 968-635609-6.

### 3.3. MARCO GEOGRAFICO

Colombia es un país ubicado en América del Sur, según el censo realizado el 11 de noviembre del 2005 con una población de 2.090.502 habitantes.<sup>52</sup> Su división geográfica comprende 5 regiones naturales: Amazonia, Orinoquia, Pacífico, Caribe y Andina;<sup>53</sup> En esta última se ubica el departamento de Risaralda que cuenta con 863.663 habitantes de los cuales 428.397 son habitantes del municipio de Pereira. Se realiza una comparación de la población del departamento de Risaralda de los 4 años en los que se realizó el censo.<sup>54</sup> El número de crecimiento de la población del Departamento de Risaralda en los 4 años que se ha realizado el censo a nivel nacional tuvo una notoria diferencia: El 24 de octubre de 1973 habían 498.609 habitantes, el 15 de octubre de 1985 habían 652.872 habitantes, el 24 de octubre de 1993 habían 844.184 habitantes y el 11 de noviembre de 2005 habían 883.663 habitantes. Esta región hace parte del sector que se conoce como “cinturón del fuego del pacífico”, territorio caracterizado por su fuerte actividad sísmica y volcánica identificado como una de las áreas geológicamente más dinámicas de la superficie del planeta. Se parte del inventario histórico de desastres del municipio de Pereira que corresponde al periodo de 1906 hasta el año 2000. Este periodo se clasificó en 4 décadas que son 60, 70, 80 y 90. Fue la década del 90 donde se dio el mayor número de viviendas destruidas y averiadas, en razón no solo a la magnitud de los eventos sino a su frecuencia; pues esta década se caracterizó por un crecimiento de la población, de las viviendas y el desarrollo industrial en la región, haciéndola más vulnerable a los eventos sísmicos los cuales fueron en número de 6 durante ese decenio.<sup>55</sup> En el municipio de Pereira no solo habitan las personas que nacieron allí, sino las que llegaron de otras ciudades y departamentos motivadas por el gran desarrollo que este ha tenido tanto en su parte urbana como rural, pues se caracteriza por sus múltiples industrias, centros comerciales y transporte masivo como lo tienen las principales ciudades de Colombia entre ellas

---

<sup>52</sup> DANE: Transversal 45 No.26-70 Interior I - CAN. Conmutador (571) 5978300 - Fax (571)5978399 Bogotá D.C., Colombia - Sur América dane@dane.gov.co. A.A 80043 Zona Postal 611. (citada 21 de abril de 2007). Población de Colombia según censo del 2005. Disponible en Internet: [http://www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&task=section&id=16&Itemid=39](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=section&id=16&Itemid=39)

<sup>53</sup> FERRO GONZALEZ, Dalila y QUINTERO HERNANDEZ Marta Cecilia. Planeta azul: geografía e historia visualizada. 5ª edición. Santa fe de Bogotá: Migema ediciones Ltda, 1999. página 65.

<sup>54</sup> DANE: Transversal 45 No.26-70 Interior I - CAN. Conmutador (571) 5978300 - Fax (571)5978399 Bogotá D.C., Colombia - Sur América dane@dane.gov.co. A.A 80043 Zona Postal 611.( citada 21 de abril de 2007). Población de Colombia según censo del 2005 por departamentos y municipios. Disponible en internet:[http://www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&task=section&id=16&Itemid=39](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=section&id=16&Itemid=39)

<sup>55</sup> MORENO ROJAS, Jesús Herney. El impacto de los desastres: Análisis desde el sector vivienda. Pereira: Febrero de 2006. página 119. ISBN 958-8272-09-2.

Medellín, Bogotá y Cali. Los sismos siendo los desastres poco frecuentes, debido a su cobertura territorial son los que ocasionan mayores pérdidas en afectación de viviendas.<sup>56</sup> La ciudad de Pereira fue fundada el 30 de agosto de 1863, se encuentra, localizada a los 4 grados con 49 centígrados de latitud norte, y grados con 42 centígrados de longitud al oeste de Greenwich, sobre el piedemonte del flanco occidental de la cordillera central de Colombia, a una altura sobre el nivel del mar de 1.411m, superficie aproximadamente del área urbana de 25 kilómetros, temperatura de 21 grados centígrados y una precipitación media anual de 2.108 mm. El municipio, esta ubicado en la zona andina, que hace parte del sector que se conoce como “cinturón del fuego del pacífico”, territorio caracterizado por su fuerte actividad sísmica y volcánica, identificado como una de las áreas geológicamente mas dinámicas de la superficie del planeta, adicionalmente, la posición latitudinal de la ciudad la expone a fenómenos climáticos intertropicales que inciden de manera notoria en los regimenes de lluvias y temperatura, así como en la dinámica de los ríos vertientes naturales.

La Región Andina de Colombia es la zona más poblada del país y coincide con la parte más septentrional de los Andes. Se orienta del suroccidente al nororiente, entre Ecuador y Venezuela. Dentro del territorio de Colombia se divide en tres cordilleras, *Occidental*, *Central* y *Oriental*, que dan lugar a numerosos valles, cañones, mesetas y un sistema fluvial cuyos principales ríos son el Cauca y el Magdalena. La ciudad de Pereira fue fundada el 30 de agosto de 1863, se encuentra, localizada a los 4 grados con 49 centígrados de latitud norte, y grados con 42 centígrados de longitud al oeste de Greenwich, sobre el piedemonte del flanco occidental de la cordillera central de Colombia, a una altura sobre el nivel del mar de 1.411m, superficie aproximadamente del área urbana de 25 kilómetros, temperatura de 21 grados centígrados y una precipitación media anual de 2.108 mm. El municipio, esta ubicado en la zona andina, que hace parte del sector que se conoce como “cinturón del fuego del pacífico”, territorio caracterizado por su fuerte actividad sísmica y volcánica, identificado como una de las áreas geológicamente mas dinámicas de la superficie del planeta, adicionalmente, la posición latitudinal de la ciudad la expone a fenómenos climáticos intertropicales que inciden de manera notoria en los regimenes de lluvias y temperatura, así como en la dinámica de los ríos vertientes naturales.

### **3.3.1 Clima**

El comportamiento climático esta determinado regionalmente por la circulación de la atmósfera en la zona intertropical que determina, para esta zona del país, dos periodos secos y dos lluviosos al año, con valores máximos de precipitación en abril-mayo y octubre- noviembre de forma focal, el clima esta influido por las condiciones del relieve que inciden en la circulación diaria de los vientos y de las lluvias. Las características de la precipitación, en especial los

---

<sup>56</sup> MORENO ROJAS, Jesús Herney. El impacto de los desastres: Análisis desde el sector vivienda. Pereira: Febrero de 2006. pagina 165. ISBN 958-8272-09-2.

periodos de lluvias máximas, constituyen esas llamadas “olas invernales” que coinciden con la mayoría de desastres ligados a deslizamientos e inundaciones.

### **3.3.2 Hidrografía**

Sobre el área urbana del municipio de Pereira, se identifican los siguientes drenajes naturales: ríos Otún, consota y quebradas Boston, la arenosa, letras y la dulcera. Algunos estudios han generado análisis aproximados de las zonas inundables de dichas corrientes. En general todos estos drenajes tienen un carácter torrencial, es decir que las inundaciones provocadas son súbitas, originadas por precipitaciones fuertes y por represamientos en sus cuencas.<sup>57</sup>

Por otra parte, debe anotarse que existen dos principales tipos de áreas expuestas a amenazas hidrológicas: los terrenos que presentan inestabilidad geológica, que son expuestos a deslizamientos o movimientos de masa cuando absorben apreciables cantidades de agua y las llanuras de los principales ríos y quebradas, las cuales son susceptibles a inundaciones o crecientes con un periodo de retorno de 50 años.

### **3.3.3 Geología**

En general, la ciudad esta construida sobre materiales no consolidados o pobremente consolidados, solo localmente el subsuelo esta constituido por roca. La mayor parte del subsuelo son depósitos de materiales provenientes de la parte alta de la cordillera, originados por erupciones volcánicas asociados a la descongelación de glaciares, así como ha crecientes. Salvo en las márgenes de ríos y quebradas, donde las acumulaciones de sedimentos son activas, el territorio esta cubierto por un manto de cenizas volcánicas, de espesores variables, que ha servido de sustrato a la mayor parte de las edificaciones y otras estructuras construidas en la ciudad. Se encuentran múltiples depósitos antropicos, los cuales se entienden por aquellos que se hacen con materiales que han sido depositados por el hombre, también llamados rellenos; están integrados por basuras, escombros y suelos removidos o por la mezcla de estos. Se han conformado en la ciudad desde su fundación siendo una practica muy socorrida de “adecuación de terrenos” en laderas o depresiones naturales por las que transitan quebradas intermitentes o permanentes; los terrenos así adecuados se utilizan para construcción de infraestructura viales e incluso viviendas.

### **3.3.4 Sismicidad regional**

En la evaluación de la amenaza sísmica es pertinente tener en cuenta la relación de la región bajo análisis con la tectónica general de placas y con las deformaciones que se producen en los bordes entre bloques corticales. Colombia esta ubicada en el área de interacción de tres placas tectónicas, las

---

<sup>57</sup> MORENO ROJAS, Jesús Herney. El impacto de los desastres: Análisis desde el sector vivienda. Pereira: Febrero de 2006, 173 pág. ISBN 958-8272-09-2.

cuales son la de Nazca (Oceánica), la suramericana (Continental) y la del Caribe (Oceánica). Entre estas se ha generado una micro placa continental, la que a su vez, posee una intrincada red de fallas. El municipio de Pereira, se encuentra localizada en el Occidente Colombiano, el cual cuenta con una tectónica y sismicidad que se caracteriza por la subducción de la placa Nazca bajo la placa Suramericana, generando el hundimiento del extremo de la primera y el elevamiento y deformación del extremo de la segunda. Las fuentes sismo génicas, debido a su actividad implican una amenaza para el municipio. Su clasificación y características se presentan a continuación, tomadas del informe final del proyecto para la mitigación del riesgo sísmico de Pereira, Dosquebradas y Santa rosa de Cabal. Fosa o Trench Oceánico (Fuente lejana): lugar donde ocurre el doblamiento y se inicia el hundimiento de la placa subducente, delimitando una franja paralela al litoral, localizada entre 150 y 200 Km. de la costa Pacífica Colombiana. Esta zona presenta eventos superficiales de elevadas magnitudes y recurrencias cortas, en ella se han presentado los sismos de mayores magnitudes del accidente colombiano. Los eventos del 31 de enero de 1906 y el 12 de diciembre de 1979, alcanzaron magnitudes momento de 8.6 y 7.9, cercanas a los 25 Km. Este último tuvo una distancia epicentral a la ciudad de Pereira de alrededor de 200 Km.

### **3.3.5 Zonificación sísmica del municipio de Pereira**

Para el municipio de Pereira, fueron definidas siete zonas de comportamiento sísmico homogéneo. De otra parte, la gran cantidad de rellenos antropocénicos que tiene la ciudad, amplifica los efectos sísmicos sobre las viviendas y estructuras construidas sobre ellos o en sus cercanías.

## **3.4 MARCO LEGAL**

Para el ejercicio profesional de enfermería en atención de emergencias y desastres hay una reglamentación que rige y exige nuestro actuar, función y capacitación, de esta manera se presentan algunas de las leyes, decretos y resoluciones que rigen el actuar de enfermería en las emergencias y desastres.

### **3.4.1 Legislación profesionales de enfermería**

***Ley 100 de 1993 habla sobre el sistema de seguridad social integral.***

**Capítulo 1. Artículo 1.** El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El sistema comprende las obligaciones del estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios.

**Ley 266 de 1996 Por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.**

**Artículo 1. Objetivo.** La presente ley reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, desarrolla los principios que la rigen, determina sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control del ejercicio profesional y las obligaciones y derechos que se derivan de su aplicación.

**Artículo 2. Principios de la práctica profesional.** Son principios generales de la práctica profesional de enfermería los principios y valores fundamentales que la constitución nacional consagra y aquellos que orientan el sistema de salud y seguridad social para los colombianos.: Integralidad, dialogicidad, calidad, continuidad.

**Los deberes del profesional de enfermería son:**

- 1 Brindar atención integral
2. velar porque se brinde atención con calidad
3. Orientar su actuación conforme a lo establecido en la presente ley
4. Organizar, dirigir, controlar y evaluar la prestación de los servicios de salud
5. Velar porque las instituciones presten adecuadamente los servicios de salud

**Ley 911 de 2004.** Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.

**Artículo 1.** El respeto a la vida, a la dignidad de los seres humanos y a sus derechos, sin distinciones de edad, credo, sexo, raza, nacionalidad, lengua, cultura, condición socioeconómica e ideología política, son principios y valores fundamentales que orientan el ejercicio de la enfermería.

**Capítulo 1. Artículo 3.** El acto de cuidado de enfermería es el ser y esencia del ejercicio de la Profesión. Se fundamenta en sus propias teorías y tecnologías y en conocimientos actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas.

**3.4.2 Legislación de atención inicial de urgencias**

*Ley 100/93* por el cual se reglamenta la atención inicial de urgencias

*Ley 10/90.* En el literal a. Artículo 3 por el cual se reglamenta la atención inicial de urgencias

*Artículos 44, 48, 49, 50* de la constitución Política de Colombia por el cual se reglamenta la atención inicial de urgencias

*Decreto 1761 de 1990.* Por el cual se ordena la Reglamentación del servicio de urgencias

*Decreto 2131 de 2003.* Por el cual se reglamenta la atención inicial de urgencias para desplazados.

*Resolución 5261 de 1994.* Por el cual se reglamenta la Remisión e íter consulta de pacientes  
*Resolución 5261 de 1994.* Por el cual se reglamenta la Atención inicial de urgencias

### **3.4.3 Legislación respecto a referencia, contrarreferencia y capacitación del triage**

*Decreto 2759 de 1981* por el cual se reglamenta la Referencia y Contrarreferencia.

*Decreto 919 de 1989.* Por el cual se reglamente la Capacitación del triage

### **3.4.4 Resolución 1802 de 1989.**

Resolución 1802 de 1989. Por el cual se reglamenta el Comité hospitalario y Plan de emergencias

## **4. DISEÑO METODOLOGICO**

### **4.1 TIPO DE ESTUDIO**

Se realizo un estudio de tipo descriptivo de corte transversal que permitió caracterizar la muestra seleccionada de enfermeras en un mismo momento para conocer su preparación en el momento que fue realizada la encuesta.

### **4.2 MUESTRA DE ESTUDIO**

La muestra seleccionada esta conformada por las Enfermeras que laboran en el Hospital Universitario San Jorge (HUSJ), Instituto Municipal de Salud de Pereira y docentes enfermeras de la Corporación Universidad Libre Seccional Pereira en el año 2007, a las cuales se aplica el instrumento previamente establecido.

La muestra seleccionada es determinística intencional porque el investigador es quien determina las personas a investigar, de acuerdo a unas características previamente establecidas, entre ellas se tiene en cuenta que laboren como: asistenciales, docentes, investigadoras y administradoras.

### **4.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

Para lograr los objetivos de la investigación se diseño un instrumento llamado "CONOCIMIENTO Y PREPARACION DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA PARA DESEMPEÑAR SU ROL EN UN AMBITO DIFERENTE AL HOSPITALARIO DESPUES DE UN SISMO EN PEREIRA 2007".

Se unificaron criterios técnicos para explorar variables durante la recolección de la información. La prueba piloto del instrumento se realizo en el mes de mayo de 2007.



#### 4.4 VARIABLES DE ESTUDIO

NOMBRE	DESCRIPCION	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIAS	CRUCE
EDAD	Años cumplidos	Razón		No se realizo
1. GRUPO DE EDAD	Son los grupos en los que se reunieron las edades que fueron medidas anteriormente con la variable razón	Intervalo	20 a 28 29 a 37 38 a 46 Mayor de 46	1 vs 5, 6, 8, 9.
2. GENERO	Característica que diferencia la identidad femenina de la masculina	Nominal	Masculino Femenino	No se realizo
3. AREA DE DESEMPEÑO	Lugar o campo de acción donde se desarrolla el trabajo específico que realiza la enfermera	Nominal	Asistencial Administrativo Investigador Docente	3 vs 5, 6, 7, 8, 9.
4. INSTITUCION DE TRABAJO	Nombre de la institución o entidad en la cual trabaja actualmente	Razón		No se realizo
5. ESTUDIOS DE EMERGENCIAS Y DESASTRES	Conjunto de materias que se estudian para obtener cierto título.	Nominal	Curso Diplomado Especialización Maestría Ninguno	5 vs 6, 8, 9.
6. EXPERIENCIA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	Tiempo transcurrido en el cual se ha tenido contacto o práctica en la atención de emergencias y desastres	Nominal	Si No	6 vs 7
7. PARTICIPACION EN SIMULACROS	Intervención en el desarrollo de actividades donde se demuestran los conocimientos tanto en el saber como en el actuar	Nominal	Si No	7 vs 8, 9.
8. FORTALEZAS DE LA ENFERMERA(O) EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	Son los aspectos que permiten el actuar del profesional de enfermería en una situación post-sísmica fuera del hospital	Nominal	Conocimiento Experiencia Liderazgo Ninguno Otro	

NOMBRE	DESCRIPCION	NIVEL DE MEDICION	CATEGORIAS	CRUCE
9. DEBILIDADES DE LA ENFERMERA (O) EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	Son los aspectos que impiden el actuar del profesional de enfermería en una situación post-sísmica fuera del hospital.	Nominal	Temor Inseguridad Falta de conocimiento Desinterés Estrés Inexperiencia Ninguno Otro	
10. FUNCIONES A DESEMPEÑAR ANTE SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y DESASTRES	Son las funciones que el profesional de enfermería debe desempeñar fuera del hospital después de ocurrido un sismo.	Nominal		10 vs 1, 3, 5, 6.
11. CAPACIDADES	Son las aptitudes que debe poseer el profesional de enfermería para actuar en emergencias y desastres.	Ordinal		

#### 4.5 RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos se realizó a través de 3 fases, las cuales son:

**Fase exploratoria.** Se define la temática del estudio atendiendo a temas de interés de las investigadoras y algunos interrogantes frente a diferentes áreas de la profesión de enfermería.

En el primer momento se seleccionan los lugares en donde realizar posteriormente la investigación. Se obtienen el permiso en cada una de las instituciones por medio de cartas que fueron enviadas por los contactos que disponibles de cada institución.

**Fase de trabajo de campo.** La información fue recolectada directamente por los responsables del proyecto. Se distribuyeron las instituciones a visitar entre los investigadores quienes determinan fecha y hora de visita teniendo en cuenta las horas de mayor disponibilidad de los enfermeros de acuerdo a su sitio de trabajo. Se recolectaron 45 encuestas algunos fueron diligenciados frente a los investigadores, otras enviadas y recibidas días posteriores.

Una vez recogidas todas las encuestas, el grupo de investigadores se congregó para la revisión, digitación y análisis de la información.

**Fase de análisis de la información.** Se utiliza el programa de EXCEL versión 2003.

#### **4.6 ANALISIS DE DATOS**

Se utilizaron medidas de frecuencia: proporción.

#### **4.7 ASPECTOS BIOETICOS DE LA INVESTIGACION**

Se consideraron los principios de:

**Autonomía:** Derecho de las enfermeras a las cuales estamos entrevistando, a decidir si quieren colaborar o no con el instrumento, en el cual se les medirá la preparación que tiene ellas en la atención de un paciente después de ocurrido un sismo en un ambiente diferente al hospitalario.

**Beneficio:** Divulgar por medio de un instrumento la preparación que tienen las enfermeras en el manejo de enfermos después de ocurrido el sismo, para que partiendo de esos resultados se tomen medidas que sirvan para el mejoramiento de la actuación del profesional en una emergencia o desastre.

**Justicia:** Realizar la recolección de datos en las instituciones previamente seleccionadas y dar la explicación de una forma muy equitativa a cada una de las enfermeras que se va a encuestar.

**Veracidad:** Al recoger la información de las enfermeras se les explicara todos los aspectos que comprenden la tesis de una manera clara, real y verdadera.

## 5. RESULTADOS

Se realizó la encuesta a 45 profesionales de enfermería que laboran en Hospital Universitario San Jorge (HUSJ), Instituto Municipal de Salud (IMS), Universidad Libre Seccional Pereira (UL).

Los resultados se presentan en 11 aspectos importantes:

- ❖ Caracterización social de las enfermeras encuestadas
- ❖ Caracterización académica en emergencias y desastres
- ❖ Caracterización laboral en emergencias y desastres
- ❖ Caracterización de fortalezas y debilidades para actuar ante una situación post-sísmica en un ambiente diferente al hospitalario.
- ❖ Caracterización del grupo con respecto al conocimiento del rol y forma de desempeñarlo.
- ❖ Caracterización según capacidades para enfrentar situaciones de emergencia y desastres.
- ❖ Caracterización de encuestados con respecto a las características sociodemográficas, laborales, académicas según funciones a desempeñar en forma directa.
- ❖ Caracterización de estudios en emergencias y desastres, experiencia, fortalezas y debilidades con grupos de edad.
- ❖ Caracterización de experiencia en emergencias y desastres, fortalezas, debilidades con estudios en emergencias y desastres.
- ❖ Caracterización de preparación académica, experiencia en emergencias y desastres, fortalezas, debilidades con área de desempeño.
- ❖ Caracterización de participación en simulacros según experiencia en emergencias y desastres y fortalezas y debilidades para actuar.

### 5.1 Caracterización social de las enfermeras encuestadas

#### *Caracterización según edad y género.*

Tabla 1. Distribución según género. Pereira. 2007

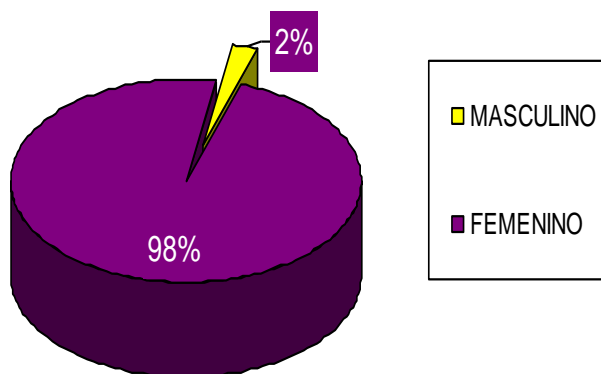
GENERO	Nº	%
Masculino	1	2,2%
Femenino	44	97,8%
TOTAL	45	100%

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

La tabla 1 muestra la Distribución según género, aquí vemos al género femenino de forma significativa con un 98%, y en el 2% el género masculino.

Grafico 1. Caracterización según género. Pereira. 2007

**CARACTERIZACION SEGÚN GENERO. PEREIRA. 2007**



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionados de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

La grafica 1 evidencia la característica marcada de género que se presenta en la profesión de enfermería, estando en primer lugar el género femenino con un porcentaje importante de 98% y la poca vinculación de personas del género masculino perteneciente a un 2%.

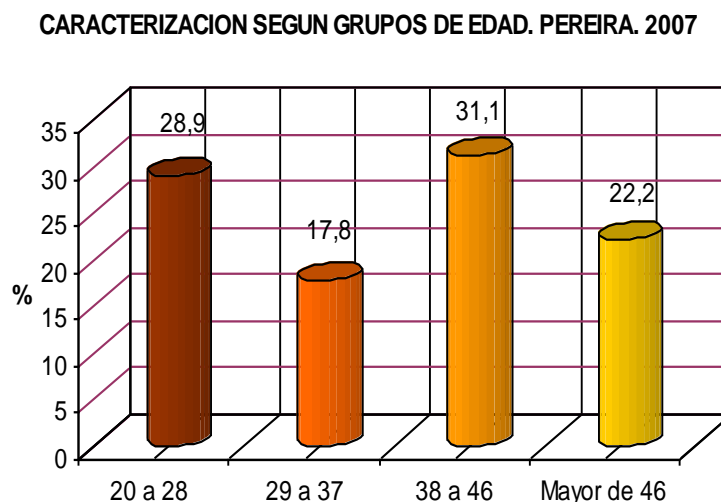
Tabla 2. Distribución según grupo de edad. Pereira. 2007

GRUPOS DE EDAD	Nº	%
20 a 28	13	28,9
29 a 37	8	17,8
38 a 46	14	31,1
Mayor de 46	10	22,2
TOTAL	45	100%

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

La tabla 2 muestra la Distribución según grupo de edad, como se puede apreciar hay predominio en los rangos de 38 a 46 años con un 31.1% y de 20 a 28 años con un 28.9%. En menor proporción se observan las edades comprendidas entre 38 a 46 y mayor de 46 con 22.2% y 17.8% respectivamente.

Grafico 2. Caracterización según grupos de edad. Pereira. 2007



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

Como se muestra en la grafica 2 el mayor porcentaje lo tiene el grupo de 38 a 46 años indicando que la edad no determina ausentismo de la profesión y esta se puede ejercer a cualquier edad.

### ***Caracterización según escenario laboral***

Tabla 3. Distribución según escenario laboral. Pereira. 2007

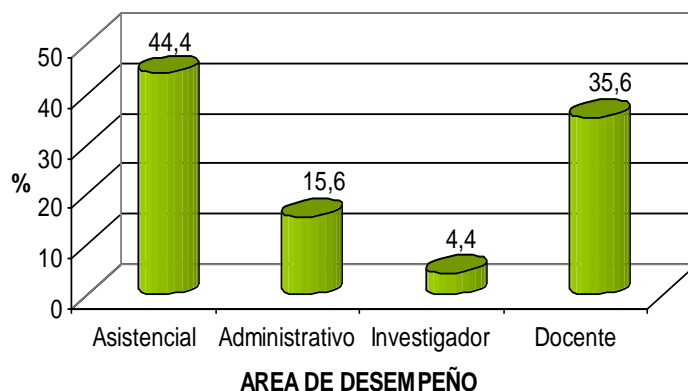
AREA DE DESEMPEÑO	Nº	%
Asistencial	20	44,4
Administrativo	7	15,6
Investigador	2	4,4
Docente	16	35,6
TOTAL	45	100

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

La tabla 3 muestra la Distribución según escenario laboral. Estos son lo escenarios laborales del profesional de enfermería. El profesional de enfermería ha ido ganando prestigio e importancia no solo en el área asistencial además sus capacidades como profesional lo han posesionado en áreas muy importantes en la salud, por tal razón se requieren en ellas. Como se puede apreciar los mas relevantes son el asistencial con 44.4%, docente con 35.6% y en menor dimensión el área administrativa con 15.6%.

Grafico 3. Caracterización según escenario laboral. Pereira. 2007

### CARACTERIZACION SEGUN AREA DE DESEMPEÑO. PEREIRA. 2007



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

En la grafica 3 se observa las áreas de desempeño de las profesionales de enfermería donde el primer lugar lo ubica el área asistencial evidenciando la importancia y la demanda en esta área. La docencia esta en un nivel importante lo cual indica que las enfermeras están formando a las nuevas generaciones y es un área por explorar todavía. Muchas de las enfermeras seleccionadas desarrollan funciones en la parte asistencia y docente a la vez. La parte administrativa no es tan relevante en porcentaje pero constituye un área donde el profesional puede explotar todas las capacidades de liderazgo que posee, además indica que tiene habilidades de coordinar y tomar decisiones. Definitivamente la menos explorada es la parte de la investigación, es necesario mencionar que el conocimiento nace de la investigación y solidifica la profesión y la hace sobresalir de manera mas importante.

## 5.2 Caracterización académica en emergencias y desastres

### *Caracterización según estudios*

Tabla 4. Distribución según estudios en emergencias y desastres. Pereira. 2007

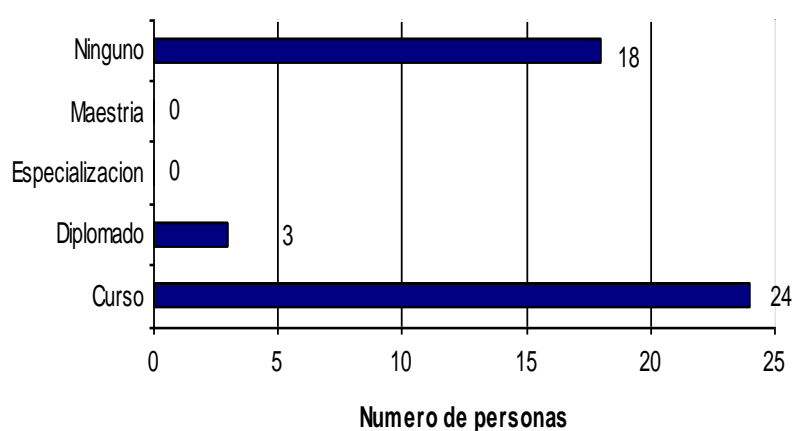
ESTUDIOS	Nº	%
Curso	24	53,3
Diplomado	3	6,7
Especialización	0	0
Maestría	0	0
Ninguno	18	40
TOTAL	45	100

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

En la tabla 4 se observa la Distribución según estudios en emergencias y desastres, se evidencia un porcentaje considerable de 53.3% que ha participado en cursos, además es importante que un porcentaje alto de 40% no tenga ningún tipo de estudio y la ausencia total en especializaciones y maestrías. Aunque hay pocas que han realizado diplomados pero esto no es suficiente.

Grafico 4. Caracterización según estudios. Pereira. 2007

**CARACTERIZACION SEGUN ESTUDIOS. PEREIRA. 2007**



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

Aquí en la grafica 4 se aprecia una preparación en cursos lo que puede llevar a pensar que los profesionales tienen algunas bases que fundamentan su actuar, pero al observar los demás estudios se observa que hay poca participación indicando la poca preparación adecuada para estas situaciones y además reconociendo que requieren de una buena sustentación científica y practica para una eficiente atención. Un 40% no ha realizado estudio alguno.

**Caracterización según participación en simulacros**

Tabla 5. Distribución según participación en simulacros. Pereira. 2007

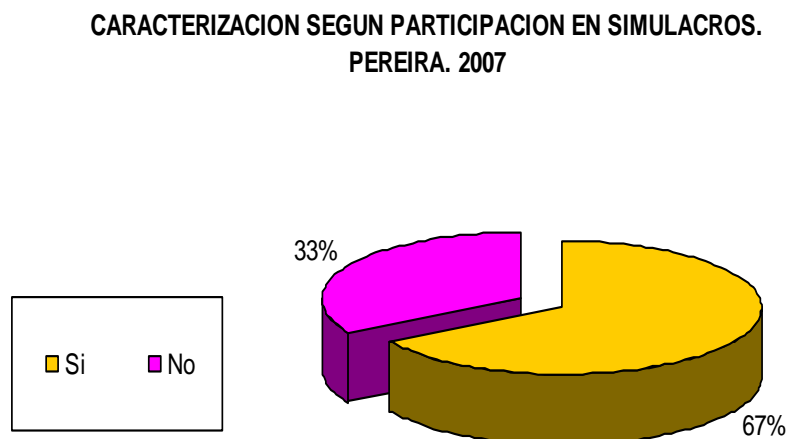
PARTICIPACION SIMULACROS	Nº	%
Si	30	66,7
No	15	33,3

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007



En la tabla 5 se observa la Distribución según participación en simulacros donde un alto porcentaje si ha participado con un 66.7%, esto puede indicar cosas muy positivas para que el rol sea mejor identificado.

Grafico 5. Caracterización según participación en simulacros. Pereira. 2007



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

La grafica 5 exhibe que el 67% si ha participado lo cual indica que e los profesionales puede identificar mas claramente su rol debido a que en los simulacros se presentan muchas situaciones que permiten explorar en cada profesional la capacidad de tomar desiciones, de manejar situaciones de estrés y al ver situaciones repetidas es mas fácil recordar que hacer en dicho momento.

### 5.3 Caracterización laboral en emergencias y desastres

#### *Caracterización según experiencia en emergencias y desastres*

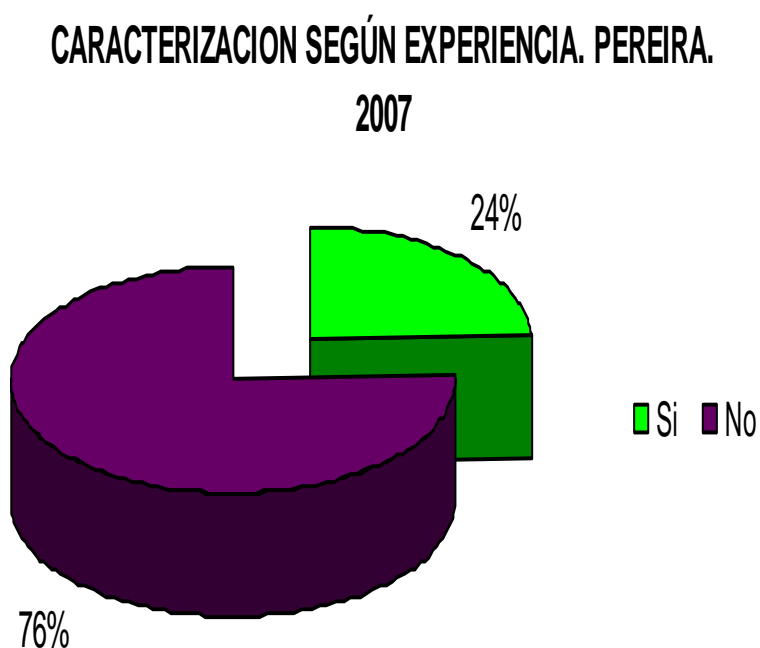
Tabla 6. Distribución según experiencia en atención de emergencias y desastres. Pereira. 2007

EXPERIENCIA	Nº	%
Si	11	24,4
No	34	75,6
TOTAL	45	100

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007.

La tabla 6 nos muestra la Distribución según experiencia en atención de emergencias y desastres, donde se evidencia la inexperiencia del personal para situaciones de emergencias y desastres, lo cual imposibilita el actuar de los profesionales. Además la inexperiencia trae consigo otras situaciones que le impiden actuar al enfermero (a) como lo son el temor, el desconocimiento, la ignorancia en la toma de algunas desiciones.

Grafico 6. Caracterización según experiencia Pereira. 2007



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

La grafica 6 permite apreciar la inexperiencia del 76%, aunque exista un buen porcentaje en la participación en simulacros de 73%, al poner en balanza de importancia dichos elementos, definitivamente es mas determinante la experiencia que la participaron en simulacros ya que en estos últimos hay muchas cosas que se obvian y pueden ocurrir en casos de emergencia y desastres.

**5.4 Caracterización de fortalezas y debilidades para actuar ante una situación postsimica en un ambiente diferente al hospitalario.**  
**Caracterización según fortalezas y debilidades para actuar**

Tabla 7. Distribución según fortalezas. Pereira. 2007

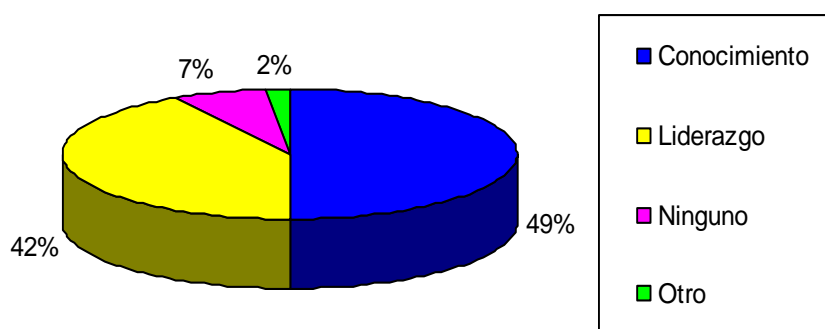
FORTALEZAS	Nº	%
Conocimiento	30	50
Liderazgo	25	41,5
Ninguno	4	6,7
Otro	1	1,7

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

La tabla 7 muestra la Distribución según fortalezas, donde la mayor fortaleza es el conocimiento con un 50% y liderazgo con el 41.5%, en menor proporción las opciones descritas como ninguna y otra.

Grafico 7. Caracterización según fortalezas. Pereira. 2007

**CARACTERIZACION SEGUN FORTALEZAS.**  
**PEREIRA. 2007**



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

La grafica 7 pone en evidencia que el conocimiento y el liderazgo son fichas claves para desempeñar un papel adecuado, estos dos elementos se pueden combinar exitosamente para optimizar la atención de pacientes y empoderarse del rol que le corresponde.

Tabla 8. Distribución según debilidades. Pereira. 2007

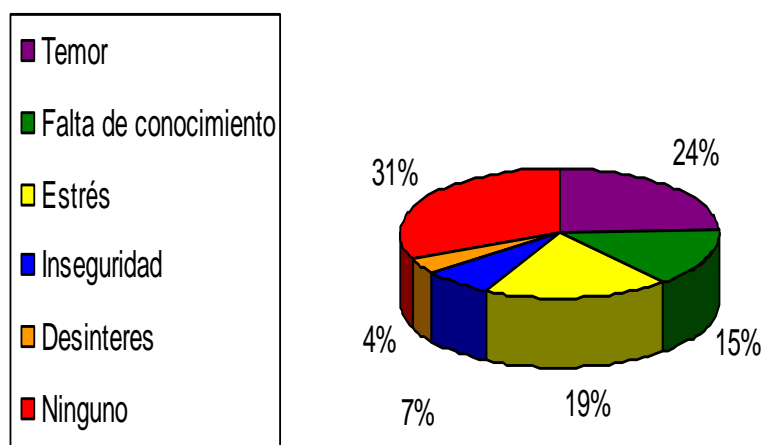
DEBILIDADES	Nº	%
Temor	13	24,1
Falta de conocimiento	8	14,8
Estrés	10	18,5
Inseguridad	4	7,4
Desinterés	2	3,7
Ninguno	17	31,5
TOTAL	54	100

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

En la tabla 8 se observa la Distribución según debilidades, nos permite apreciar claramente que el mayor porcentaje pertenece a la opción ninguno con un 31.5%, el temor sobresale entre las debilidades con el 24.1% y posteriormente el estrés y la falta de conocimiento con 18.5% y 14.8% posteriormente.

Grafico 8. Caracterización según debilidades. Pereira. 2007

**CARACTERIZACION SEGUN DEBILIDADES. PEREIRA.  
2007**



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

Como se publica en la grafica 8 las principales debilidades allí enmarcadas son temor, estrés y falta de conocimiento. Es importante que solo un 15% considera que una de sus debilidades es la falta conocimiento lo cual indica que su intervención no seria tan limitada por el nivel de conocimientos sino por el estrés y temor que estas situación representa.

### 5.5 Caracterización del grupo con respecto al conocimiento del rol y forma de desempeñarlo.

#### *Caracterización según conocimiento de funciones a desempeñar*

Tabla 9. Distribución según conocimiento de funciones. Pereira. 2007

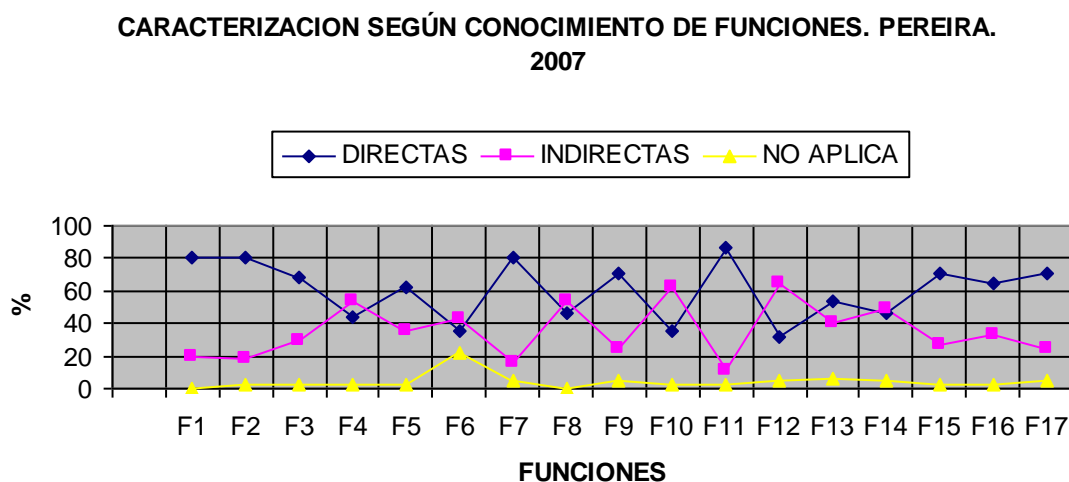
FORMA DESEMPEÑARLO FUNCIONES	DIRECTAS		INDIRECTAS		NO APLICA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
F1	36	80	9	20	0	0
F2	36	80	8	17,8	1	2,2
F3	31	68,9	13	28,9	1	2,2
F4	20	44,4	24	53,3	1	2,2
F5	28	62,2	16	35,6	1	2,2
F6	16	35,6	19	42,2	10	22,2
F7	36	80	7	15,6	2	4,4
F8	21	46,7	24	53,3	0	0
F9	32	71,1	11	24,4	2	4,4
F10	16	35,6	28	62,2	1	2,2
F11	39	86,7	5	11,1	1	2,2
F12	14	31,1	29	64,4	2	4,4
F13	24	53,3	18	40	3	6,7
F14	21	46,7	22	48,9	2	4,4
F15	32	71,1	12	26,7	1	2,2
F16	29	64,4	15	33,3	1	2,2
F17	32	71,1	11	24,4	2	4,4

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

La tabla 9 nos muestra la Distribución según conocimiento de funciones donde se observa el predominio de la forma directa de realizar 14 de las funciones enunciadas con un porcentaje que oscila entre 64% y 80% sin embargo hay funciones como F4, F6, F8, F10, F12 Y F14 marcadas de color naranja donde se evidencia un porcentaje menor de 50% sin embargo en un porcentaje considerable las considera de tipo indirecta con la excepción de F6 (Atención

de partos), tiene un comportamiento donde los porcentajes todos son menores del 50% sin embargo predomina que es una función que se realiza de forma indirecta.

Grafico 9. Caracterización según conocimiento de funciones. Pereira. 2007



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

La grafica 9 revela que la mayoría de las funciones son consideradas de forma directa y don de disminuye el numero predomina en dicha función la forma indirecta. 11 de las 17 funciones son consideradas de forma directa lo cual corresponde que el 64.7% considera que se realizan de forma directa y el 35.3% restante lo considera de forma indirecta. Indicando que los profesionales de enfermería si conocen en gran manera la función a desempeñar.

### 5.6 Caracterización según capacidades para enfrentar situaciones de emergencia y desastre.

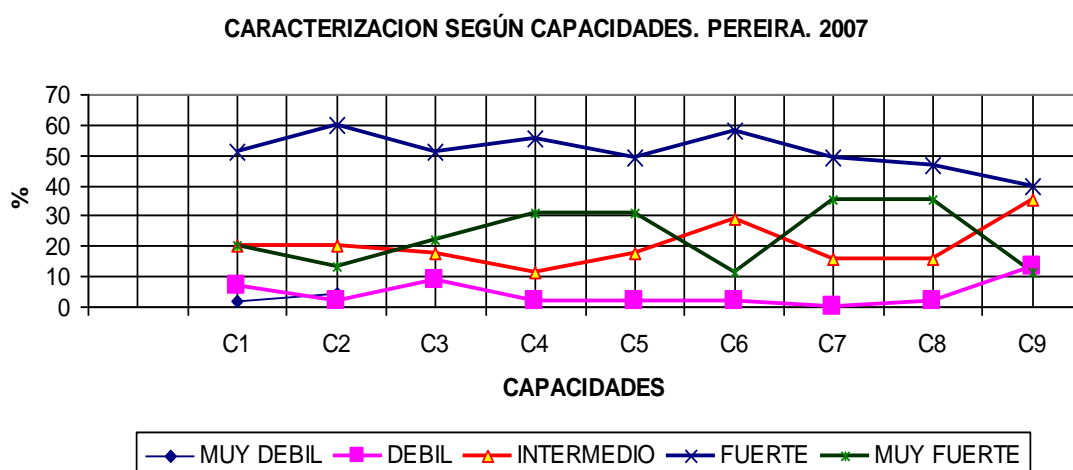
Tabla 10. Distribución según capacidades. Pereira. 2007

NIVELES	MUY DEBIL		DEBIL		INTERMEDIO		FUERTE		MUY FUERTE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
C1	1	2,2	3	6,7	9	20	23	51,1	9	20
C2	2	4,4	1	2,2	9	20	27	60	6	13,3
C3			4	8,9	8	17,8	23	51,1	10	22,2
C4			1	2,2	5	11,1	25	55,6	14	31,1
C5			1	2,2	8	17,8	22	48,9	14	31,1
C6			1	2,2	13	28,9	26	57,8	5	11,1
C7			0		7	15,5	22	48,9	16	35,6
C8			1	2,2	7	15,6	21	46,6	16	35,6
C9			6	13,2	16	35,6	18	40	5	11,1

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

La tabla 10 nos muestra la Distribución según capacidades donde se observa que los mayores porcentajes pertenecen a la columna fuerte donde el personal de enfermería en todas las capacidades se considera de dicha manera.

Grafico 10. Caracterización según capacidades. Pereira. 2007



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

La grafica 10 permite ver claramente el predominio de la opción fuerte revelando que los profesionales de enfermería tienen dichas habilidades los cuales son elementos importantes en el momento de actuar.

### 5.6 Caracterización de encuestados con respecto a las características sociodemográficas, laborales, académicas según funciones a desempeñar en forma directa.

Se hace relación solo con aquellos que consideran las funciones de forma directa ya que esto indica que si conocen la serie de funciones a desempeñar, además el instrumento en el ítem que evalúa el conocimiento de dichas funciones no se colocaron distractores.

Se muestra n tablas donde las funciones fueron codificadas de F1 a F17, a continuación se enunciaran las funciones correspondientes a cada código:

- F1\*: Planificación en la evacuación de heridos.
- F2\*: Dirección del equipo disponible
- F3\*: Revisión de los recursos disponibles.
- F4\*: Prestación de los primeros auxilios
- F5\*: Clasificación de heridos
- F6\*: Atención de partos
- F7\*: Delegar a los asistentes responsabilidades.

F8\*: Organización del espacio en albergue  
 F9\*: Implementación de procedimientos y normas de seguridad en albergue  
 F10\*: Elaboración de inventario de los materiales disponibles y en el albergue  
 F11\*: Coordinación de actividades.  
 F12\*: Establecimiento de libros de registro (Entradas y salidas de pacientes)  
 F13\*: Comunicación con las oficinas generales.  
 F14\*: Identificación de las necesidades del albergue  
 F15\*: Planeación de la separación de personas, de familias en quienes se sospecha alguna enfermedad contagiosa.  
 F16\*: Coordinar la participación de organizaciones que atiendan a las víctimas en el albergue (por ejemplo, salud pública y mental, recursos humanos y asociaciones religiosas)  
 F17\*: Coordinación en la remisión de pacientes según corresponda por nivel de atención.

### **Caracterización funciones directas según grupo de edad**

Tabla 11. Distribución funciones directas según grupo de edad. Pereira. 2007

GRUPO DE EDAD	20 a 28 años		29 a 37 años		38 a 46 años		Mayor de 46 años		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
F1*	12	92,3	8	100	10	71,4	6	60	36
F2*	11	84,6	5	62,5	12	85,7	8	80	36
F3*	10	76,9	6	75	8	57,1	7	70	31
F4*	7	53,8	3	37,5	5	35,7	5	50	20
F5*	9	69,2	6	75	7	50	6	60	28
F6*	5	38,5	3	37,5	6	42,9	2	20	16
F7*	12	92,3	7	87,5	9	64,3	8	80	36
F8*	8	61,5	7	87,5	2	14,3	4	40	21
F9*	11	84,6	5	62,5	9	64,3	7	70	32
F10*	8	61,5	2	25	3	21,4	3	30	16
F11*	12	92,3	8	100	10	71,4	9	90	39
F12*	6	46,15	2	25	2	14,28	4	40	14
F13*	9	69,2	4	50	5	35,7	6	60	24
F14*	6	46,2	4	50	6	42,9	5	50	21
F15*	10	76,9	6	75	8	57,1	8	80	32
F16*	9	69,2	6	75	8	57,1	6	60	29
F17*	11	84,6	5	62,5	8	57,1	8	80	32

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

La tabla 11 muestra la Distribución funciones directas según grupo de edad. Las funciones de los profesionales de enfermería (descritas de F1 a F17) están enfocadas en el área asistencial y administrativa, donde las pertenecientes al área asistencial son F1, F4, F5, F6 y F17; las demás corresponden a las funciones de tipo administrativo, cabe mencionar que todas son funciones a desarrollar en un ambiente diferente al hospitalario en la atención de una



emergencia o desastre ocasionado por un sismo, sin embargo la mayoría de las funciones mencionadas corresponden no solo a situaciones postsimicas también a cualquier tipo de emergencia o desastre que lo requiera.

Se toman las funciones que se realizan de forma directa ya que esto indica que si conocen la función a desempeñar. El total de personas correspondientes al rango comprendido entre 20 y 28 es de 13 personas donde 12 de ellas considera que esta función (F1) se realiza de forma directa, este valor corresponde a 92.3%. En el rango de 29 a 37 años el 100% considera que (F1) es directa ya que el total son 8 personas de este rango y las mismas 8 consideraron que era una función directa. El rango entre 38 a 46 años tiene 10 personas de un total de 14 que consideran (F1) es de forma directa, esto corresponde a un 71.4% y en el rango de mayores de 46 años, el total es 10 personas donde 6 la consideran una función directa que corresponde a un 60%. De esta manera se explica cada parte de la tabla. La casilla llamada total enuncia el número de personas que consideraron cada función de forma directa.

El personal de enfermería de 20 a 28 años tiene conocimiento de las funciones administrativas ya que los porcentajes oscilan entre 60% y 90% sin embargo hay un porcentaje menor de 50% en las funciones F12 y F14. En las funciones asistenciales (resaltados en color amarillo) los porcentajes mas altos de 84 y 92 % corresponde a F1 y F17 respectivamente siendo funciones vitales a desarrollar sin embargo hay deficiencias para identificar que una de sus funciones es la atención de partos y prestación de primeros auxilios que también hacen parte importante de las mismas.

En el grupo de 29 a 37 años el conocimiento en el área administrativa oscila entre 60 y 80 lo cual indica que es bueno sin embargo en F10, F12, F13, F14 es menor o igual de 50% evidenciando deficiencias en ellas. En el área asistencia presenta deficiencias para identificar la F4 y F6 como ocurre en el anterior grupo de edad.

El grupo 38 a 46 presenta deficiencias administrativas en F8, F10, F12, F13 y asistenciales en las mismas del grupo anterior.

El grupo mayor de 46 presenta deficiencias administrativas en F10, F12, y asistenciales en todas porque llegan al conocimiento en un 60%, excepto E12 que tiene un 80% de conocimiento.

### **Caracterización funciones directas según área de desempeño**

Tabla 12. Distribución funciones directas según área de desempeño. Pereira. 2007

AREA DE DESEMPEÑO	ASISTENCIAL		ADMINISTRATIVO		INVESTIGACION		DOCENTE		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
F1*	16	80	5	71,4	2	100	13	81,2	36
F2*	14	70	6	85,7	2	100	14	87,5	36
F3*	15	75	3	42,9	1	50	12	75	31
F4*	9	45	2	28,6	0	0	9	56,3	20
F5*	16	80	4	57,1	0	0	8	50	28
F6*	9	45	1	14,3	0	0	6	37,5	16
F7*	16	80	7	100	2	100	11	68,7	36
F8*	10	50	5	71,4	1	50	5	31,3	21
F9*	14	70	4	57,1	1	50	7	70	32
F10*	7	35	2	28,6	2	100	3	30	16
F11*	16	80	7	100	2	100	9	90	39
F12*	5	25	3	42,9	1	50	5	50	14
F13*	9	45	4	57,1	1	50	6	60	24
F14*	8	40	2	28,6	0	0	5	50	21
F15*	13	65	4	57,1	2	100	8	80	32
F16*	11	55	5	71,4	2	100	6	60	29
F17*	15	75	6	85,7	1	50	8	80	32

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

La tabla 12 nos muestra la Distribución funciones directas según área de desempeño, donde se observa al grupo del área asistencial con dificultades para identificar F4, F6 ambas con un 45% correspondientes a la atención de partos y prestación de primeros auxilios que corresponden a funciones de tipo asistencial y conociendo que esta es su área mas fuerte ya que se están desempeñando en el. Y en el área administrativa en F10 y F12 realizar inventarios y establecer libros de registros en el albergue, con un 35% y 25% respectivamente. El escenario administrativo presenta deficiencias en las mismas que el escenario asistencial sumándole la F14 correspondiente a una función administrativa el cual es la identificación de las necesidades del albergue.

En el área de la investigación hay deficiencias en F4, F5, F6, en 3 de las 5 funciones asistenciales lo cual responde a la ausencia de esta área. Además en F14, función administrativa donde ninguno considero que se hacia de forma directa. Y la docencia persisten las dificultades en F4, F6, F10 además de F8 que enuncia la organización del espacio del albergue. Todas las anteriores fueron presentadas como debilidades al tener un porcentaje menor de 50%.

**Caracterización funciones directas según estudios en emergencias y desastres**

Tabla 13. Distribución funciones directas según estudios en emergencias y desastres. Pereira. 2007

ESTUDIOS	CURSO		DIPLOMADO		NINGUNO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
F1*	19	52,8	2	5,5	15	41,7
F2*	22	61,1	2	5,6	12	33,3
F3*	18	58,1	1	3,2	12	38,7
F4*	8	40	1	5	11	55
F5*	15	53,6	2	7,1	11	39,3
F6*	10	62,5	0	0	6	37,5
F7*	17	47,2	2	5,6	17	47,2
F8*	9	42,9	1	4,7	11	52,4
F9*	16	50	0	0	16	50
F10*	6	37,5	0	0	10	62,5
F11*	21	53,8	2	5,1	16	41
F12*	6	42,9	2	14,2	6	42,9
F13*	12	50	1	4,2	11	45,8
F14*	11	52,4	1	4,7	9	42,9
F15*	19	59,4	1	3,1	12	37,5
F16*	16	55,2	1	3,4	12	41,4
F17*	17	53,1	2	6,3	3	40,6

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

La tabla 13 nos muestra la Distribución funciones directas según estudios en emergencias y desastres, donde se evidencia que la mayoría de los que consideraron la función de forma directa han realizado cursos solo con excepción en F4, F6, F8 y F10 donde los porcentajes son superiores en aquellos que no realizaron ningún tipo de estudio.

**Caracterización funciones directas según experiencia en emergencias y desastres.**

Tabla 14. Distribución funciones directas según experiencia en emergencias y desastres. Pereira. 2007

EXPERIENCIA	SI		NO	
	Nº	%	Nº	%
F1*	8	72,7	28	82,4
F2*	9	81,8	27	79,4
F3*	8	72,7	23	67,6
F4*	3	27,3	17	50
F5*	6	54,5	22	64,7
F6*	6	54,5	10	29,4
F7*	7	63,6	29	85,3
F8*	4	36,3	17	50
F9*	7	63,6	25	73,5
F10*	3	27,3	13	38,2
F11*	10	91	29	85,3
F12*	2	18,2	12	35,3
F13*	8	72,7	16	47,1
F14*	7	63,6	14	41,2
F15*	9	81,8	23	67,6
F16*	7	63,6	22	64,7
F17*	8	72,7	24	70,6

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

La tabla 14 nos muestra la Distribución funciones directas según experiencia en emergencias y desastres, aquí el porcentaje más significativo de aquellas que consideraron las funciones de tipo directo no tienen ningún tipo de experiencia haciendo pensar que la experiencia no es tan determinante para identificar el rol ante situaciones de catástrofes que requieran su oportuna intervención.

## 5.7 Caracterización de estudios en emergencias y desastres, experiencia, fortalezas y debilidades con grupos de edad.

### *Caracterización estudios según grupos de edad*

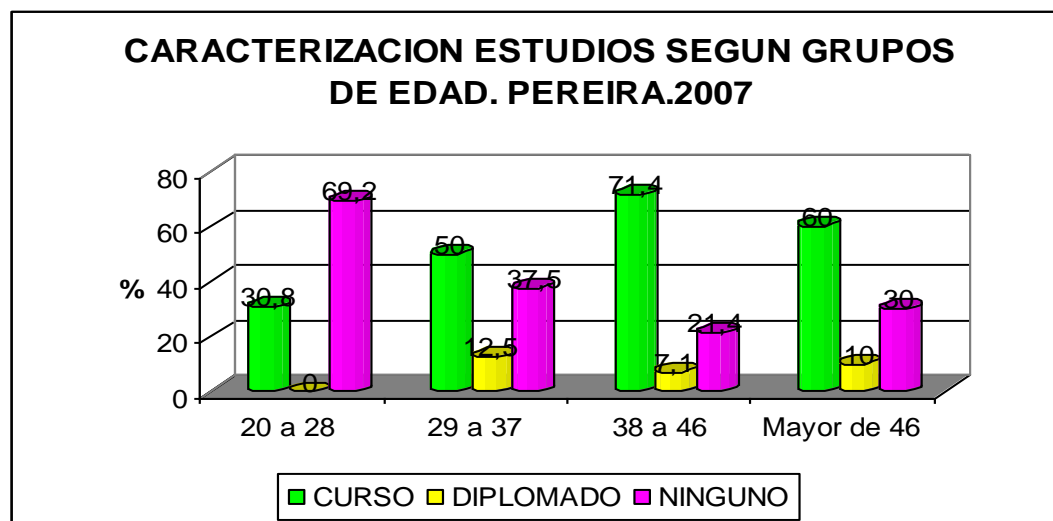
Tabla 15. Distribución estudios según grupos de edad. Pereira. 2007

ESTUDIOS GRUPOS DE EDAD	CURSO		DIPLOMADO		NINGUNO		TOTAL Nº
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
20 a 28	4	30,8	0	0	9	69,2	13
29 a 37	4	50	1	12,5	3	37,5	8
38 a 46	10	71,4	1	7,1	3	21,4	14
Mayor de 46	6	60	1	10	3	30	10
TOTAL	24		3		18		45

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

La tabla 15 expone la Distribución estudios según grupos de edad. Nos permite apreciar claramente que el mayor porcentaje está en las personas que han tenido curso y se encuentran en el grupo de 38 a 46 años, seguido de el grupo mayor de 46 años, mientras que las personas que han realizado diplomado tienen un porcentaje más pequeño en los diferentes grupos de edad.

Gráfico 11. Caracterización estudios según grupos de edad. Pereira. 2007



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

Como se exhibe en la gráfica 11 hay una marcada tendencia en el grupo de 38 a 46 años pues este grupo tiene un 71,4% pues han realizado curso, mientras que los demás grupos que aunque han realizado cursos y diplomados no son tan destacables.

### **Caracterización experiencia según grupos de edad**

Tabla 16. Distribución experiencia según grupos de edad. Pereira. 2007

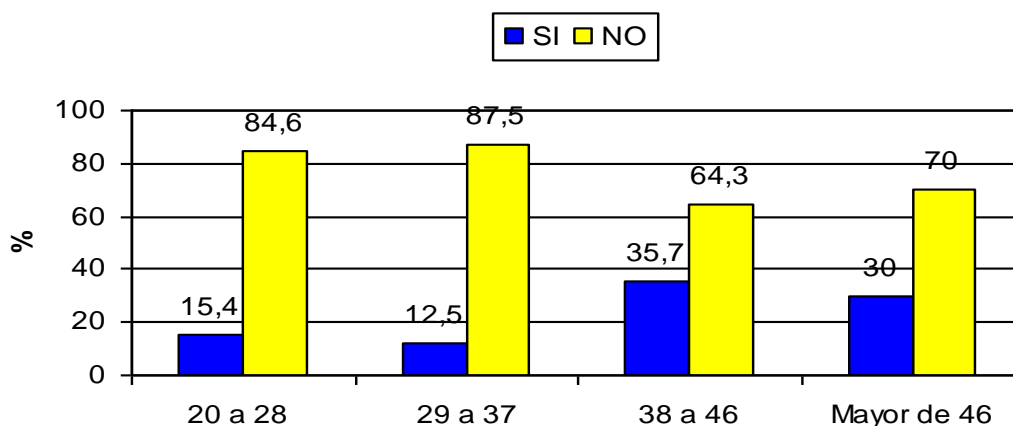
EXPERIENCIA	SI		NO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
GRUPOS DE EDAD					Nº
20 a 28	2	15,4	11	84,6	13
29 a 37	1	12,5	7	87,5	8
38 a 46	5	35,7	9	64,3	14
Mayor de 46	3	30	7	70	10
TOTAL	11		34		45

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

En la tabla 16 se observa la Distribución de experiencia según grupos de edad, aquí se puede apreciar claramente que el mayor porcentaje de las mujeres que si tienen experiencia es de 38 a 46 años que corresponden a 5 mujeres que equivalen al 35,7% mientras que el grupo de edad que no tiene experiencia sobresale el de 29 a 37 años correspondiendo a 7 mujeres que equivalen al 87,5%. Los grupos de edad que le siguen y si tienen experiencia son mayor de 46 años con 3 mujeres que equivalen al 30%, el grupo de 20 a 28 años con 2 mujeres equivalentes al 15,4%, el grupo de 29 a 37 con 1 mujer equivalente 12,5% y el grupo de mujeres que no tienen experiencia le siguen de 20 a 28 años 11 mujeres que equivalen al 84,6%, el grupo mayor de 46 años 7 mujeres que equivalen 70% y el grupo de 38 a 46 años que equivalen al 64,3%. Por lo tanto se puede notar que las mujeres que tienen más experiencia son las que están incluidas en el grupo de 38 a 46 años ya sea por su larga trayectoria profesional o laboral.

Grafico 12. Caracterización experiencia según grupos de edad. Pereira. 2007

#### **CARACTERIZACION EXPERIENCIA SEGUN GRUPOS DE EDAD. PEREIRA. 2007**



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

Como se muestra en la grafica 12 hay una marcada tendencia en el grupo de 29 a 37 años, pues este no tiene ninguna experiencia en la atención de emergencias y desastres, seguido del grupo de 20 a 28 años lo cual nos indica que son muy bajas los porcentajes de los grupos que si poseen experiencia en la atención de emergencias y desastres.

### **Caracterización fortalezas y debilidades según grupos de edad**

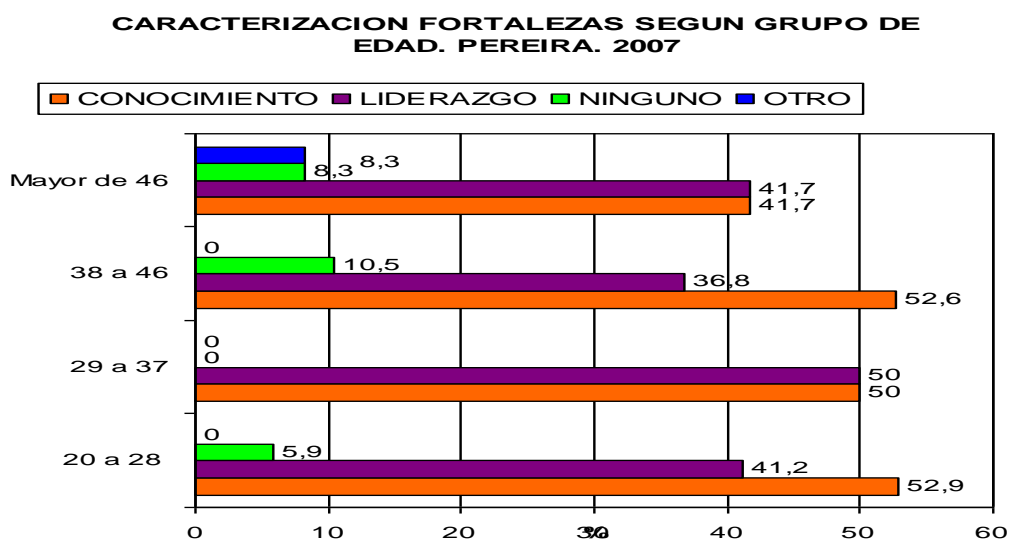
Tabla 17. Distribución fortalezas según grupos de edad. Pereira. 2007

FORTALEZAS GRUPOS DE EDAD	CONOCIMIENTO		LIDERAZGO		NINGUNO		OTRO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
20 a 28	9	52,9	7	41,2	1	5,9	0	0	17
29 a 37	6	50	6	50	0	0	0	0	12
38 a 46	10	52,6	7	36,8	2	11	0	0	19
Mayor de 46	5	41,7	5	41,7	1	8,3	1	8,3	12
TOTAL	30	42,9	25	35,7	4	2,9	1	1,4	60

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

La tabla 17 hace alarde a la Distribución fortalezas según grupos de edad, aquí se puede estimar notoriamente que el grupo que posee mas conocimiento es el de los 20 a 28 años correspondiente a 9 mujeres que equivalen al 52,9%, el grupo que posee mas liderazgo es el de 29 a 37 años correspondiente a 6 mujeres que equivalen 50% y el grupo que no posee ninguno de los anteriores es mayor de 46 años correspondiente a 1 mujer que equivale el 8.3%.

Grafico 13. Caracterización fortalezas según grupos de edad. Pereira. 2007



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

Como se muestra en la grafica 13 Todos los grupos de edad poseen varias fortalezas pero el grupo que mas se destaca con la fortaleza conocimiento es el grupo de los 20 a los 28 años..

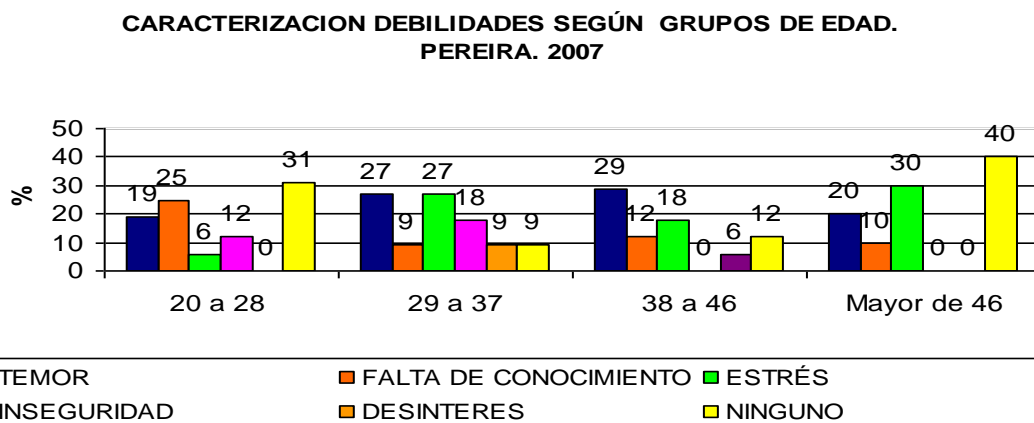
Tabla 18. Distribución debilidades según grupos de edad. Pereira. 2007

GRUPOS DE EDAD	20a 28		29 a 37		38 46		Mayor de 46		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Temor	3	18,7	3	27,3	5	29	2	20	13
Falt. conocimiento	4	25	1	9,1	2	12	1	10	8
Estrés	1	6,3	3	27	3	18	3	30	10
Inseguridad	2	12,5	2	18,1	0	0	0	0	4
Desinterés	0	0	1	9,1	1	5,9	0	0	2
Ninguno	6	31	1	9,1	6	12	4	40	17
TOTAL	16		11		17		10		54

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

En la tabla 18 se observa la Distribución debilidades según grupos de edad, aquí se muestra claramente que en el primer grupo de edad predomina la debilidad de falta de conocimiento y en los dos siguientes grupos de edad la mas marcada es el temor, menos en el grupo de edad mayor de 46 años pues allí no hay ninguna debilidad que predomine, porque el grupo de edad de los 20 a los 28 años presentan 3 mujeres que corresponden a un 18,7%, el grupo de edad de los 29 a 37 años presentan 3 mujeres que corresponden a un 27,3%, el grupo de edad de los 38 a 46 años presentan 5 mujeres que corresponden al 29% y el grupo de edad mayor de 46 años presentan el 3 mujeres correspondientes al 30%.

Grafico 14. Caracterización debilidades según grupos de edad. Pereira. 2007



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007



Como se puede apreciar en la grafica 14 las principales debilidades allí enmarcadas son falta de conocimiento, temor y ninguna de las anteriores, pero de todas las debilidades la mas marcada es la que no presentan ninguna de las debilidades mostradas lo que equivale a un 40% de 4 mujeres.

## 5.8 Caracterización de experiencia en emergencias y desastres, fortalezas, debilidades con estudios en emergencias y desastres

### *Caracterización experiencia según estudios*

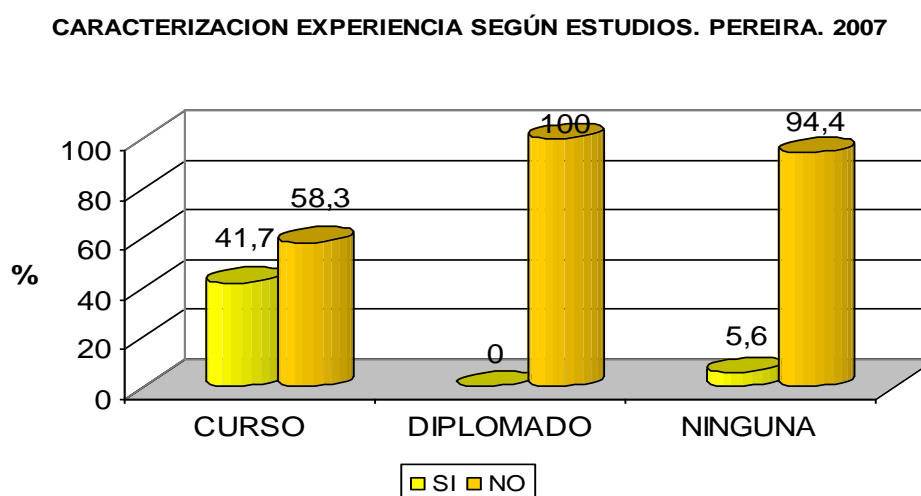
Tabla 19. Distribución experiencia según estudios. Pereira. 2007

EXPERIENCIA ESTUDIOS	SI		NO		TOTAL N°
	N°	%	N°	%	
Curso	10	41,7	14	58,3	24
Diplomado	0	0	3	100	3
Ninguna	1	5,6	17	94,4	18
TOTAL	11	24,4	34	75,6	45

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

En la tabla 19 se marca la Distribución experiencia según estudios. Aquí se muestra notoriamente que 10 mujeres equivalentes al 41,7% si tienen experiencia y han estado en cursos, mientras que 3 mujeres equivalentes al 100% no han tenido experiencia pero han realizado un diplomado, lo cual nos indica que la mayoría de mujeres han realizado especializaciones pero no han tenido contacto directo con la atención de emergencias y desastres.

Grafico 15. Caracterización experiencia según estudios. Pereira. 2007



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

Como se muestra en la grafica 15 hay una marcada tendencia en las mujeres que han realizado diplomados pero que no han tenido experiencia lo cual indica que las mujeres están preparadas pero les falta tiempo y oportunidades para poder adquirir la experiencia.

### **Caracterización fortalezas y debilidades según estudios**

Tabla 20. Distribución fortalezas según estudios. Pereira. 2007

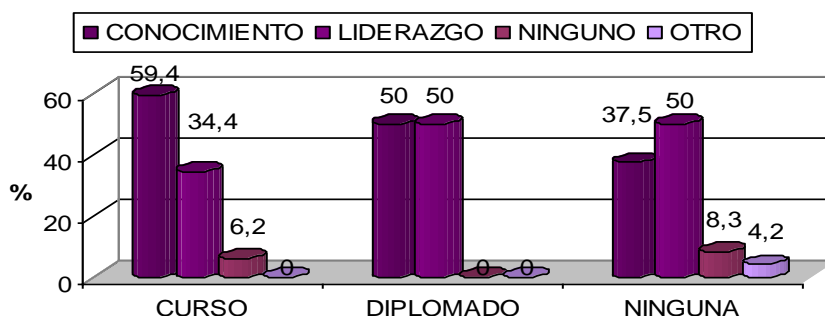
FORTALEZAS ESTUDIOS	CONOCIMIENTO		LIDERAZGO		NINGUNO		OTRO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Curso	19	59,4	11	34,4	2	6,2	0	0	32
Diplomado	2	50	2	50	0	0	0	0	4
Ninguna	9	37,5	12	50	2	8,3	1	4,2	24
TOTAL	30	50	25	41,7	4	6,7	1	1,6	60

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

En la tabla 20 se muestra la Distribución fortalezas según estudios. Se identifica que 19 mujeres que equivalen a un 59,4% han realizado cursos y poseen conocimiento, 12 mujeres que equivalen a un 50% no han realizado ningún diplomado pero tienen liderazgo, 2 mujeres que equivalen al 50% han realizado diplomado y tiene liderazgo, 2 mujeres que equivalen al 8,3% no tienen ningún estudio ni poseen ninguna fortaleza, mientras que 1 mujer que equivale al 4,2% no presenta ningún estudio pero si presenta otro tipo de fortaleza.

Grafico 16. Caracterización fortalezas según estudios. Pereira. 2007

**CARACTERIZACION FORTALEZAS SEGUN ESTUDIOS. PEREIRA. 2007**



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

Como se muestra en la grafica 16 hay una marcada tendencia en fortalezas como; conocimiento, liderazgo, con los cursos y diplomados, pero el que mas predomina es el conocimiento que lo poseen 19 mujeres que equivalen al 59,4% las cuales han realizado curso.

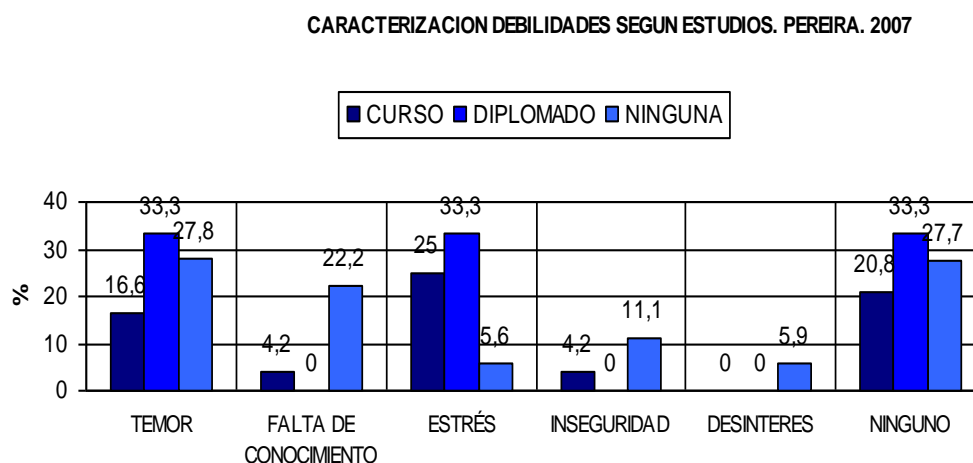
Tabla 21. Distribución debilidades según estudios. Pereira. 2007

ESTUDIOS DEBILIDADES	CURSO		DIPLOMADO		NINGUNA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Temor	5	16,6	1	33,3	7	27,8	13	22,2
Falt. de conocimiento	2	4,2	0	0	6	22,2	8	11,1
Estrés	6	25	1	33,3	3	5,6	10	17,8
Inseguridad	2	4,2	0	0	2	11,1	4	6,7
Desinterés	0	0	0	0	2	5,9	2	2,2
Ninguno	11	20,8	1	33,3	5	27,7	17	24,4
TOTAL	26		3		25		54	

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

En la tabla 21 se muestra la Distribución debilidades según estudios. Se identifica que es mayor el temor, la falta de conocimiento, inseguridad y desinterés con porcentajes de 27.8%, 22.2%, 11.1% y 5.9% respectivamente en aquellos que no han realizado ningún tipo de estudio y es mayor el estrés en aquellos que han realizado cursos lo cual permite deducir que el conocimiento en emergencias y desastres permite identificar elementos propios de la situación de emergencias y desastres lo cual generan en gran manera estrés por todo lo que se presenta e implica ejercer una función allí.

Grafico 17. Caracterización debilidades según estudios. Pereira. 2007



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

Como se muestra en la grafica 17 en esta variable es mayor el temor, la falta de conocimiento, inseguridad y desinterés en aquellos que no han realizado ningún tipo de estudio y es mayor el estrés en aquellos que han realizado cursos lo cual permite deducir que el conocimiento en emergencias y desastres permite identificar elementos propios de la situación de emergencias y desastres lo cual generan en gran manera estrés por todo lo que se presenta e implica ejercer una función allí.

## 5.9 Caracterización de preparación académica, experiencia en emergencias y desastres, fortalezas, debilidades con área de desempeño.

### **Caracterización estudios según área de desempeño**

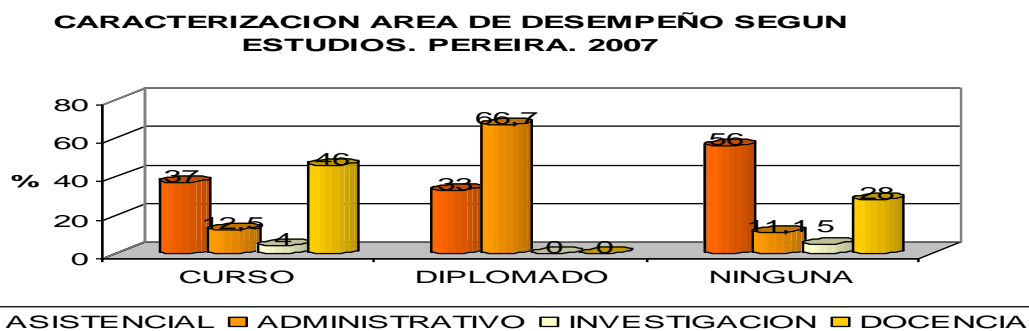
Tabla 22. Distribución estudios según área de desempeño. Pereira. 2007

AREA DESEMPEÑO ESTUDIOS	ASISTENCIAL		ADMINISTRATIVO		INVESTIGACION		DOCENCIA		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Curso	9	37,5	3	12,5	1	4,1	11	45,8	24
Diplomado	1	33,3	2	66,7	0	0	0	0	3
Ninguna	10	55,6	2	11,1	1	5,5	5	27,8	18
TOTAL	20	44,4	7	15,6	2	4,4	16	35,6	45

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

En la tabla 22 se marca la Distribución estudios según área de desempeño. Aquí se muestra que de las enfermeras que son asistenciales las que mas se destacan son 9 que equivalen al 37,5% y estas han realizado curso, las enfermeras administrativas que mas se destacan son 2 que equivalen al 66,7% que han realizado diplomado, las enfermera investigadora que mas se destaca es 1 que equivale al 5,5% que no ha realizado ningún tipo de estudio y las enfermeras docentes que mas se destacan son 11 que equivalen al 45,8% que han realizado curso.

Grafico 18. Caracterización estudios según área de desempeño. Pereira. 2007



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

Como se muestra en la grafica 18 hay una marcada tendencia en las enfermeras asistenciales, administrativas, investigadoras y docentes que han realizado cursos, diplomados y aquellas que no han realizado ningún tipo de curso. Pero la más marcada de todas son 2 enfermeras administrativas que equivalen a un 66,7% y han realizado diplomado.

### **Caracterización experiencia según escenario laboral**

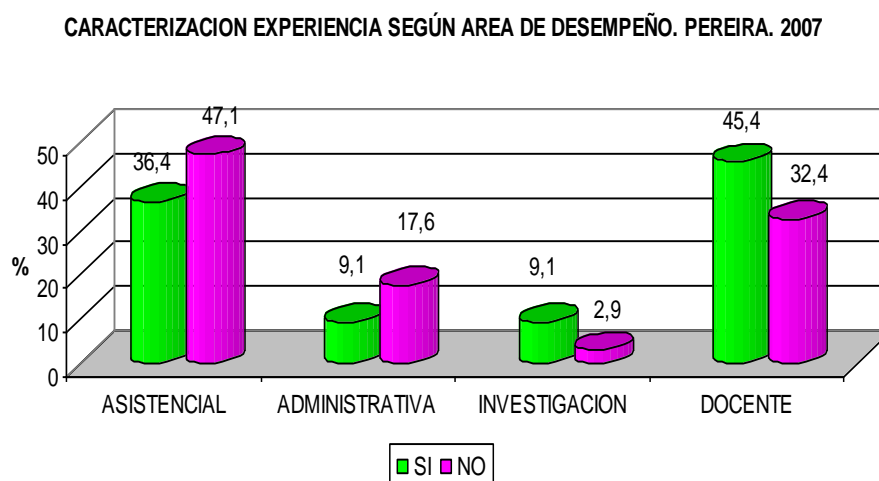
Tabla 23. Distribución experiencia según área de desempeño. Pereira. 2007

EXPERIENCIA AREA DESEMPEÑO	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Asistencial	4	36,4	16	47,1	20	44,4
Administrativa	1	9,1	6	17,6	7	15,6
Investigación	1	9,1	1	2,9	2	4,4
Docente	5	45,4	11	32,4	16	35,6
TOTAL	11		34		45	100

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

En la tabla 23 se marca la Distribución experiencia según área de desempeño. Aquí se muestra que de las áreas de desempeño el 45,4% son enfermeras docentes que si tienen experiencia, mientras que el 47,1% son enfermeras asistenciales que no tienen experiencia.

Grafico 19. Caracterización experiencia según área de desempeño. Pereira. 2007



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

Como se muestra en la grafica 19 hay una marcada tendencia en las enfermeras que si tienen experiencia y son docentes con 45,4%, y las enfermeras que no tienen experiencia y son asistenciales con un 47,1%, lo cual nos muestran que tienen más experiencia las asistenciales que el resto de enfermeras que se desempeñan como docentes, investigadoras y administrativas.

### **Caracterización participación en simulacros según escenario laboral**

Tabla 24. Distribución participación en simulacros según área de desempeño. Pereira. 2007

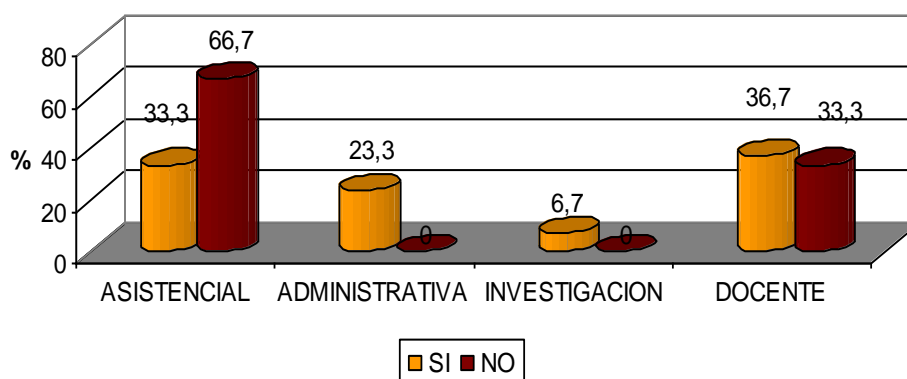
PARTICIPACION SIMULACROS AREA DE DESEMPEÑO	SI		NO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Asistencial	10	33,3	10	66,7	20	44,4
Administrativa	7	23,3	0	0	7	15,6
Investigación	2	6,7	0	0	2	4,4
Docente	11	36,7	5	33,3	16	35,6
TOTAL	30		15		45	100

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

En la tabla 24 se marca la Distribución participación en simulacros según escenario laboral. Se nota que 36,7% de las enfermeras docentes si tienen participación en simulacros, mientras que el 66,7% de las enfermeras asistenciales no tienen participación en simulacros.

Grafico 20. Caracterización participación en simulacros según área de desempeño. Pereira. 2007

**CARACTERIZACION PARTICIPACION EN SIMULACROS SEGÚN AREA DE DESEMPEÑO.  
PEREIRA. 2007**



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

Como se muestra en la grafica 20 hay una marcada tendencia en el 66,7% que equivalen a las enfermeras que trabajan en el área asistencial y tienen participación en simulacros en las enfermeras que son Cabe señalar

### **Caracterización fortalezas y debilidades según escenario laboral**

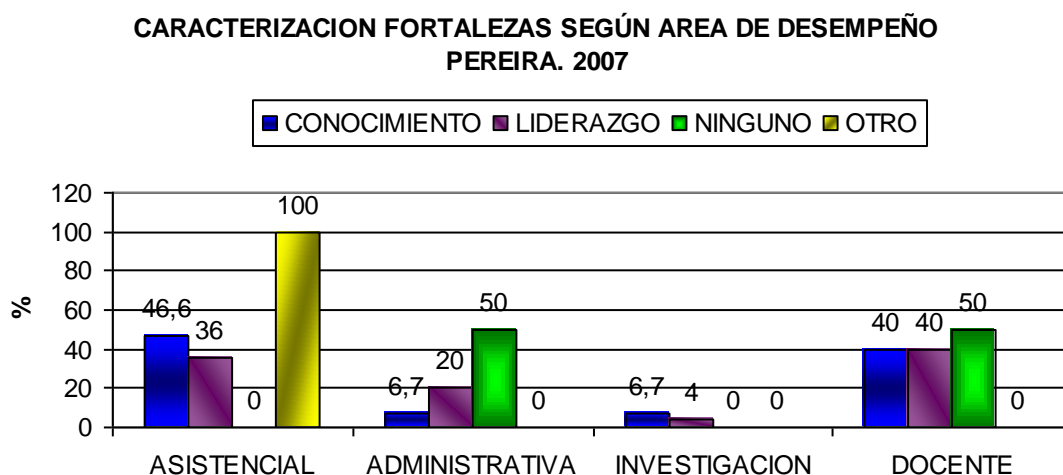
Tabla 25. Distribución fortalezas según área de desempeño. Pereira. 2007

FORTALEZAS AREA DE DESEMPEÑO	CONOCIMIENTO		LIDERAZGO		NINGUNO		OTRO		TOTAL Nº
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Asistencial	14	46,6	9	36	0	0	1	100	24
Administrativa	2	6,7	5	20	2	50	0	0	9
Investigación	2	6,7	1	4	0	0	0	0	3
Docente	12	40	10	40	2	50	0	0	24
TOTAL	30	100	25	100	4	100	1	100	60

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

En la tabla 25 se marca la Distribución fortalezas según área de desempeño. Se puede notar que el 46,6% de las enfermeras que trabajan en el área asistencial tienen conocimiento, el 40% de las enfermeras que trabajan en docencia tienen liderazgo y el 50% de las enfermeras que trabajan en el área administrativa no tienen ninguna fortaleza y el 100% de las enfermeras que trabajan en el área asistencial tienen otro tipo de fortaleza.

Grafico 21. Caracterización fortalezas según área de desempeño. Pereira. 2007



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

Como se muestra en la grafica 21 hay una marcada tendencia en las enfermeras que trabajan en el área asistencial pues 46,6% de ellas poseen conocimiento y 66% poseen liderazgo, mientras que las demás áreas de desempeño manejan porcentajes pero no tan representativos.

Tabla 26. Distribución debilidades según área de desempeño. Pereira. 2007

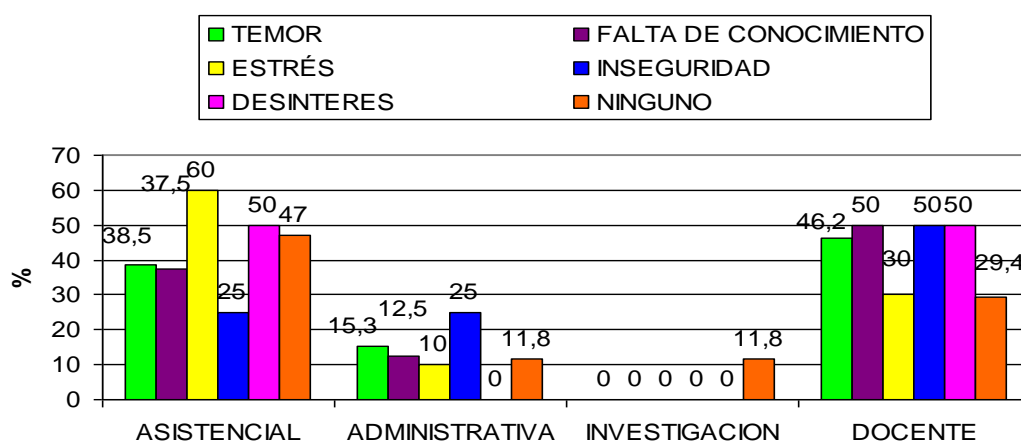
AREA DE DESEMPEÑO DEBILIDADES	ASISTENCIAL		ADMINISTRATIVA		INVESTIGACION		DOCENTE		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº
Temor	5	38,5	2	15,3	0	0	6	46,2	13
Falt. Conocimientos	3	37,5	1	12,5	0	0	4	50	8
Estrés	6	60	1	10	0	0	3	30	10
Inseguridad	1	25	1	25	0	0	2	50	4
Desinterés	1	50	0	0	0	0	1	50	2
Ninguno	8	47	2	11,8	2	11,8	5	29,4	17
Total	24		7		2		21		54

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

En la tabla 26 se marca la Distribución debilidades según área de desempeño. Aquí se muestra que las enfermeras desempeñadas en la docencia son quienes tienen un mayor temor con un 46.2% y falta de conocimiento e inseguridad ambas con un 50%. Las que mas presentan estrés son las de la área asistencial con un 60% y el desinterés lo presentan el área asistencial y docente con un 50% las dos. Quienes consideran que no presentan ninguna debilidad en primer lugar se ubica el área asistencial con 47% y el área docente con un 29.4% y en tercer lugar el área administrativa con 11.8%.

Grafico 22. Caracterización debilidades según área de desempeño. Pereira. 2007

CARACTERIZACION DEBILIDADES SEGUN AREA DE DESEMPEÑO. PEREIRA. 2007



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007



Como se muestra en la grafica 22 hay una marcada tendencia al temor en el área asistencial, inseguridad en el área administrativa y falta de conocimientos inseguridad, ninguna debilidad el área de la investigación y desinterés en la docencia.

### 5.9 Caracterización de participación en simulacros según experiencia en emergencias y desastres, fortalezas y debilidades.

#### *Caracterización participación en simulacros según experiencia*

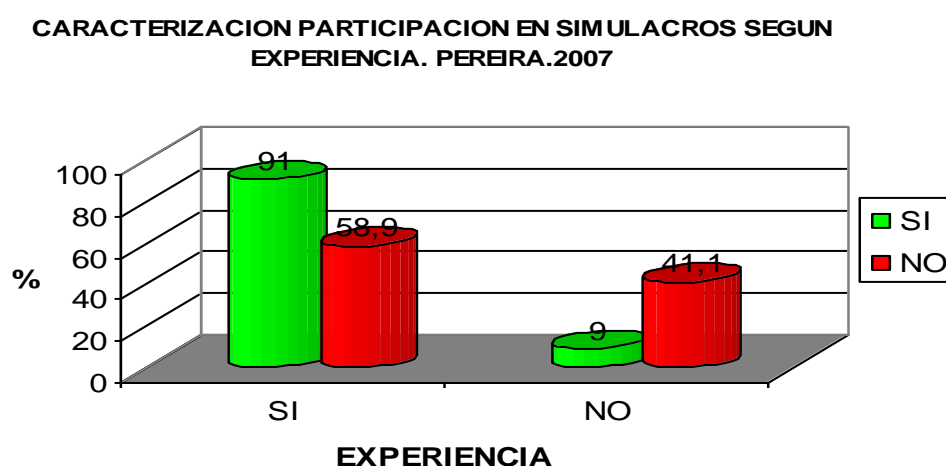
Tabla 27. Distribución participación en simulacros según experiencia. Pereira. 2007

EXPERIENCIA	SI		NO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	
Si	10	91	1	9	11
No	20	58,9	14	41,1	34
TOTAL	30	66,7	15	33,3	45

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

En la tabla 27 se marca la Distribución participación en simulacros según experiencia. Que el 91% de las enfermeras si tienen experiencia y han tenido participación en simulacros, mientras que el 41,1% de las enfermeras no ha tenido experiencia y tampoco participación en simulacros.

Grafico 23. Caracterización participación en simulacros según experiencia. Pereira. 2007



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

Es notable que en la grafica 23, hay una marcada tendencia en las enfermeras que si tienen experiencia y han tenido participación en simulacros con el 91%.

Mientras que las enfermeras que no han participado en simulacros ni han tenido experiencia con el 41,1%.

**Caracterización participación en simulacros según fortalezas y debilidades**

Tabla 28. Distribución participación en simulacros según fortalezas. Pereira. 2007

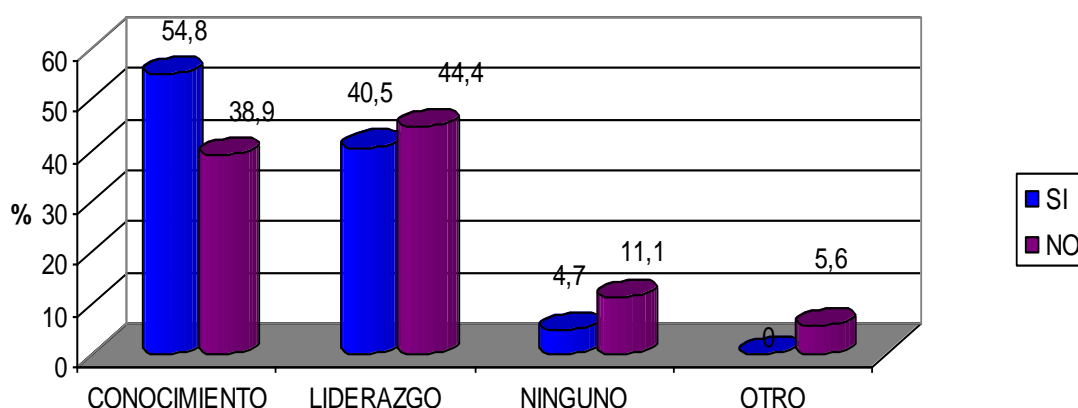
PARTICIPACION SIMULACROS FORTALEZAS	SI		NO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº
Conocimiento	23	54,8	7	38,9	30
Liderazgo	17	40,5	8	44,4	25
Ninguno	2	4,7	2	11,1	4
Otro	0	0	1	5,6	1
TOTAL	42		18		60

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

En la tabla 28 se marca la Distribución participación en simulacros según fortalezas. Evidencia que tienen mas conocimiento y liderazgo han participado en simulacros indicando que es importante su participación para fortalecer afianzar o formar estas fortalezas en los profesionales de enfermería.

Gráfico 24. Caracterización participación en simulacros según fortalezas. Pereira. 2007

**CARACTERIZACION PARTICIPACION EN SIMULACROS SEGUN FORTALEZAS.  
PEREIRA. 2007**



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

Como se muestra en la grafica 24 hay una marcada tendencia que el conocimiento se adquiere con la participación en simulacros ocurriendo algo

contrario con el liderazgo ya que es de un 44.4 en quienes no han realizado y 40.5% en los que si.

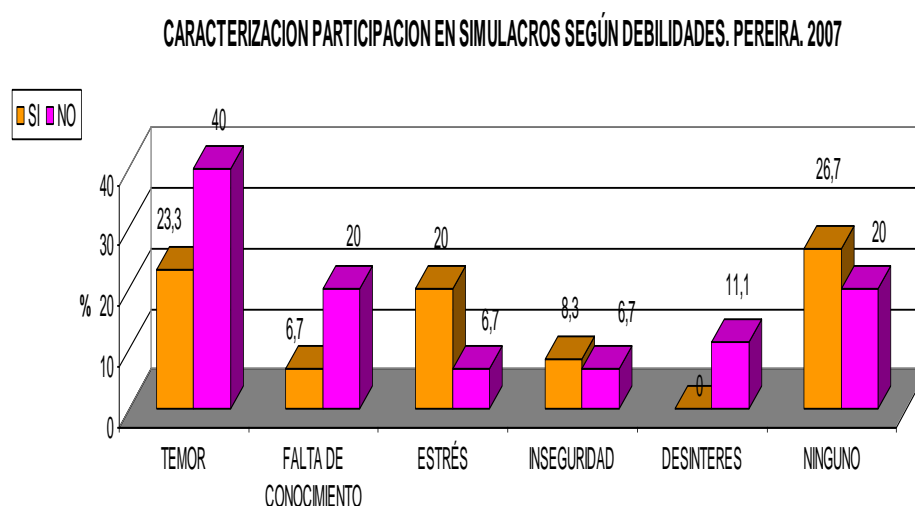
Tabla 29. Distribución participación en simulacros según debilidades. Pereira. 2007

PARTICIPACION SIMULACROS DEBILIDADES	SI		NO		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº
Temor	7	23,3	6	40	13
Falta de conocimiento	4	6,7	4	20	8
Estrés	9	20	1	6,7	10
Inseguridad	3	8,3	1	6,7	4
Desinterés	0	0	2	11,1	2
Ninguno	13	26,7	4	20	17
TOTAL	36		18		54

Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

En la tabla 29 se marca la Distribución participación en simulacros según debilidades. Donde se muestra que el 40% de quienes tienen temor no han participado en simulacros y en las otras debilidades sobresale los que no han participado en simulacros.

Grafico 25. Caracterización participación en simulacros según debilidades. Pereira. 2007



Fuente: Encuesta a personal de enfermería seleccionado de IMS. HUSJ. Universidad Libre. Pereira 2007

Como se muestra en la grafica 25 hay una tendencia a la participación de simulacros en quienes manifiestan sentir temor y falta de conocimiento,

ocurriendo todo lo contrario en quienes presentan estrés, inseguridad al referir que si han participado en simulacros.

## **6. DISCUSION, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

De acuerdo con los datos presentados en la variable de estudios es importante mencionar que un porcentaje alto del 40% no tenga ningún tipo de estudio entonces surgiría la pregunta ¿que tipo de atención prestarían dichas personas? Además es necesario reconocer la importancia de realizar estudios más especializados en esta área para mejorar la capacidad de respuesta y localidad de la atención mejoren para esto se recomienda seleccionar los profesionales de enfermería y brindarles una capacitación adecuada donde se identifique claramente el rol a desempeñar, pero antes de ello es necesario establecerlo.

Debe fortalecerse la creación de simulacros periódicos para los profesionales de enfermería por parte de entidades privadas o estatales, los cuales se constituyen en herramienta primordial para identificar claramente el rol y de esta forma desempeñarlo y desarrollar estrategias de mejoramiento de la atención.

Aunque exista un buen porcentaje en la participación en simulacros es mas importante que los profesionales se consideren con experiencia que en si hayan participado en dichos simulacros. Partiendo de ello se puede concluir que la participación en simulacros no brinda la experiencia requerida.

Hay debilidades que pueden ser trabajadas para optimizar como lo son el temor y el estrés con la participación en simulacros allí se pueden tratar aquellas debilidades pero para la falta de conocimiento es necesaria una capacitación mas adecuada. Diseñar estrategias para tratar dichas debilidades.

Los profesionales de enfermería encuestados poseen habilidades pero es necesario fortalecer el área de preparación técnico-científica y practica.

Se observa una deficiencia de todos los grupos para identificar la función de prestar primeros auxilios y atención de partos, lo cual puede evidenciar que no se sienten identificadas con tal rol y mejor lo asignan o creen que el único responsable de ello es el personal medico.

A razón del comportamiento que se presenta con respecto a la variable funciones directas según estudios se observa que ha que aquellos que han considerado F4 y F6 como función directa no tienen ningún tipo de estudio y aquellos que tienen estudios no la consideran de dicha manera indicando que en la capacitación brindada no se esta aclarando estas dos funciones

principales de tipo asistencial, teniendo en cuenta que hay serios problemas para identificar dichas funciones entre el personal de enfermería.

Teniendo en cuenta la variable fortalezas según grupo de edad, se puede concluir que el grupo de edad que mas se destaca con la fortaleza conocimiento es el grupo de los 20 a los 28 años, lo cual quiere decir que los profesionales de enfermería que están recibiendo su formación profesional en los últimos años están mas preparados en la atención de emergencias y desastres que aquellos profesionales que salieron hace muchos años de la universidad.

Realizar capacitaciones y afianzar los conocimientos y las prácticas para que de esta manera se pueda brindar una atención y cuidado integral al paciente.

Teniendo en cuenta la variable grupos de edad según experiencia, se puede concluir que hay una notable tendencia en el grupo de 29 a 37 años, pues este no tiene ninguna experiencia en la atención de emergencias y desastres, seguido del grupo de 20 a 28 años lo cual nos indica que son mas altos los porcentajes de los grupos que no poseen experiencia en la atención de emergencias y desastres que los que si.

Partiendo de esto se recomienda que los profesionales de la salud se concienticen de el papel tan importante que deben asumir en la atención de pacientes ya sea en un sismo o desastre, por este motivo buscar los mecanismos adecuados para ingresar a grupos especializados en emergencias y desastres para que de esta manera puedan adquirir la habilidad y experiencia en una situación en la que haya un saldo masivo de victimas

Las principales las funciones donde se presenta deficiencias para identificarlas son F4 y F6 en el área asistencial actualización de funciones de tipo asistencial en atención de emergencia y desastres.

## ANEXOS

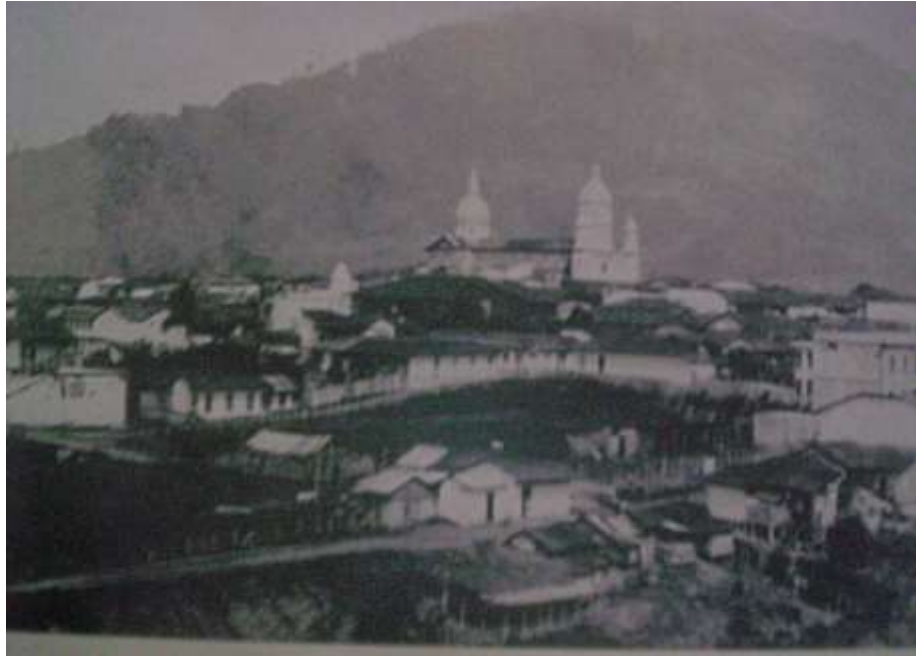
### Anexo A



### Anexo B



**Anexo C**



**Anexo D**



**Anexo E**



**Anexo F**





**Anexo G**



**Anexo H**



**Anexo I**



**Anexo J**



**Anexo K**



**Anexo L**



**Anexo M**



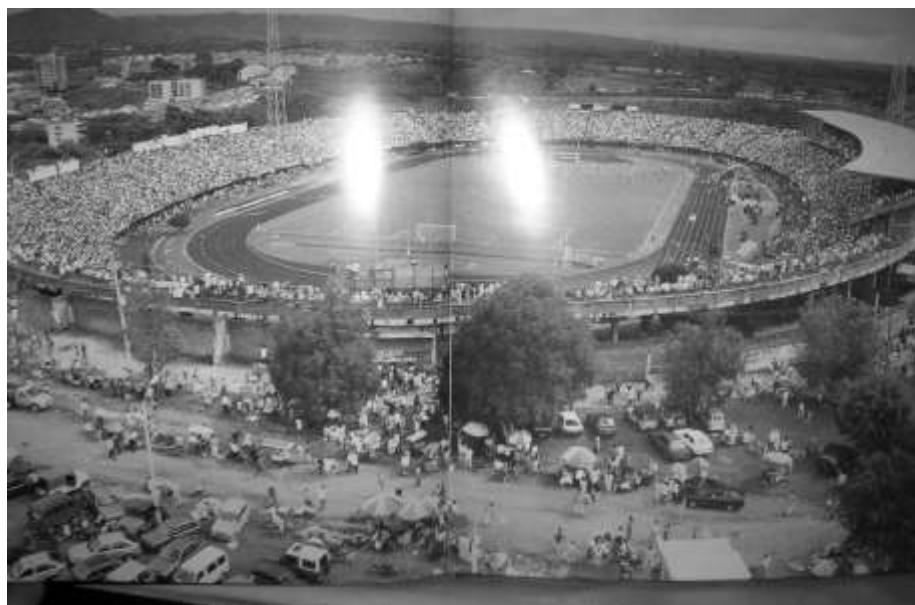
**Anexo N**



**Anexo Ñ**



**Anexo O**



**Anexo P**



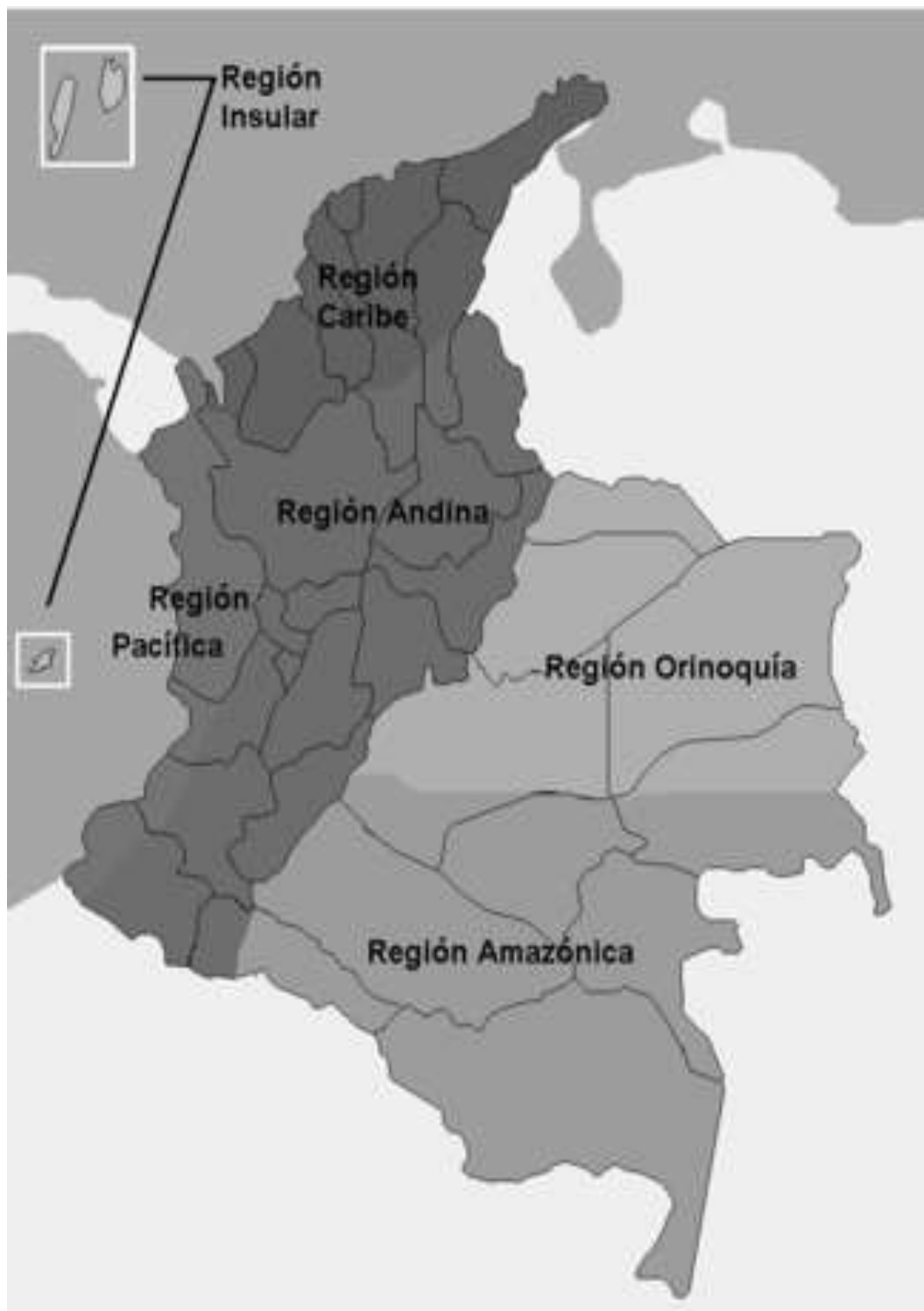
**Anexo Q**



## Anexo R

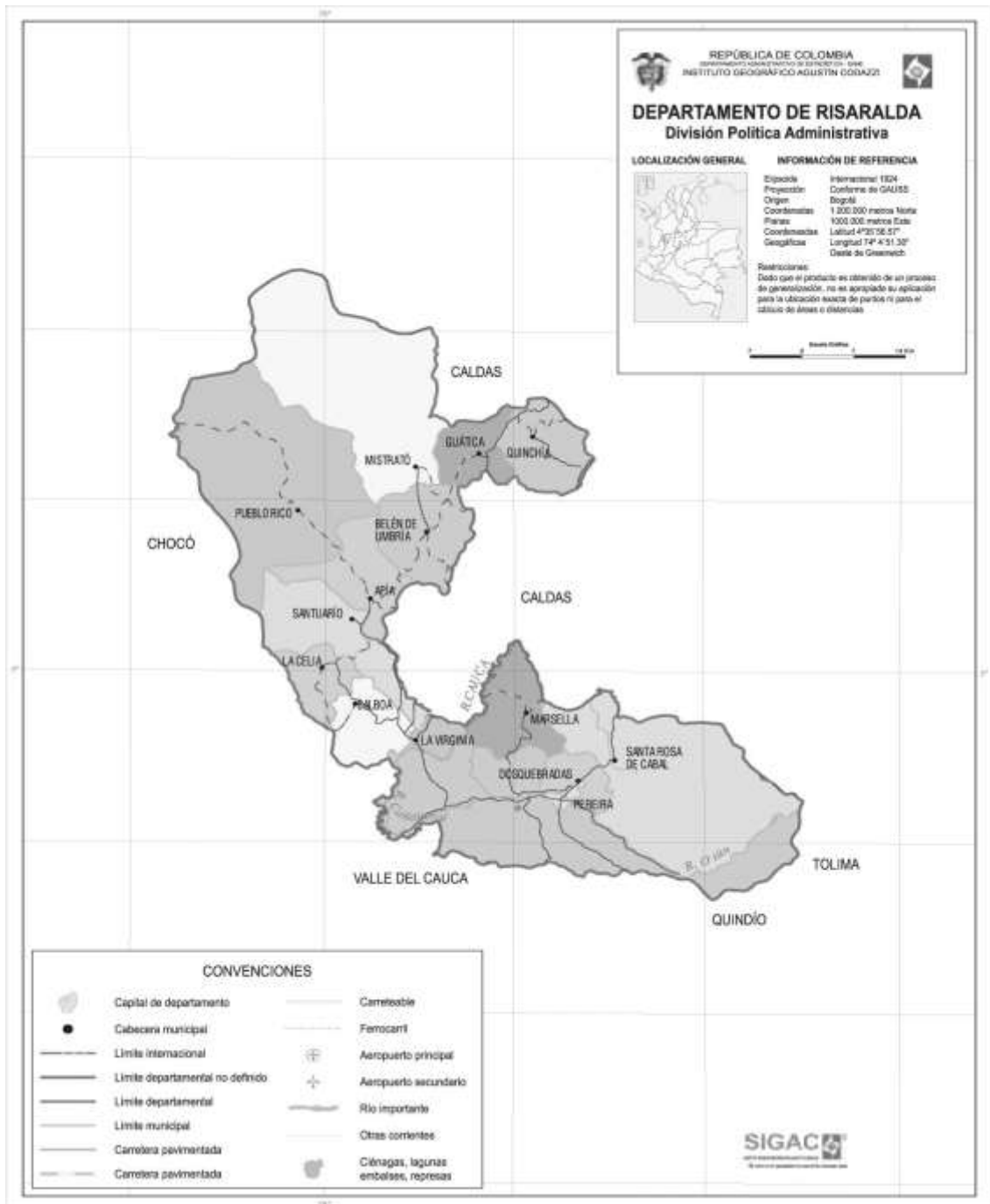


## Anexo S





# Anexo T



## Anexo U

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_, identificada (o) con CC \_\_\_\_\_, expedida en \_\_\_\_\_, certifico que el día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año 2007.

Fui informada(o), a cerca de la participación voluntaria en la investigación desarrollada por parte de los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Libre Seccional Pereira. La cual se denomina” **“PREPARACION Y CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA PARA DESEMPEÑAR SU ROL EN UN AMBITO DIFERENTE AL HOSPITALARIO DESPUES DE UN SISMO EN PEREIRA AÑO 2007”** por Claudia Milena Muñoz Builes, Eliana Patricia Ortiz Olarte y Diana Marcela Reyes Builes. La cual se llevara a cabo en el **INSTITUTO MUNICIPAL DE SALUD DE PEREIRA**. En la cual se me da a conocer la manera como fui seleccionada(o) y quienes participaran, incluyendo los objetivos y el porque de la recolección de la información; además el compromiso que ellos como investigadores adquieren conmigo respetando y garantizando la absoluta privacidad y confidencialidad de la información en caso de aceptar participar o no en esta ; incluso si aun habiendo decidido participar y estar dentro de la investigación decidiera retirarme, lo podré hacer con plena libertad si así lo prefiero.

Para constancia firmo a los \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Participante  
CC

\_\_\_\_\_  
Investigador  
CC

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_, identificada (o) con CC \_\_\_\_\_, expedida en \_\_\_\_\_, certifico que el día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año 2007.

Fui informada(o), a cerca de la participación voluntaria en la investigación desarrollada por parte de los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Libre Seccional Pereira. La cual se denomina” **“PREPARACION Y CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA PARA DESEMPEÑAR SU ROL EN UN AMBITO DIFERENTE AL HOSPITALARIO DESPUES DE UN SISMO EN PEREIRA AÑO 2007”** por Claudia Milena Muñoz Builes, Eliana Patricia Ortiz Olarte y Diana Marcela Reyes Builes. La cual se llevara a cabo en **UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA**. En la cual se me da a conocer la manera como fui seleccionada(o) y quienes participaran, incluyendo los objetivos y el porque de la recolección de la información; además el compromiso que ellos como investigadores adquieren conmigo respetando y garantizando la absoluta privacidad y confidencialidad de la información en caso de aceptar participar o no en esta ; incluso si aun habiendo decidido participar y estar dentro de la investigación decidiera retirarme, lo podré hacer con plena libertad si así lo prefiero.

Para constancia firmo a los \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Participante  
CC

\_\_\_\_\_  
Investigador  
CC

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo \_\_\_\_\_, identificada (o) con CC \_\_\_\_\_, expedida en \_\_\_\_\_, certifico que el día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año 2007.

Fui informada(o), a cerca de la participación voluntaria en la investigación desarrollada por parte de los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Libre Seccional Pereira. La cual se denomina” **“PREPARACION Y CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA PARA DESEMPEÑAR SU ROL EN UN AMBITO DIFERENTE AL HOSPITALARIO DESPUES DE UN SISMO EN PEREIRA AÑO 2007”** por Claudia Milena Muñoz Builes, Eliana Patricia Ortiz Olarte y Diana Marcela Reyes Builes. La cual se llevara a cabo en **HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JORGE**. En la cual se me da a conocer la manera como fui seleccionada(o) y quienes participaran, incluyendo los objetivos y el porque de la recolección de la información; además el compromiso que ellos como investigadores adquieren conmigo respetando y garantizando la absoluta privacidad y confidencialidad de la información en caso de aceptar participar o no en esta ; incluso si aun habiendo decidido participar y estar dentro de la investigación decidiera retirarme, lo podré hacer con plena libertad si así lo prefiero.

Para constancia firmo a los \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ año\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Participante  
CC

\_\_\_\_\_  
Investigador  
CC

## Anexo V

**UNIVERSIDAD LIBRE  
SECCIONAL PEREIRA  
VIII SEMESTRE – ENFERMERÍA**

**PREPARACION Y CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERIA PARA DESEMPEÑAR SU ROL EN UN AMBITO DIFERENTE AL HOSPITALARIO DESPUES DE UN SISMO EN PEREIRA AÑO 2007**

**OBJETIVO:**

Identificar las funciones de los profesionales de enfermería **en un ambiente diferente al hospitalario durante la atención de las personas afectadas por un sismo.**

1). Edad: \_\_\_\_\_

2). Genero: Masculino  Femenino

3). Señale con una **x** en cuales de los siguientes escenarios laborales se desempeña actualmente

Asistencial       Administrativo       Investigador       Docente

4.) Nombre de la institución en que labora: \_\_\_\_\_

5.) ¿Tiene algún estudio en emergencias y desastres?

Curso       Diplomado       Especialización       Maestría       Ninguno

6.) Tiene experiencia en atención de emergencias y desastres:

SI       NO

*Señale con una **x** según considere*

7.) ¿Ha participado alguna vez en la realización de simulacros acerca de la atención de heridos después de ocurrido un desastre o una situación de emergencia?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

8) De los siguientes aspectos, señale ¿Cuáles considera que son sus fortalezas para actuar en una situación post- sísmica en un ámbito diferente al hospitalario?

Conocimiento       Liderazgo       Ninguno       Otro

9.) De los siguientes aspectos, señale ¿Cuáles considera que son sus debilidades para actuar en una situación post- sísmica en un ámbito diferente al hospitalario?

Temor       Falta de conocimientos       Estrés

Inseguridad       Desinterés       Ninguno

10).A continuación se encuentra un listado de funciones (Rol) que realiza el profesional de Enfermería en la escena del desastre. Marque con una x **únicamente** en la columna según corresponda a la prioridad de su función. Se considera **directa** la función que usted como enfermera realiza e **indirecta** la función que le corresponde a la enfermera pero puede ser delegada a sus subalternos y **no aplica** es aquella función que no le corresponde cumplir en dicho momento.

<b>FUNCIONES (ROL) EN UN AMBIENTE DIFERENTE AL HOSPITALARIO EN LA ESCENA DEL DESASTRE</b>	<b>DIRECTA</b>	<b>INDIRECTA</b>	<b>NO APLICA</b>
Planificación en la evacuación de heridos.			
Dirección del equipo disponible			
Revisión de los recursos disponibles.			
Prestación de los primeros auxilios			
Clasificación de heridos			
Atención de partos			
Designación de asistentes para delegar responsabilidades.			
Organización del espacio en albergue			
Implantación de procedimientos y normas de seguridad en albergue			
Elaboración de inventario de los materiales disponibles y en el albergue			
Coordinación de actividades.			
Establecimiento de libros de registro (Entradas y salidas de pacientes)			
Comunicación con las oficinas generales.			
Identificación de las necesidades del albergue			
Planeación de la separación de personas, de familias en quienes se sospecha alguna enfermedad contagiosa.			
Coordinación en la participación de organizaciones que atiendan a las víctimas en el albergue ( por ejemplo, salud publica y mental, recursos humanos y asociaciones religiosas)			
Coordinación en la remisión de pacientes según corresponda por nivel de atención.			

11). Las siguientes son capacidades de la enfermera (o) en una situación de emergencias y desastres. Marque con una x el numeral de 1 a 5 según su corresponda siendo 5 en lo que se siente más fuerte y 1 en lo que se siente más débil.

<b>CAPACIDADES DE LA ENFERMERA EN LA ATENCION DE EMERGENCIAS Y DESASTRES</b>	<b>1. MUY DEBIL</b>	<b>2. DEBIL</b>	<b>3. INTERMEDIO</b>	<b>4. FUERTE</b>	<b>5. MUY FUERTE</b>
Capacidad para asumir su función en situaciones de mayor tensión					
Capacidad para valorar adecuada y rápidamente a los lesionados					
Capacidad de reaccionar con los elementos disponibles					
Capacidad de liderazgo.					
Capacidad de tomar decisiones rápidas y firmes					
Capacidad para prever situaciones					
Capacidad para la supervisión					
Capacidad para impartir enseñanza					
Capacidad para aportar nuevos modelos de atención de enfermería en emergencias					

## BIBLIOGRAFIA

FERRERO GONZALEZ, Dalila y QUINTERO HERNANDEZ, Marta Cecilia. Planeta azul: Geografía e historia visualizada. 5a edición. Santa fé de Bogotá: Migema ediciones Ltda, 1999. 65 pág.

DICCIONARIO de la lengua española: Real academia española. Vigésima segunda edición. España: Rota papel S.L, 2001. 1596 Pág. ISBN 84-239—6813-8.

MORENO ROJAS, Jesús Herney. El impacto de los desastres: Análisis desde el sector vivienda. Pereira: Febrero de 2006, 173 pág. ISBN 958-8272-09-2.

MAIM GARCIA, Loretta. Enfermería en desastres: Planificación, evaluación e intervención. México: Harla, 1989. 419 pág. ISBN 968-635609-6.

DANE: Transversal 45 No.26-70 Interior I - CAN. Conmutador (571) 5978300 - Fax (571)5978399 Bogotá D.C., Colombia - Sur América dane@dane.gov.co. A.A 80043 Zona Postal 611.( citada 21 de abril de 2007). Población de Colombia según censo del 2005 por departamentos y municipios. Disponible en internet:[http://www.dane.gov.co/index.php?option=com\\_content&task=section&id=16&Itemid=39](http://www.dane.gov.co/index.php?option=com_content&task=section&id=16&Itemid=39)

TOMEY, Ann Marriner y ALLIGOOD, Martha Raile. Modelos y teorías en enfermería. 5ª edición. Madrid España: El sevier Science, 2003. 672 pág. ISBN 0-323-01193-4

URIBE URIBE, Hernando y ALCALDIA DE PEREIRA. Pereira: La fuerza de una raza. Edición 1000 ejemplares. Pereira, febrero de 2002. 160 pág.

Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres de Colombia. En: Mi amiga la tierra. : Preparémonos para el próximo terremoto. Diciembre de 1991; 25 Pág.

BEDOYA, Carmenza. BUSTAMANTE Leonor. CARDONA Gilma. CEBALLOS Maria Helena. DOMINGUEZ Ana Isabel. FORERO Constanza. GIRALDO Graciela. HURTADO Graciela. LALINDE, Maria Cecilia. LAVERDE, Laura Alicia. LOPEZ, Jorge Ivan. PEREZ Liria. RESTREPO Nora. TRUJILLO Gloria y VELEZ Lina María. El profesional de enfermería en situaciones de desastre. 1 ed. Medellín: universidad de Antioquia, 1990. 158 pag. ISBN 958-9021-92-1

NUEVA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA: Reforma policía constitucional acto legislativo 01 Julio 3 de 2003. Edición 2004. Santa fe de Bogota D.C, Colombia: Editorial unión Ltda., 2004. 208 paginas.

LERNA, Hector Daniel. Metodología de la investigación: Propuesta, anteproyecto y proyecto. Ediciones: ECOE 2da edición. Santa fe de Bogota, Julio 2001. 165 pág. ISBN 958-648-372-4.

COHEN, Raquel y AHEARN, Frederick. Manual de la atención de salud mental para víctimas de desastres. Ediciones: Harla. Mexico 1989. ISBN 0-80-18-2427-3.