

37
2e)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA**

**LA PARTICIPACION DEL PSICOLOGO EN
SITUACIONES DE DESASTRE :
UNA PROPUESTA DE INTERVENCION**

**REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A N
FLORES ALTAMIRANO MARIA LOURDES
SOLIS LOPEZ MARIA DEL CARMEN
ZUÑIGA ORTIZ JOSE RAFAEL JAIME**

**ASESORA :
LIC. LETICIA SANCHEZ ENCALADA**



IZTACALA, EDO. DE MEXICO

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

PROLOGO	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO I	4
CARACTERISTICAS Y EFECTOS DE LOS SISMOS	

PRIMERA PARTE

CAPITULO II	8
REPORTE DE INTERVENCION EN EL PRIMER ALBERGUE	
AREA CLINICA	
AREA EDUCATIVA	
AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL	

CAPITULO III	
REPORTE DE INTERVENCION EN EL SEGUNDO ALBERGUE	16
AREA CLINICA	
AREA EDUCATIVA	
AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL	

CAPITULO IV	
REPORTE DE APOYO PSICOLOGICO A FAMILIAS EN SITUACION DE EMERGENCIA PROMOVIDO POR LA UNICEF-ILEF	39
REFLEXTONES	51
CONCLUSIONES	61

SEGUNDA PARTE

MANUAL DE ATENCION PSICOLOGICA EN ALBERGUE DESPUES DE UN DESASTRE	63
---	----

I PARTE

DESASTRE	66
FASES DEL DESASTRE A NIVEL PSICOLOGICO	70

DAMNIFICADO	73
CRISIS Y EMERGENCIA	77
INTERVENCION PSICOLOGICA INMEDIATA A UN DESASTRE.	78

VI PARTE

AREA ORGANIZATIVA	81
AREA INTERDISCIPLINARIA	84
AREA EDUCATIVA CON ADULTOS	86
AREA EDUCATIVA CON NIÑOS	88
AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL	90
ANEXOS	92
BIBLIOGRAFIA	93

P R O L O G O

El presente reporte, es el producto de la asistencia psicológica llevada a cabo por los sismos del 19 y 20 de septiembre de 1985.

Su contenido contempla específicamente, las actividades de un grupo de psicólogos provenientes de la ENEP Iztacala, englobadas en la atmósfera de movilización social en que se vió envuelto el país buscando su pronta recuperación, la cual, consideramos, en los momentos actuales, aún no se logra, pues las condiciones de deterioro económico, de vivienda y salud en la que se encontraba gran parte de la población en aquel entonces y que la situación de desastre agravó, siguen vigentes.

Partiendo de este contexto, así como por el hecho de que desde el punto de vista geofísico la ciudad de México sigue siendo vulnerable a sismos como los que se vivieron, creemos que es importante que se tenga conocimiento de los niveles de incidencia del psicólogo en los que tuvo participación, sus alcances así como las limitaciones que en este trabajo se observaron con el fin de que sirva en situaciones similares.

I N T R O D U C C I O N

Los desastres son eventos inesperados, que causan gran destrucción, muertos y producen daños comunitarios y traumas individuales.

Uno de los desastres ocurridos en México con mayores consecuencias fueron los sismos ocurridos el 19 y 20 de septiembre de 1985, en donde sus habitantes se vieron profundamente afectados en todos los niveles de su vida, es decir, en el social, económico, político, psicológico, ecológico, etc.

En cuanto al aspecto psicológico, que es el que aquí nos ocupa, se pudieron observar reacciones de confusión, estrés, depresión, irritabilidad, entre otras.

A este respecto, el doctor Fernando Cano y Col. (1985) comentó: "Un gran número de personas que han sido afectadas por el desastre presentan diferentes reacciones como son: un estado inicial de confusión y desorientación, inseguridad en la solicitud de servicios, dependencia, sensaciones de angustia, desambular sin rumbo fijo, apatía e inactividad verbal o motora, incapacidad de respuesta oral, en el período postraumático, el individuo puede presentar problemas de insomnio, nerviosismo, ansiedad, culpabilidad, así como problemas digestivos, entre otros.

Desde el momento en que se empezaron a sentir los efectos del terremoto los psicólogos estuvimos presentes para responder a las diferentes necesidades de una población en crisis, frente a las ruinas, en los hospitales, en el seno de las familias, en los albergues, etc.

Es importante, señalar que en México existen limitadas investigaciones sobre los efectos psicológicos después de un desastre, y en 1985 no había publicaciones al respecto y no se contaba con la información sobre como intervenir en una situación de catástrofe.

Los sismos del 85 nos hicieron tomar interés ante estos desastres ya que siendo nuestro país una zona de alto riesgo sísmico no es difícil que volvamos a vivir una situación similar. Es por ello que el objetivo del presente trabajo es describir en la Primera parte las experiencias vividas en dos albergues por los efectos del sismo. Y en la Segunda parte se propone un Manual en base a estas experiencias vividas durante ocho meses.

Este Manual esta dirigido a los profesionistas del Área de Psicología.

Primeramente se da información relevante sobre como brindar atención psicológica inmediatamente después de un desastre y en segundo lugar, se sugieren algunas estrategias de intervención para el trabajo en albergues por un lapso mínimo de dos meses.

C A P I T U L O I

CARACTERISTICAS Y EFECTOS DE LOS SISMOS OCURRIDOS

Los sismos de 19 y 20 de septiembre de 1985 provocaron graves daños y pérdidas en parte del territorio mexicano, especialmente en el área metropolitana del Distrito Federal. El desastre captó la atención de todo el mundo, y concitó un intenso esfuerzo de cooperación y solidaridad con México por parte de la comunidad internacional.

"el Primer sismo se produjo a las 7 horas 18 minutos (hora local) del día 19 de septiembre de 1985 en un punto situado en la latitud 17.9° y 102.5°O. El segundo tuvo lugar a las 19 horas 38 minutos del día siguientes, en un punto situado al suroeste del primer epicentro. "Naciones Unidas Consejo Económico y Social, 31 de diciembre de 1985, p3.

Especialmente en el Distrito Federal, pero también en diversas localidades de los estados de México, Jalisco, Guerrero Colima y Michoacán, se produjeron numerosos desplomes y daños de consideración en estructuras de gran envergadura, que vinieron seguidos de escapes de gas e incendios. Se interrumpió automáticamente el flujo de electricidad hacia las regiones o zonas más afectadas. Al desplomarse o dañarse edificios y estaciones repetidoras se dislocó el servicio de telecomunicaciones, interrumpiéndose completamente el sistema de telefonía internacional entre la capital y el resto de país. Las líneas que traen el agua potable hacia el Distrito Federal fueron cortadas en varios tramos, y se produjeron numerosas rupturas en las redes de distribución.

Si bien los daños materiales fueron muy elevados después del primer terremoto, al producirse el segundo, 36 horas más tarde la situación fue más crítica. Numerosos edificios que había quedado afectados con los primeros estremecimientos se desplomaron o se dañaron aún

más. Un mayor número de personas quedó atrapada entre los escombros, sembrando confusión y desaliento entre la población. Los daños cubrieron una extensión muy amplia, aunque los más graves se concentraron en un radio relativamente reducido, especialmente en el Distrito Federal (ibidem p. 4 1985).

Inmediatamente después de ocurrido el primer terremoto, el gobierno dispuso la entrada en operación de los planes de rescate y auxilio a la población que la Secretaría de Defensa Nacional y la Secretaría de Marina tiene previstos para casos de desastre. Igualmente, se pusieron en marcha los dispositivos de diversos organismos privados que se dedican al salvamento y auxilio durante las emergencias. Aparte de ellos, millares de particulares, especialmente jóvenes, se organizaron espontáneamente y con un gran sentido de solidaridad para colaborar en las labores de rescate y auxilio.

Las primeras acciones se centraron en la atención a los heridos y en el rescate de las personas que se encontraban atrapados entre los escombros; paralelamente, se establecieron hospitales improvisados que de alguna manera reemplazaron a la infraestructura de salud dañada. Los respectivos organismos del Estado se dedicaron a restablecer los servicios básicos -agua, electricidad, comunicaciones- que se habían interrumpido. Las escuelas suspendieron sus clases y las que no fueron afectadas, así como algunos parques y estadios, fueron utilizados para albergar a los damnificados en forma temporal.

Asimismo, y en vista de los daños en la infraestructura y los servicios de telecomunicación, se procedió a proveer servicios gratuitos para información y comunicación, por medio de vías o medios alternos, tanto públicos como privados, así como servicios de salud. También se brindó información acerca de la manera de prevenir enfermedades y epidemias.

Datos retomados de las Naciones Unidas (1985). El Sector Salud instaló puestos de socorro para atención primaria en las zonas afectadas, donde se atendieron 55,748 personas con lesiones mayores y 10,188 con heridas menores, 2,637 lesionados a causa de los sismos requirieron hospitalización en instalaciones públicas. En total sumaron 22,669 las personas atendidas por diferentes lesiones; desmayos, fatigas, histeria y otros.

También el Sector Salud organizó brigadas capacitando más de mil personas como promotores de salud, y 150 como supervisores, e integrando grupos de autoayuda que proporcionaron asistencia de salud mental a la población en general. Se atendió a un gran número de personas afectadas por los sismos en estado de pánico, angustia, dolor e impotencia, llanto desesperado e incontrolable, sensación de desolación, y desorientación estados depresivos, profunda tristeza. Así también se atendieron problemas de insomnio, ansiedad, culpabilidad y crisis nerviosas en especial a los hogares que perdieron familiares, a fin de manejar adecuadamente sus manifestaciones de duelo y restituir su estado de equilibrio (Sánchez Sosa, 1985).

Asimismo, la subcomisión de Salud Mental prestó servicios a brigadistas exhaustos; dió tratamiento a damnificados en fase de autismo, recomendó terapia ocupacional a los refugiados de los albergues, y dictó lineamientos para revisar el consumo de medicamentos psicotrópicos (La Jornada, 22 de septiembre de 1985).

En cuanto a los damnificados se distribuyó un directorio de los albergues disponibles en la ciudad, así como de los Centro de Salud.

Se condicionaron como albergues 27 centros de seguridad social, con capacidad de servicio para 10 mil personas. Se cuidó especialmente que estuvieran en condiciones de proporcionar atención médica y psicosocial, hospedaje adecuado, alimentación y actividades de entrenamiento, motivando la participación directa de los damnificados como medida de terapia ocupacional.

Simultáneamente, diversas dependencias e instituciones públicas y privadas, establecieron otros 144 albergues en las 16 delegaciones políticas. Asimismo, se instalaron 73 campamentos en 4 delegaciones que albergaron a 10 mil damnificados.

Cabe hacer notar que estos elementos de apoyo, de acuerdo a la opinión de algunos medios periodísticos, fueron deficientes por su carencia de organización y planeación, así como la tardanza en su aplicación (La Jornada 15 de noviembre de 1985).

PRIMERA

PARTE

C A P I T U L O I I

REPORTE DE ACTIVIDADES EN EL PRIMER ALBERGUE DEPORTIVO 18 DE MARZO

El 25 de septiembre de 1985, llegamos al albergue Deportivo 18 de marzo un grupo de psicólogos, egresados y profesores de la ENEP Iztacala. Nos entrevistamos con los responsables del albergue, quienes nos explicaron, de manera general, la planeación y funcionamiento de las actividades que se venían realizando hasta ese momento, así como de los problemas existentes tales como:

A nivel individual: presentaban insomnio, depresión, angustia, nerviosismo, ansiedad y estrés entre otros.

A nivel familiar: agresividad física y/o verbal, y una relación inadecuada entre padres e hijos, maltrato conyugal, etc.

A nivel grupal: la mayor parte de la población se encontraba ociosa, ya sea durmiendo, sentada o platicando, sin ocuparse mínimamente del mantenimiento y funcionamiento de las actividades del albergue.

Posteriormente hicimos un recorrido por el deportivo. Los damnificados fueron ubicados en la cancha cerrada de basquetball, la cual fungió como dormitorio general y el espacio geográfico donde se desenvolvían fue limitado alrededor de éste, ya que no tenían acceso a las demás instalaciones del deportivo.

Adjunto a la cancha se encontraba un sótano, el cual se improvisó para dar el servicio psicológico.

A partir de la detección de las necesidades inmediatas del albergue y su población, se realizaron las siguientes actividades:

1.- Se atendieron tres casos de tensión profunda por medio de la Terapia de relajación breve.

- 2.- Se reorganizaron las tareas del funcionamiento y mantenimiento de las instalaciones.
- 3.- Se realizaron juegos recreativos con la población infantil, con el fin de desviar las conductas perturbadoras, canalizar la agresividad de una manera más positiva y ayudarlos a disminuir su ansiedad y miedos entre otros problemas.
- 4.- Se realizó un censo poblacional por medio de una entrevista informal, a cada familia albergada. La información recabada fue la siguiente:

(Habían 142 albergados). Eran de Bajos recursos económicos, la mayor parte desempleada, su nivel educativo también mínimo (primaria terminada o sin terminar). La gente que trabajaba se dedicaba al comercio o era obrera y la mayoría rentaba.

Otra finalidad del censo fue la de conocer las actividades que estaban llevando a cabo los damnificados así como saber si algún miembro de la familia presentaba problemas de conducta ya sea a consecuencia del sismo o antes de éste.

Cabe aclarar que estas actividades se llevaron a cabo en un lapso de 5 días de acuerdo a las necesidades inmediatas del albergue.

Con respecto a la planeación de actividades a mediano y largo plazo, nuestro equipo se organizó en áreas de intervención, con la finalidad de atender todos los problemas detectados y de que existieran responsables de éstas (quienes no solo coordinarían el trabajo sino llevarían un plan de acción más estructurado o sistematizado).

En relación a las áreas de incidencia fueron las siguientes:

- 1.- Intervención en el área Clínica.
- 2.- Intervención en el área Educativa (con adultos y niños).
- 3.- Intervención en el área de Terapia Ocupacional.
- 4.- Intervención en el área Organizativa.
- 5.- Intervención en el área Interdisciplinaria.

INTERVENCION EN EL AREA CLINICA

Esta área tenía como objetivo dar apoyo psicológico a los afectados por los sismos con el fin de que se reintegraran de una manera creativa a las condiciones que en ese momento vivían.

Detección de problemas

Inmediatamente a nuestra llegada se detectaron, a través de los encargados del albergue, a tres personas con problemas de depresión, estrés e insomnio. Se les dió atención a través de la terapia de relajación. Esta atención pudo ser adecuada gracias a que la actitud de los pacientes fue de permisividad y cooperación.

En los siguientes días, a través de la observación directa y del área médica, se conocieron otros problemas tales como agresividad física y/o verbal, ansiedad y desintegración familiar. A partir de esta problemática, el papel del psicólogo en esta área fue:

-Incidir en la minimización o eliminación de los problemas arriba citados que, como producto del sismo obstaculizaban la interacción social del individuo dentro de la situación de convivencia forzada en la que se encontraba y le impedía su participación en las diferentes tareas y actividades que la situación exigía.

-Asimismo, colaborar con la recuperación de su equilibrio físico y psíquico que le permitiera volver a sus condiciones de vida normal.

En relación a las estrategias de intervención se contemplaron en dos aspectos: uno, individual a través de la terapia de relajación; otro grupal a través de dos conferencias alusivas a las consecuencias y efectos de los sismos en el comportamiento humano.

En cuanto a la atención individual, inicialmente se buscó conocer el problema principal del individuo, así como sus condiciones de vivienda, educación, economía, trabajo e integración familiar antes y después del sismo.

De acuerdo a su reporte verbal, dos personas presentaron insomnio y dolores musculares en todo el cuerpo; dolor en la columna vertebral, tensión nerviosa; que se reflejaba en "mal humor" y agresiones verbales con sus familiares, así como baja productividad en sus labores generales, dolores de cabeza y cansancio físico general.

Se intervino en estos problemas por medio de la terapia de relajación breve.

Utilizando como medio de apoyo las conferencias, se logró sensibilizar a la mayoría de la población en relación a la necesidad de brindarse ayuda unos a otros de acuerdo a las circunstancias de convivencia forzada que estaban viviendo; la importancia de la comunicación, el diálogo y la cooperación como elementos fundamentales para no solamente crear relaciones más adecuadas entre ellos, sino también, llevar a cabo las diferentes actividades que la situación requería de una manera más solvente.

INTERVENCION EN EL AREA EDUCATIVA

Las actividades educativas después de un desastre según Cohen y Ahearn, (1980) deben planearse de acuerdo a cuestiones del desastre y sus implicaciones en salud mental y darles orientación a los profesionistas que brindan atención.

A partir de los sismos muchos niños quedaron sin escuela por lo que la SEP programó las clases en la televisión, sin embargo el albergue carecía de ella. Estos niños se dedicaban a actividades recreativas no dirigidas. Por lo que respecta a los adultos en su tiempo libre se dedicaban a dialogar y contar sus experiencias en relación a los sismos o permanecían acostados gran parte del día, solamente se ocupaban cuando tenían alguna tarea en el albergue.

Por lo anterior se vió la necesidad de intervenir en el área educativa y darles apoyo educativo y psicológico a los niños. Con respecto a los padres de familia brindarles una serie de conferencias en base a los problemas observados como: desintegración familiar, agresiones físicas y/o verbales, discusiones, maltrato hacia los hijos lo que generaba problemas de comportamiento y aprendizaje en los niños.

La situación de convivencia en tanto forzada no les permitía una integración adecuada como familia.

Tomando en cuenta la detección pretendíamos lograr:

- a) Que la comunidad logrará una identificación e integración que le permitiera una mejor convivencia en la situación forzada en la que se encontraba, así como un mejor aprovechamiento de su tiempo libre.
- b) Que los adultos (padres de familia) reconocieran las formas más adecuadas de tratar a sus hijos que los conlleve a una relación óptima entre ambos.

c) Al término de las actividades la comunidad contará con la información adecuada con respecto a cómo educar a sus hijos.

d) Las relaciones entre las familias que conforman la comunidad tenderán a ser más cooperativas con respecto a sus diferentes necesidades.

Para el cumplimiento de los objetivos se planearon una serie de conferencias como: La intervención del psicólogo en situaciones de crisis y Terapia Familiar.

Previamente a cada conferencia se iniciaba con una dinámica de grupo para efecto de conformar su identidad y que esto creará un ambiente de confianza y cooperación.

Una vez terminada cada una de las conferencias se daba un lapso de 15 minutos para preguntas y dudas.

Cada conferencia constó de dos sesiones a la semana. El tiempo total que se ocupó fue de dos semanas. Debido a que en esos días se acercaban las fiestas decembrinas fue necesario apoyar las actividades desarrolladas por el área ocupacional. Sin embargo, consideramos que aún cuando la actividad fue breve les permitió visualizarse como grupo familiar unido que redituó en el desarrollo de las tareas de manera más activa e integral.

En relación a la población infantil se estructuraron dinámicas de recreación a través de juegos dirigidos que conllevaban la finalidad de disminuir algunos problemas que los niños presentaron como consecuencia de los sismos tales como: temores nocturnos, pesadillas, dormir excesivamente durante el día, agresividad, hiperactividad, etc.

Es importante mencionar que se lograron resultados positivos lo que coadyuvó a la participación y cooperación de los niños.

AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

Las actitudes depresivas que presentan los damnificados a su ingreso al albergue, la inactividad y la necesidad de adaptación a un ambiente extraño, se modifican favorablemente a través de su participación en los grupos de Terapia Ocupacional.

Durante nuestra estancia en los albergues se logró detectar que la mayoría de los damnificados, por una parte, se encontraban desempleados y ociosos y por otra, se enfrentaban a cambios que les causaban resentimientos privaciones y crisis al ser sometidos a una convivencia forzada, provocando con ello un estado de inseguridad, tristeza, angustia, entre otras. Estas actitudes fueron modificadas en su mayoría a través de la participación en los grupos de Terapia Ocupacional, ya que mediante estas actividades el participante expresa sus sentimientos, fantasías, miedos y conflictos (Madelina Petrillo p. 64). aprende y realiza trabajos manuales para ganarse la vida.

Los objetivos a desarrollar fueron los siguientes:

- 1.- Los adultos utilizaban su tiempo libre de forma constructiva durante su estancia en el albergue.
- 2.- Disminuir la tensión emocional y canalizar la agresividad por medio de la actividad constructiva.
- 3.- Buscar el equilibrio y armonía entre los damnificados, con el fin de conseguir el bienestar colectivo en todos sus aspectos.
- 4.- Despertar el interés y la confianza en el aprendizaje de una actividad lucrativa y promover la recuperación y adaptación total del adulto, para reintegrarlo a la vida cotidiana.

Con el fin de obtener información de sus gustos y aficiones, se aplicó un cuestionario (anexo 1).

Conforme a los resultados de este cuestionario surgieron los siguientes talleres: Tejido, Muñecos de tela , de habilidades manuales y actividades recreativas.

Al igual que en el Area Educativa, el primer día de cada uno de los talleres se implementó una dinámica de grupo y se les regalaba ropa, zapatos y revistas a las participantes, cuando acumulaban tres asistencias. Así también, se determinó que a las ocho asistencias efectivas se les obsequiaría el material proporcionado y tendría derecho a participar en un bazar para la venta de los artículos elaborados, contrariamente si estaban inscritas y no asistían (a las cuatro faltas injustificadas) se les quitaba el material y no participaban.

Sin embargo, cuando ya se contaba con una buena cantidad de artículos manuales terminados y la convivencia era más positiva y se conocían más entre ellas las actividades se suspendieron por orden de las autoridades del albergue. Por lo que se cerró el albergue y la población damnificada fue trasladada a otro.

Cabe mencionar que la mayoría de los participantes de los talleres, asistían a las conferencias del área Educativa y eran atendidos individualmente en el área Clínica, por lo que los cambios positivos que se observaron fueron producto del trabajo integral desarrollado.

C A P I T U L O I I I

REPORTE DE INTERVENCION EN EL SEGUNDO ALBERGUE CENTRO DE INFORMACION Y RECEPCION HEROE DE CELAYA

El primer contacto que se tuvo al llegar (7 de noviembre) al albergue "Centro de Información y Recepción Héroe de Celaya" ubicado en calle Atzacapotzalco No. 58 Col. Tacuba, (Centro para menores infractores, que se adaptó provisionalmente como albergue) fue con las autoridades del mismo a las cuales se les explicó el interés de parte de nuestro grupo de continuar con nuestra labor.

AREAS DE UBICACION DE LOS ALBERGADOS

Se condicionaron tres pisos en los cuales se distribuyeron a 477 damnificados, es importante aclarar que se separaron a las familias, las mamás y los niños menores de 12 años se ubicaron en una zona y en otra a los hombres mayores de 13 años.

Al cuidado de cada piso había una trabajadora social al igual que en los dormitorios de los hombres.

Dentro del albergue también se contaba con cocina, comedor, área de lavaderos y baños, patio de juegos, patio de estancia, almacén, consultorio médico y odontológico, la recepción, la oficina administrativa y la del director. Asimismo se contaba con un espacio con servicio de biblioteca con dos cubículos donde el equipo de psicólogos fuimos instalados.

Una vez conocidas las instalaciones y las características de la población así como el conocimiento de algunos problemas, se tuvo una reunión grupal con el fin de planear el inicio de nuestra intervención.

Consideramos que previa a ésta era necesario concertar de una manera formal nuestro programa global de actividades. El cual consistía en:

- 1.- La descripción de las áreas de trabajo.
- 2.- Los objetivos de cada una de las áreas.

Una vez aceptado nuestro programa de trabajo, por parte del director del albergue, se nos informó de los problemas individuales, familiares y grupales de los damnificados, el tipo de atención que estaban recibiendo. Asimismo, la demanda y, más concretamente, la ayuda que requerían de nosotros. Para ésto, fue importante la ayuda de la Jefa de Trabajo Social quien mencionó algunos problemas y necesidades de la población, tales como:

- Desorganización de las actividades de aseo en los dormitorios.
- Desintegración familiar.
- Maltrato infantil
- La población desempleada se encontraba ociosa.
- Problemas de estrés, insomnio y agresividad.

Para corroborar esta información decidimos realizar visitas a cada una de las familias en sus perspectivas de vida, es decir, a que se dedicaban en su tiempo libre, gustos y aficiones, si presentaban algún desajuste emocional antes o después del sismo a nivel individual (depresión, insomnio, agresividad, anorexia, entre otros); o familiar, (relación inadecuada padres e hijos, problemas maritales, maltrato conyugal, etc.). como también problemas entre las familiar albergadas, derivados de una convivencia forzada. Aunada a esta actividad se organizaron los festejos del mes de diciembre; posadas, navidad, año nuevo, día de reyes, con el fin de lograr un acercamiento y una mayor identificación.

Se seleccionaron a las familias que se les daría Terapia Familiar auspiciada por la UNICEF. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) a través de la ILEF (Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia).

Apartir de lo anterior, enfocamos nuestra intervención con los damnificados, abarcando las mismas áreas y objetivos que en el albergue 18 de marzo, debido a la similitud de problemas encontrados en una y otra comunidad.

Las condiciones geográficas eran más adecuadas para la realización de las diferentes actividades; la crisis había disminuido en la población afectada y se podían planear y organizar las actividades con mayor sistematización. También contamos con el apoyo material por parte de la Institución para la realización de los diferentes talleres ocupacionales.

Por último contamos, por una parte, con el apoyo de la UNICEF en la asesoría de los diferentes problemas existentes con algunas familias albergadas y por otra parte, continuamos siendo apoyados por la ENEP Iztacala.

INTERVENCION EN EL AREA CLINICA

Se utilizaron como instrumentos de evaluación la entrevista estructurada por el Insituto de Psiquiatría y la Dirección de Epidemiología de la Secretaría de Salud que tuvo la finalidad de conocer el estado físico y emocional del paciente antes, durante y después del sismo. Asimismo, la observación indirecta, desarrollada a través de la información proporcionada por el Área médica y de Servicio Social y la observación directa con la finalidad de corroborar los datos que arrojaron los instrumentos arriba señalados.

Se trabajó con veinte personas adultas, 35% hombres y 65% mujeres, las cuales fueron atendidas en una biblioteca (donde se aplicaron las entrevistas) y un cubículo adjunto a ésta donde se aplicó el tratamiento.

Por medio de los instrumentos de evaluación se detectaron los siguientes problemas: ansiedad, depresión, estrés, relaciones interpersonales inadecuadas que se manifestaron en conductas de agresión verbal y/o física.

Partiendo de la similitud de problemas detectados se plantearon los mismo objetivos señalados en el 18 de marzo.

La intervención se planeó en tres aspectos: individual, grupal y familiar.

En cuanto al aspecto individual, inicialmente se recabó información con respecto al nivel socio-económico, de salud y educación del paciente. Esta información fue retomada de la entrevista del Instituto de Psiquiatría y la Dirección de Epidemiología de la Secretaría de Salud, excepto el último punto, es decir, el médico, el cual se conoció a través de la doctora que se encontraba en el albergue.

Concretamente, estos fueron los datos:

- I Datos de identificación
Nombre, dirección, edad, estado marital, nivel escolar, empleo.
- II Estado del problemas o razón de la remisión.
- III Observación de conducta.
- IV Circunstancias actuales de vida.
- V Historia personal de desarrollo
- VI Antecedentes familiares.
- VII Resultados médicos.

Con respecto a las técnicas terapéuticas utilizadas, se llevó a cabo la técnica de relajación de Wolpe (1983). y la Técnica de Asertividad.

La Técnica de Asertividad con la finalidad de que el paciente manejara adecuadamente actitudes y conductas que le permitan generar mejores condiciones de convivencia con las personas que le rodean.

En cuanto al aspecto grupal se dieron dos conferencias al personal de servicio ubicado en el albergue, es decir, trabajadores sociales, psicólogas de la Universidad del Valle de México, cuerpo médico, las cuales versaron sobre las consecuencias psicológicas producidas por un fenómeno sísmico, así como ciertos aspectos de atención de acuerdo al nivel de gravedad del paciente.

Uno de los aspectos significativos es que 14 de los 20 pacientes aprendieron a auto-relajarse, desvinciando de esta manera paulatinamente la ayuda del terapeuta.

Los cuatro pacientes restantes requirieron consulta a lo largo de su estancia en el albergue, sin embargo superaron de manera importante los problemas que les aquejaban. Con lo que respecta a los resultados a nivel grupal, se logró una cierta medida sensibilizar al personal de servicio en cuanto a un mejor trato y atención a la población, de tal manera que fue un medio de apoyo terapéutico importante.

INTERVENCION EN EL AREA EDUCATIVA

Dado que la problemática que se vivía aquí era similar a la del anterior albergue se plantearon los mismos objetivos. Asimismo se realizaron registros anecdóticos para observar la dinámica familiar en diferentes situaciones en el albergue, así como una entrevista por familia.

De esta valoración se observaron: agresiones físicas y/o verbales entre familias, relación inadecuada padres e hijos, problemas maritales, ansiedad, entre otros. (ver cuadro 1).

INTERVENCION

Se trabajó con 20 madres de familias. El 35% se dedicaba al hogar antes del sismo y después de éste el 80% se dedicó a las labores de mantenimiento y funcionamiento del albergue.

En cuanto al nivel escolar el 35% contaba con educación elemental terminada (primaria); la edad fluctuaba entre 24 y 54 años de edad; respecto a su estado civil el 30% eran madres solteras y el 30% separadas (sin estar divorciadas) (cuadro 2).

Se realizaron las actividades del área (educativa) en el comedor, durante ocho meses aproximadamente.

A partir de los resultados ya citados se determinó la creación de un ciclo de conferencias el cual constó de 19 sesiones. Las cuales partieron de las necesidades y problemas detectados, donde pudimos observar que la población presentaba problemas mínimos como consecuencia de los sismos, sin embargo el hecho de vivir en convivencia forzada repercutía en su relación familiar y en su convivencia dentro del albergue.

Los temas del ciclo de conferencias fueron los siguientes:

- 1.- El papel del psicólogo en la situación de desastre.
- 2.- La importancia de la dinámica familiar.
- 3.- Relaciones sexuales en la pareja.
- 4.- El manejo de contingencias y su importancia en el cambio de la conducta humana.
- 5.- Riesgos del embarazo (pre, peri, posnatal).
- 6.- Estimulación temprana.
- 7.- Cuidado del niño con retardo en el desarrollo.

Cabe señalar que las citadas conferencias (a partir de la cuarta) fueron propuestas por la población que asistía.

Para llevarlas a cabo se inició con una dinámica de grupo para provocar un ambiente favorable y propicio que motivará la asistencia y participación.

En la primera conferencia se hicieron las respectivas presentaciones, para hacer sentir a la población la importancia de su participación y asistencia. Posteriormente esto se hacía cuando una persona asistía por primera vez.

Una vez terminado cada uno de los temas se proseguía a discutir el o los aspectos tratados conformando pequeños grupos para corroborar el aprendizaje, no sólo en el teórico sino también cuestiones prácticas. Asimismo se hacían comentarios sobre su estancia en el albergue.

Para motivar a la población a asistir a las conferencias, inicialmente se regalaban revistas de la SEP y a los que asistían regularmente se les daba ropa, que había sido donada a los damnificados.

Durante el desarrollo de las conferencias los padres de familia ponían en práctica los conocimientos adquiridos en los temas para una relación más adecuada con sus hijos y en su relación de pareja, lo que repercu

tió en una convivencia más óptima en el albergue. Sin embargo, en cuanto a la integración familiar no pudieron evaluarse los logros alcanzados ya que la familia estaba separada por el reglamento del albergue.

Su asistencia y participación fue constante a lo largo de los temas tratados. Así también se despertó el interés por otras conferencias., lo que permitió a las familias poder adaptarse a su situación de convivencia forzada así como una mejor relación padres e hijos.

CUADRO No. 1
AREA EDUCATIVA

CARACTERISTICAS DEL OBJETO DE ESTUDIO

PANTILIA	EDAD	Ocupacion ANTES DEL SISMO	Ocupacion DESPUES DEL SISMO	EDO. CIVIL	ESCOLARIDAD	No. DE HIJOS	PROBLEMAS DETECTADOS
1	32	HOGAR	HOGAR	CASADA	PRIMARIA S/T	6	RELACION INADECUADA PADRES E HIJOS (AGRESIONES FISICAS o VERBALES).
2	24	SRVIENTA	HOGAR	SEPARADA	SECUNDARIA	2	RELACION INADECUADA PADRES E HIJOS.
3	27	COMERCIANTE	HOGAR	CASADA	PRIMARIA	4	RETRAIMIENTO DE UNO DE SUS HIJOS.
4	33	COMERCIANTE	HOGAR	VIUDA	PRIMARIA	1	ESTRES DE LA SEÑORA Y AGRE- SIVIDAD.
5	30	COMERCIANTE	HOGAR	VIUDA	PRIMARIA	3	RELACION INADECUADA PADRES E HIJOS.
6	20	DESEMPLEADA	HOGAR	M. SOLTERA	PRIMARIA	1	PROBLEMAS DE AFECTIVIDAD PER- SONAL Y FAMILIAR.
7	49	SRVIENTA	HOGAR	SEPARADA	PRIMARIA S/T	3	ESTRES Y RELACION INADECUADA CON LOS HIJOS.
8	17	SRVIENTA	HOGAR	SEPARADA	PRIMARIA	4	ESTRES Y SUS HIJOS PRESENTA- BAN PROBLEMAS DE RETARDO.
9	27	HOGAR	HOGAR	UNION LIBRE	SECUNDARIA	2	RELACION INADECUADA CON HIJOS

CUADRO No. 1
AREA EDUCATIVA

CARACTERISTICAS DEL OBJETO DE ESTUDIO

FAMILIA	EDAD	OCCUPACION ANTES DEL SISMO	OCCUPACION DESPUES DEL SISMO	EDO. CIVIL	ESCOLARIDAD	No. DE HIJOS	PROBLEMAS DETECTADOS
10	23	STRVIENTA	STRVIENTA	MADRE SOLTERA	PRIMARIA	1	RELACION INADECUADA CON LOS HIJOS
11	49	HOGAR	HOGAR	CASADA	ANALFABETA	2	RELACION INADECUADA CON LOS HIJOS.
12	27	DESEMPLEADA	HOGAR	SEPARADA	ANALFABETA	1	ESTRES.
13	40	HOGAR	HOGAR	UNION LIBRE	PRIMARIA	4	ESTRES. Y SU HIJA PRESENTABA PROBLEMAS DE MOTRICIDAD
14	54	HOGAR	HOGAR	VIUDA	PRIMARIA 5/7	7	MELANCOLIA (TRISTEZA, AUTO-COMPACTON).
15	35	ORRERA	ORRERA	SEPARADA	PRIMARIA	3	RELACION INADECUADA CON LOS HIJOS.
16.	43	HOGAR	HOGAR	CASADA	PRIMARIA	7	ESTRES. AGRESIVIDAD Y RELACION INADECUADA CON LOS HIJOS
17	37	EMPLEADA	EMPLEADA	SEPARADA	PRIMARIA	5	RELACION INADECUADA CON LOS HIJOS.

C U A D R O No. 1

(CONTINUACION)

CARACTERÍSTICAS DEL OBJETO DE ESTUDIO

FAMILIA	EDAD	OCUPACION ANTES DEL SISMO	OCUPACION ANTES DEL SISMO	EDD. CIVIL	ESCOLARIDAD	No. DE HIJOS	PROBLEMAS DETECTADOS
18	34	COMERCIANTE	COMERCIANTE	VIUDA	ANALFABETA	1	ESTRES Y DEPRESION.
19	35	HOGAR	HOGAR	CASADA	SECUNDARIA	5	AGRESIVIDAD, ESTRES Y RELACION INADECUADA CON LOS HIJOS.
20	38	COMERCIANTE	HOGAR	CASADA	SECUNDARIA S/T	3	AGRESIVIDAD, AISLAMIENTO ESTRES Y RELACION INADECUADA CON LOS HIJOS.

C U A D R O 2

CUADRO DE ACTIVIDADES LABORALES DE LA POBLACION ESTUDIADA DEL AREA EDUCATIVA

OCUPACION DE LA POBLACION ANTES DEL SISMO

OCUPACION DE LA POBLACION DESPUES DEL SISMO

	No.	%		No.	%
1.- HOGAR	7	35%	1.- HOGAR	16	80%
2.- OBRERO	1	5%	2.- OBRERO	1	5%
3.- COMERCIANTE	5	25%	3.- COMERCIANTE	1	5%
4.- SIRVIENTA	4	20%	4.- SIRVIENTA	1	5%
5.- OTRO (desempleados, costureras, etc.)	3	15%	5.- Otro (desempleados, costureras, etc.)	1	5%

CUADRO 2

RELACION DEL ESTADO CIVIL DE LA POBLACION			RELACION DEL NIVEL ESCOLAR		
ESTADO CIVIL	No.	%	NIVEL ESCOLAR	No.	%
MADRES SOLTERAS	2	10%	ANALFABETAS	3	15%
CASADAS	6	30%	EDUCACION ELEMENTAL S/T	5	25%
SEPARADAS	6	30%	EDUCACION ELEMENTAL T.	7	35%
UNION LIBRE	3	15%	EDUCACION MEDIA S/T	1	5%
SOLTERAS	0	0	EDUCACION MEDIA T.	3	15%
VIUDAS	3	15%	CARRERA TECNICA	1	5%
	No. 20	100%		No. 20	100%

S/T: SIN TERMINAR
T: TERMINADA
No.: TOTAL DE LA POBLACION

AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

Las personas en su mayoría, se encontraban desempleadas, ociosas, agresivas y con actitudes depresivas y desadaptativas, por lo que se decidió implementar la Terapia Ocupacional (desarrollando los mismos objetivos del primer albergue), con el fin de mejorar estas actitudes y sus condiciones socio-económicas, con el aprendizaje de una actividad manual que les produjera ganancias y autosuficiencia.

Se aplicó el mismo cuestionario de identificación de actividades a 30 albergadas. De la población encuestada sólo 6 personas practicaban alguna actividad manual antes del sismo, 15 dominaban alguna pero sólo 5 de éstas actividades se podían realizar en el albergue (por el espacio geográfico, material, etc.), y 2 de estas 5 personas estuvieron dispuestas a enseñar a sus compañeras.

Finalmente 4 albergadas reportaron ocupar su tiempo libre en el albergue, en actividades manuales y el resto (26) lo ocupaban en otras (ejem. dormir, conversar, meditar, etc.).

En total se trabajó con 26 mujeres adultas, su edad fluctuaba entre 20 y 78 años y en cuanto a su nivel escolar el 38% tenía primaria terminada (ver cuadros, 3 y 4).

Los talleres organizados fueron: Tejido, Primeros Auxilios, Artes Plásticas y Electricidad. Cabe aclarar que a todos los maestros que participaban en cada uno de los talleres, antes de iniciarlos, se les explicó en un principio, el papel e importancia para el logro de los objetivos del área.

Por otra parte, el primer día de cada uno de los talleres, se aplicó una dinámica de grupos con el fin de disminuir la tensión de que la gente se conociera más, pasara un rato agradable y se generara la participación, asistencia e interés en la actividad. En el transcurso de las actividades se llevaron a cabo cuatro dinámicas más.

Conforme se observó el avance en los diferentes talleres, de objetos terminados, fue surgiendo la idea de la promoción y organización de actividades que favorecieran la autogestión, una de ellas fue la organización de una kermesse, con el propósito de que los participantes se dieran cuenta que además de obtener ganancias al vender sus productos, también podrían ser autosuficientes con el aprendizaje de las actividades manuales, y no ser así, una carga más para las autoridades.

Los resultados obtenidos en esta Kermesse fueron gratificantes para los albergados, ya que se logró que obtuvieran ingresos a corto y mediano plazo.

En general los resultados obtenidos dentro de los talleres, fueron los siguientes:

- 1.-Las participantes al ocupar su tiempo libre en actividades constructivas, empezaron a reportar disminución de su estado emocional y un cambio positivo con su familia, pues se sentían menos nerviosas, inseguras, angustiadas, agresivas, etc. Así también reportaban convivir con más armonía con el resto de la población.
- 2.-Los talleres eran en tiempo y horario regular, lo que no había pasado con otras actividades que les quisieron implantar, antes de nuestra llegada al albergue, con otros voluntarios como nosotros.
- 3.-Les era agradable convivir 2 horas de trabajo, en donde se platicaba y se aprendía, además de obtener ropa, revistas, etc., por su asistencia.
- 4.-En esas dos horas de trabajo, no tenían que cuidar a sus hijos, ya que se trabajaba con ellos en otra área, permitiéndoles con ello un espacio de tranquilidad.
- 5.-Las dinámicas una vez al mes, les eran atractivas debido a que conocían otros aspectos de la vida de sus condiscípulas, lo que ocasionaba

un acercamiento e identificación entre ellas mismas.

6.-La asistencia y participación fue incrementándose conforme pasaban los meses.

7.-Les era atractivo a las participantes, el que se les prestara el material para obtener ganancias en la Kermesse, una vez terminado el producto.

8.-A partir de la Kermesse, los participantes por su propia cuenta, vendían sus productos fuera del albergue, lo que les proporcionaba seguridad al ser autosuficientes.

Por otra parte, los roles sociales al estar estrechamente intervinculados, proporcionó que la gente formara un grupo de trabajo unitario, en donde existía una interacción frecuente entre sus integrantes, gracias a las diferentes dinámicas que se llevaban a cabo, cuya finalidad principal, era la de connotar la energía de las participantes en actividades y en los diferentes temas (individuales y colectivos) que se platicaban, durante la elaboración de los artículos manuales.

Lo anterior conllevó a que se reconocieran como miembros de un grupo de personas afectadas en sus mismos intereses, materiales y afectivos, y cuyo sentido de participación era dirigido hacia las mismas metas e ideales, los cuales consistían en recuperarse y desarrollar su competencia en el aspecto psicológico, social y económico de sus vidas y en comunicarse para establecer adaptaciones y relaciones personales dentro de su convivencia forzada.

Cabe mencionar, que al igual que en el otro albergue, las participantes de los talleres, en su mayoría, asistían a las conferencias del área Educativa y eran atendidos individualmente en el área Clínica, - por lo que los cambios positivos que se observaron fueron producto del trabajo integral desarrollado.

No obstante, es importante señalar que el cambio logrado en la población tratada, no fue lo óptimo que se esperaba debido al estado de convivencia forzada en que se encontraban pues en esa medida su privacidad personal y familiar era cortada.

C U A D R O No. 3

AREA TERAPIA OCUPACIONAL

CARACTERISTICA DEL OBJETO DE ESTUDIO

POBLACION	EDAD	OCUPACION ANTES DEL SISMO	OCUPACION ANTES DEL SISMO	EDO. CIVIL	ESCOLARIDAD	No. DE HIJOS	INTERESES DETECTADOS
1	78	MODISTA	MODISTA	SOLTERA	PRIMARIA S/T	0	TEJIDO
2	38	HOGAR	HOGAR	CASADA	PRIMARIA S/T	6	PRIMEROS AUXILIOS
3	37	COSTURERA	HOGAR	SEPARADA	SECUNDARIA	5	BELLEZA, TEJIDO
4	30	COMERCIANTE	HOGAR	UNION LIBRE	C. TECNICA	3	TEJIDO, CORTE Y DECORACION
5	27	HOGAR	HOGAR	UNION LIBRE	PRIMARIA	2	PRIMEROS AUXILIOS TEJIDO, DANZA Y BELLEZA
6	49	HOGAR	HOGAR	CASADA	ANALFABETA	2	TEJIDO
7	17	SIRVIENTA	HOGAR	SEPARADA	PRIMARIA S/T	4	TEJIDO, CORTE, PRIMEROS AUXILIOS, DECORACION.
8	33	COMERCIANTE	HOGAR	VIUDA	PRIMARIA	1	DECORACION
9	49	SIRVIENTA	HOGAR	SEPARADA	PRIMARIA S/T	3	DECORACION, CORTE
10	22	HOGAR	HOGAR	CASADA	PRIMARIA	1	BELLEZA Y TEJIDO
11	34	SIRVIENTA	HOGAR	SEPARADA	SECUNDARIA	2	CORTE Y TEJIDO.
12	22	DESEMPLEADA	HOGAR	SEPARADA	ANALFABETA		TEJIDO Y BELLEZA

CUADRO No. 3
AREA TERAPIA-OCCUPACIONAL

S/T. SIN TERMINAR

CARACTERISTICA DEL OBJETO DE ESTUDIO

POBLACION	EDAD	OCCUPACION ANTES DEL SISMO	OCCUPACION ANTES DEL SISMO	EDO. CIVIL	ESCOLARIDAD	No. DE HIJOS	INTERESES DETECTADOS
13	33	HOGAR	HOGAR	CASADA	SECUNDARIA		TEJIDO
14	34	COMERCIANTE	COMERCIANTE	VIUDA	ANALFABETA		TEJIDO
15	27	HOGAR	HOGAR	CASADA	SECUNDARIA		BELLEZA, CORTE Y TEJIDO
16	40	HOGAR	HOGAR	UNION LIBRE	PRIMARIA S/T	4	TEJIDO
17	43	HOGAR	HOGAR	CASADA	PRIMARIA	7	TEJIDO CORTE Y DECORACION
18	32	DESEMPLEADA	HOGAR	SEPARADA	PRIMARIA		BELLEZA Y CORTE
19	27	COMERCIANTE	HOGAR	CASADA	PRIMARIA	4	CORTE
20	20	DESEMPLEADA	HOGAR	H. SOLTERA	PRIMARIA		BELLEZA
21	23	SIRVIENTA	SIRVIENTA	SEPARADA	PRIMARIA		TEJIDOS Y PRIMEROS AUXILIOS
22	17	EMPLEADA	EMPLEADA	SEPARADA	PRIMARIA	5	CORTE Y TEJIDO
23	54	HOGAR	HOGAR	VIUDA	PRIMARIA	7	TEJIDO
24	15	ORRERA	ORRERA	SEPARADA	PRIMARIA	3	PRIMEROS AUXILIOS
25	35	HOGAR	HOGAR	CASADA	SECUNDARIA	5	CORTE Y TEJIDO
26	38	HOGAR	HOGAR	CASADA	SECUNDARIA S/T	7	TEJIDO Y CORTE

CUADRO No. 4

AREA DE TERAPIA-OCUPACIONAL

RELACION DEL ESTADO CIVIL DE LA POBLACION

ESTADO CIVIL	No.	%
MADRES SOLTERAS	2	7.7 %
CASADAS	9	34.6 %
SEPARADAS	8	30.7 %
UNION LIBRE	3	11.5 %
SOLTERAS	1	3.8 %
VIUDAS	3	11.5 %
	26	100. %

RELACION DEL NIVEL ESCOLAR

NIVEL ESCOLAR	No.	%
ANALFABETAS	3	11.5 %
EDUCACION ELEMENTAL S/T	6	23.0 %
EDUCACION ELEMENTAL T.	10	38.1 %
EDUCACION MEDIA S/T	2	7.8 %
EDUCACION MEDIA T.	4	15.3 %
CARRERA TECNICA	1	3.8 %
	26	100. %

S/T.: SIN TERMINAR

T: TERMINADA

No.: TOTAL

C U A D R O N o . 4

**CUADRO DE ACTIVIDADES LABORALES DE LA POBLACION ESTUDIADA
AREA DE TERAPIA-OCUPACIONAL**

OCUPACION DE LA POBLACION ANTES DEL SISMO

OCUPACION	No.	%
1.-HOGAR	10	38.5 %
2.-OBRERO	1	5. %
3.-COMERCIANTE	5	19. %
4.-SIRVIENTA	4	15.5 %
5.-OTRO (DESEMPLEADOS COSTURERA, ETC.)	6	23. %
	<u>26</u>	<u>100. %</u>

OCUPACION DE LA POBLACION DESPUES DEL SISMO

OCUPACION	No.	%
1.-HOGAR	20	7.7 %
2.-HOGAR	1	3.8 %
3.-COMERCIANTE	1	3.8 %
4.-SIRVIENTA	1	3.8 %
5.-OTRO (DESEMPLEADOS, COSTURERA, ETC.).	3	11.6 %
	<u>26</u>	<u>100. %</u>

PROBLEMAS GENERADOS POR LA CONVIVENCIA FORZADA

A continuación comentaremos algunas irregularidades observadas, las cuáles son importantes tener presentes para que en el futuro se eviten con una organización adecuada y ética por parte de las autoridades, profesionales y voluntarios, ya que las anomalías encontradas en el primer albergue fueron casi similares en el segundo y creemos que lo mismo ocurrió en todo los albergues para damnificados por el terremoto de 1985.

Comprobamos por los mismo albergados que el 60%, si bien era gente de escasos recursos y requería ayuda, no eran damnificados como producto de los sismos de 1985, y esto se debió a que no se hizo una investigación eficiente por parte de las autoridades correspondiente y en esa medida delimitar prioridades.

Varias instituciones gubernamentales y privadas aplicaban censos y cuestionarios a los damnificados para beneficio propio, alentándoles falsas esperanzas en cuanto que les ayudarían en sus necesidades al tomarles sus datos, ocasionando con ello desilusión y desesperación de la gente ante tanto cuestionario.

Algunos profesionistas traslapaban funciones al brindar su servicio al mismo damnificado, lo que ocasionaba confusión en el paciente. Lo anterior se solucionó al crearse el trabajo interdisciplinario.

El alojamiento en algunos albergues provisionales fue deficiente, ya que al no haber suficiente espacio, las diferentes familias se vieron en la necesidad de convivir unas con otras como si fueran una sola, provocando con ello hacinamiento y por lo tanto carencia de privacidad.

El alimento se desperdiciaba o se hechaba a perder, por la gran cantidad que llegaba a los albergues y no tener el sitio adecuado donde almacenarlo.

La distribución de comestibles no siempre se llevó a cabo entre los albergados, pues algunos alimentos, al no ser suficientes para abastecer a toda la población se destinaba exclusivamente para el consumo de los encargados del albergue, ocasionando con ello conflictos entre éstos y los albergados.

Era tanta la ropa que llegaba a los albergues por medio de algunas instituciones oficiales así como de particulares, que la gente la usaba como "ropa desechable", pues al poderse cambiar diario, la ropa sucia la tiraban al bote de basura para no lavarla.

Los encargados del albergue abusaban de su autoridad para beneficio propio, al escoger y llevarse lo mejor de las provisiones o artículos que enviaba, sólo para los damnificados, nuestro gobierno o algún país extranjero.

CAPITULO IV

REPORTE DE APOYO PSICOLOGICO A FAMILIAS EN SITUACION DE EMERGENCIA PROMOVIDO POR LA UNICEF-ILEF

Simultáneamente a las actividades ya descritas en los albergues, se llevó a cabo el apoyo psicológico a familias afectadas a consecuencia de los sismos. Este apoyo fue auspiciado por UNICEF (Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia) a través del ILEF (Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia).

Previamente a la práctica se realizó un curso teórico que comprendió los fundamentos de la Terapia Sistémica Familiar en el cuál, nos apoyamos para el tratamiento a familias. Este curso se llevó a cabo durante nuestra estancia en el primer albergue, pero propiamente la práctica se realizó con las familias ubicadas en el segundo albergue.

Por cuestiones del presente trabajo solo mencionaremos los aspectos generales de la teoría, con el fin de dar un panorama general de ésta y entender el trabajo realizado con las familias.

TEORIA SISTEMICA FAMILIAR

Surge a partir de la Teoría General de Sistemas propuesta por Von Bertalanffy (1985). Donde se considera a la familia como un sistema, el cuál tiene relación con otros sistemas de organización que funcionan como engranes en macro (suprasistema) o micro (subsistema) permitiendo su supervivencia. En el sistema interesan tanto los elementos como las interacciones que se mantienen entre sí.

El enfoque estructural tiene como representante a Salvador Minuchin, quien considera la estructura como "un conjunto indivisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia" (citado en Rivera Vilchis p.12).

Cuando el conjunto familiar es el foco de estudio, se debe considerar que la familia esta sujeta a variaciones internas y externas que regulan la conducta de sus miembros.

Las relaciones de un sistema familiar con su medio ambiente está sujeta a variaciones internas y externas que regulan la conducta de sus miembros.

Alexander, (1985) clasifica a la familia: Como un sistema abierto que permite la entrada y salida de información, la cual es capaz de producir cambios en ésta, y a su vez, responde efectivamente a esos cambios ya sea ampliando o neutralizándolos, lo que permite que el sistema adquiera habilidades y pueda sobrevivir. Los sistemas abiertos se caracterizan por tener morfostásis, que es la tendencia a mantenerse y morfogénesis, se refiere al cambio y a la evolución de la familia de manera dinámica.

El sistema cerrado, no permite la intromisión del medio ambiente, se aísla y sin variedad puede llegar a ser desordenado, de caer y morir. Responde con menos organización ante penetraciones ambientales.

ya que tienen patrones rígidos que le da menos flexibilidad y variedad en su comunicación.

En el sistema abierto hay diferenciación y especialización de funciones y roles dentro de la familia; en el sistema cerrado, el conflicto es resultado de la poca organización y la poca diferenciación dentro de la familia.

ESTRUCTURA FAMILIAR

La familia tiene diversos niveles de organización llamados subsistemas (Minuchin y Fischman, 1981) que están formados en base a la edad, sexo, interés o función y estos son: individual, conyugal, parental y fraterno. Las características de cada uno son:

- a) En el subsistema individual se considera a la familia como unidad y al individuo como subsistema de la misma.
- b) El subsistema conyugal, involucra a dos quienes aportan valores y expectativas, explícitas e inconscientes y donde establecen además sus reglas de relación.
- c) Los padres forman el subsistema parental, procuran la crianza, el cuidado y la socialización de los hijos. Tienen el derecho y el deber de proteger la privacidad del subsistema conyugal y de fijar el papel de los hijos dentro de la familia.
- d) El subsistema fraterno se encarga de las relaciones que se dan entre los hermanos quienes se han regido por la norma parental.

El síntoma es considerado "un elemento en la interacción disfuncional; es el punto nodal en que se entrecruzan la mayor parte de las interacciones significativas disfuncionales de la familia" (AMPAG, 1985. p. 33).

El síntoma puede ser pensado como la forma en que la familia se organiza para no cambiar. Con el enfoque estructural se permite movilizar alternativas que la familia no ve y de esta manera aparezcan cambios en el sistema.

El principal instrumento terapéutico es la inducción de crisis, que consiste en desafiar (cuestionar) al sistema para que encuentre un nuevo equilibrio y surgen así otras alternativas. Crisis, en este contexto, es sinónimo de desequilibrio, guiado por el terapeuta.

TRATAMIENTO

El primer paso en la terapia es la inclusión del terapeuta en el sistema familiar. Con la aceptación del terapeuta se puede ejercer presión para provocar el cambio. Asimismo, se debe tener la suficiente habilidad para salirse y ver el sistema desde fuera.

El terapeuta siempre tiene en mente una tríada aunque esté trabajando una díada.

La unión que se da entre el terapeuta-familia sirve para que ellos se den cuenta que el terapeuta los comprende y esta trabajando para ellos y con ellos.

Es necesario tener una hipótesis inicial de la familia a partir de la información previa que se dispone.

Toda hipótesis inicial debe ser comprobada, ampliada, o descartada al comenzar la unión con la familia.

Planear el tratamiento es una actividad fundamental que debe realizar el terapeuta a lo largo del proceso.

En la terapia familiar hay tres estrategias fundamentales que son:

- 1.- Desafío al síntoma
- 2.- Desafío a la estructura
- 3.- Desafío a la realidad familiar.

DESAFIO AL SINTOMA

El primer problema del terapeuta al unirse a la familia, es definir la realidad terapéutica. La terapia comienza, con el choque (encuentro) entre dos marcos, dos formas de ver la realidad.

La forma de ver la realidad del terapeuta se relaciona con la meta de mover a la familia hacia una forma más diferenciada y componente de tratar con su realidad disfuncional.

La familia le presenta al terapeuta su perspectiva del problema y la solución del mismo. La tarea del terapeuta es convencer a los miembros de la familia de que la realidad que ellos han dibujado puede ser expandida o modificada.

La familia viene con un miembro identificado como problema. El síntoma aparece como la reacción de un organismo que esta en estado de tensión (estrés). Los otros miembros de la familia también son sintomáticos.

La meta es cambiar la visión que el sistema tiene del problema, empujando a sus miembros a buscar nuevas formas de alternativas de conducta y de respuestas afectivas y cognitivas.

Para esta primera estrategia de desafío al síntoma, las técnicas más importantes son:

- a) Puesta en acto
- b) Foco y
- c) Logro de intensidad

a) Puesta en acto: es la técnica mediante la cuál el terapeuta ayuda a la familia a interactuar unos a otros en su presencia, para poder experimentar la realidad familiar.

b) El foco es el lugar en que el terapeuta se centra, alternativamente para trabajar. El foco siempre implica una transacción y su elección resulta de la organización de la información que hace el terapeuta con miras al cambio.

c) Intensidad el terapeuta debe exagerar el impacto del mensaje terapéutico. Enfatiza cuan frecuentemente ocurre una transacción disfuncional y cómo se infiltra o traslada a los diferentes subsistemas.

Las técnicas mencionadas permiten experimentar una realidad nueva, donde el síntoma y el portador del síntoma son desafiados.

DESAFIO A LA ESTRUCTURA FAMILIAR

El mapa familiar indica la ubicación de cada uno de los miembros con respecto a los otros y a los subsistemas, revela coaliciones, alianzas, afiliaciones, conflictos, etc. Los límites o fronteras subsistémicas, así como sus características idiosincráticas indican movimientos que existen y sugieren disfunciones.

La Terapia es un proceso de guía, de búsqueda de la proximidad y el alejamiento óptimo, las técnicas que se usan para ello son:

- a) Demarcación de Fronteras o límites entre subsistemas.
- b) Desbalance y
- c) Enseñanza de la complementariedad.

a) La puesta en límites en los subsistemas es cambiar las relaciones o la distancia entre los subsistemas. La gente siempre funciona con solo una parte de su repertorio posible. Por lo tanto, si un individuo interactúa con otros subsistemas, su participación cambia.

b) Desbalance es promover la crisis para cambiar las relaciones jerárquicas y así el cambio de perspectivas dentro de cada subsistema.

c) La complementariedad alude al cambio de conceptos de una perspectiva lineal.

Uno de los objetivos de la terapia familiar es ayudar a los miembros de la familia a experimentar su pertenencia a una entidad más amplia que la de su propia persona, aquí se desafía toda la noción de jerarquía.

El terapeuta tiene que expandir el foco de atención a cada uno de los miembros de la familia. Deben experimentar éstos la interacción y no la acción, respuesta o contrarespuesta.

Desafiando o cuestionando a la familia se actualiza su repertorio que estaba escondido, y cada uno se percibe a sí mismo y a los demás funcionando de manera diferente.

DESAFIO A LA REALIDAD FAMILIAR

La familia va a terapia porque la realidad que construyeron ya no les sirve más. Hay que desafiar las construcciones. Para cambiar la manera en que miran su realidad hay que desarrollar nuevas formas de interacción. Las técnicas usadas son:

- a) Construcciones cognitivas.
- b) Intervenciones paradójicas.
- c) Énfasis en las fuerzas o potencialidades familiares.

a) Construcciones cognitivas

Toda la familia construye su realidad organizando los hechos de manera que mantiene el orden establecido.

Cada familia tiene un esquema explicativo y éste debe ser desafiado y modificado, para lograr nuevas transacciones familiares.

Con las construcciones la familia tiene una nueva visión del mundo, más flexible y más total.

b) Intervenciones paradójicas.

El blanco es la interacción oculta que se expresa en el síntoma.

Esta interacción oculta puede ser una alianza o coalición (contra uno o contra algo).

Las reglas más importantes en la paradoja sistémica son: redefinición, prescripción y restricción.

El propósito de redefinir, es cambiar la percepción de la familia con respecto al problema. El síntoma es redefinido por un elemento extraño al sistema y el comportamiento que lo mantiene es connotado positivamente. Al connotarlo positivamente, el síntoma, producto de las interacciones, es prescrito como una conclusión inevitable de la lógica familiar.

Un pre-requisito para prescribir es conocer la relación entre el síntoma y el resto del sistema y la forma en que se activan entre sí. Para que haya consistencia en el tratamiento, es importante que el terapeuta los restrinja y limite sus cambios para ver si en verdad el síntoma era un elemento esencial para el funcionamiento del sistema. Asimismo, enumera las consecuencias del cambio y anticipa las nuevas dificultades que aparecerán así como predice como afectarán al sistema; va entonces permitiendo que la familia cambie a pesar de ésto. Minuchín (1974) plantea que no hay relación entre la técnica de desafío y la paradoja (ob.cit. p. 42).

En toda familia hay cosas positivas. Estas son transmitidas de la familia de origen a la nueva familia y de ahí a las siguientes generaciones. Cada familia tiene sus propios hallazgos y fracasos, hay errores, infelicidad y dolor pero también hay placer. Esposos e hijos se dan apoyo para crear sentimientos de eficacia y valor en cada uno.

En terapia familiar se exploran las fuerzas, las potencialidades de cada grupo para desafiar las funciones familiares.

Concretamente, cuando la familia se enfrenta, a un desastre se altera su sistema, lo que trae como consecuencia el desequilibrio y en algunas ocasiones pérdidas. En ese momento la familia extensa se une para entender el desastre en forma comunitaria.

De acuerdo a lo anterior señalaremos los pasos que se siguieron para el apoyo psicológico a familias damnificadas; para después describir a las que se les brindó apoyo:

- 1.- Hipótesis inicial (para ver que pasa con la familia, asimismo se elabora el mapa tipo estructural).
- 2.- Pérdidas (magnitud del impacto).
- 3.- Ciclo vital de la familia (en el momento del desastre).
- 4.- Composición de la familia (dimensión del ecosistema).
- 5.- Motivo de consulta.
- 6.- Función del síntoma (para que sirve el síntoma).
- 7.- Tratamiento
 - Ecosistema
 - Equilibrio-desequilibrio
 - Subsistema - límites
 - vínculos y síntomas
 - ubicar el ciclo vital de la familia.

El siguiente cuadro resume la atención brindada a las familias:

CUADRO DE ATENCION PSICOLOGICA A FAMILIAS DAMNIFICADAS

FAMILIA	FECHA DE INGRESO AL ALBERGUE	COMPOSICION DE LA FAMILIA Y MOTIVO DE CONSULTA	OBJETIVO TERAPEUTICO	TERAPIA	LOGROS O CAMBIOS OBTENIDOS
1	25-SEP-1985	Previamente al desastre, vivían en una vecindad de la colonia Morelos y el Sr. se dedicaba al espectáculo de música - folklórica (mariachi). Como producto - del sismo quedó ferrumbada su vivienda y el Sr. no trabajaba por encontrarse deprimido. Sus relaciones como pareja se encontraba deterioradas antes del desastre y posteriormente, se hicieron más evidentes los maltratos físicos y verbales.	Implementar mecanismos de acercamiento entre la pareja que les permita establecer el equilibrio familiar.	Terapia Sistémica Familiar	Se logró que su relación con su pareja cambiará considerablemente y hubiera más comunicación. La actitud del señor cambió para ser más positivo y pensar en su trabajo, así como en su reubicación fuera del albergue.
2	22-SEP-1985	Antes del sismo, la familia vivía en un edificio de la col. Versailles, como producto del desastre quedó afectado. No sufrieron pérdidas familiares, sin embargo, se agudizó el problema de comportamiento de uno de los miembros (hijo de 12 años), en cuanto a que se volvió más huraño y retraído con los demás, especialmente con el más pequeño.	Crear mecanismo de acercamiento entre madre e hijo basados en el diálogo y permitan un equilibrio familiar.	Terapia Sistémica Familiar.	Se logró un acercamiento-afectivo entre la familia lo que conllevó a mejorar sus actividades (la señora en su trabajo y su hijo en la escuela).
	5-NOV-1985	Anterior al desastre, la familia vivía en Tepic, la desalojaron por las malas condiciones en que quedó la vivienda, como resultado la señora presentaba problemas emocionales a pesar de los meses transcurridos. La señora vivía sola con su hija (dos meses) no teniendo ninguna relación con su familia de origen.	Implementar mecanismos para disminuir la ansiedad e insomnio en la señora.	Terapia Sistémica Familiar y Relajación muscular.	La señora alcanzó el equilibrio emocional lo que la conllevó a tener una relación más adecuada con la familia y en el albergue.

INSTITUCION
 FAMILIA DE ORIGEN

CUADRO DE ATENCION PSICOLOGICA A FAMILIAS DAMNIFICADAS

FAMILIA	FECHA DE INGRESO AL ALBERGUE	COMPOSICION DE LA FAMILIA Y MOTIVO DE CONSULTA	OBJETIVO TERAPEUTICO	TERAPIA	LOGROS O CAMBIOS OBTENIDOS
4	24-SEP-1985	Antes del siniestro, vivían en Tepico, su departamento quedó inhabitable. Sus relaciones estaban deterioradas y posterior al desastre tenían problemas con sus dos hijos, quienes presentaban falta de apetito, pesadillas, enuresis y agresividad. Estos problemas agudizaban la interacción familiar. No hubieron pérdidas humanas ni materiales.	Lograr un equilibrio que permita una estabilidad familiar e individual.	Terapia Sistémica Familiar.	No se logró la integración familiar pues no se contó con la participación del Señor. La señora cambió en sus perspectivas a futuro al salir del albergue y su relación con sus hijos. Con respecto a los niños no se observaron los cambios pues abandonó la familia el albergue.
5	3-NOV.-1985	Su vivienda antes de los sismos se encontraba en la colonia Guerrero; debido a las condiciones fue desalojada. Las relaciones entre los miembros de la familia no eran buenas debido al estado de ánimo de la señora quien presentaba un cuadro de melancolía profunda, ya que a consecuencia del desastre la señora perdió a su hermano menor, quien vivía en Tlaxcoilco; el cual quedó destruido. Con su esposo era poco afectiva y posterior a la muerte de su hermano se alejó de él y de sus responsabilidades para con la familia.	Lograr que la señora recupere el equilibrio emocional para enfrentar la situación que vivía en esos momentos.	Elaboración de duelo patológico.	La señora logró alcanzar el equilibrio emocional y tranquilidad en el sueño, esto le permitió encontrar alternativas a sus diversos problemas y tener una mejor relación con su familia y con la comunidad.

No obstante, que se trato de dar una atención de acuerdo a los planteamientos teóricos de la Terapia Sistémica Familiar, consideramos que en una situación de desastre no es posible el trabajo con familias como lo plantea la teoría, por un lado por las condiciones en que se encuentra la familia, es decir no es posible en ocasiones reunir a todos los miembros para realizar la terapia y por otro lado por las condiciones de convivencia en el albergue.

En estas circunstancias un tratamiento a largo plazo no se recomienda ya que su estancia en el albergue es transitoria y en cualquier momento lo abandonan.

En relación a los aspectos teóricos manejados en el curso fueron mínimos para brindar la atención a las familias como lo maneja Maldonado y col. (ob. cit. 1985).

REFLEXIONES

En toda situación de emergencia, ya sea como consecuencia de un fenómeno natural como el que vivimos en septiembre de 1985, o como resultado de la acción del hombre se genera una reacción espontánea, inmediata de solidaridad no sólo por la persona común sino también por toda persona que posee conocimientos, información y posición para ayudar en la solución de los diferentes problemas que se presentan. En este sentido el psicólogo como profesional de la salud, independientemente de su formación teórico-práctico, asume un compromiso con la sociedad y consigo mismo.

Nosotros como psicólogos recién egresados, guiados por este compromiso, trabajamos en dos albergues en base a las necesidades de los mismos damnificados.

Específicamente, en relación a nuestro trabajo caben algunas preguntas que posiblemente no responderemos a plenitud pero que su respuesta (basada en la experiencia vivida) podrán aportar aspectos importantes en una intervención de este tipo a futuro. ¿En este sentido, nuestra preparación fue adecuada a las necesidades de la población?

En un primer momento, desde que se empezaron a sentir los efectos del terremoto y se formaron brigadas de asistencia psicológica, nuestra incidencia fue colaborar a las necesidades primarias de la población, como repartición de víveres, distribución de ropa, etc.

Así, aunque sencillo pero útil se puede considerar nuestro trabajo.

Siguiendo con este análisis y dentro de las crisis existenciales y emocionales que se dieron en la comunidad damnificada, también se creó una apertura en el aspecto psicológico, es decir, se generó un estado de identidad con la población que, creemos, es una de las bases para que el psicólogo inicie su trabajo terapéutico.

Con respecto a nuestro trabajo propiamente profesional, se entablaron conversaciones con los encargados del primer albergue las cuales desembocaron en la realización de las actividades ya citadas que en un principio, por lo inesperado y sorprendente de la situación, fueron poco estructuradas al carecer del conocimiento de lo que debe hacer en una situación de emergencia. Tales como las reacciones psicosociales que se presentan y la terapia breve o de emergencia que se aplica después de un desastre. Así como algunas herramientas metodológicas diferentes al Conductismo, como las pruebas psicológicas, que en algún momento se nos requirió para evaluar y diagnosticar oficialmente el estado psicológico de los albergados para su traslado a algún Centro Psiquiátrico.

Pero no por lo anterior, dejamos de actuar, en un momento dado, de forma espontánea guiados por nuestra formación profesional, que aunque insuficiente, para estos casos, no dejó de satisfacer las expectativas que los damnificados y las autoridades del albergue esperaban de nosotros. Paulatinamente estas actividades se fueron sistematizando para dar lugar a una participación más afectiva y funcional, de acuerdo a los conocimientos adquiridos en la ENEP-Iztacala.

Dentro del rubro metodológico se utilizaron los mecanismos de evaluación directa e indirecta y la entrevista, la cuál nos permitió una recabación de datos más objetiva y clara. Jugó, por supuesto, un papel importante la cohesión y el diálogo de los integrantes de nuestro equipo, en cuanto a la creación de las diferentes actividades, la asesoría de la UNICEF y de la ENEP-I y la actividad del área interdisciplinaria, la cual generó un mejor manejo del tiempo y de los recursos disponibles. En este sentido, se fué creando un proceso de organización "en la medida que la organización se dá a partir de un conjunto de sujetos que tienen en sí una identificación en relación a una necesidad o problema específico común..." (Guillermo Samaniego, 1984 p.76).

A través del desarrollo de esas actividades se fueron cumpliendo objetivos que dieron lugar a un estado de participación creativa y solidaria de parte de la población que redituó en resultados muy positivos para ésta, en varios aspectos como lo fueron: en la salud, la educación, relaciones humanas afectivas y economía. En otras palabras, y respondiendo a la pregunta inicial, las actividades que se desarrollaron como producto de nuestra preparación durante nuestra estancia en el primer albergue, fueron adecuadas y por lo tanto vigentes a las necesidades de la población y a la vez a las exigencias de la institución, en cuanto que se nos requería, en base a nuestro conocimiento, información y evaluación, la elaboración de un plan de acción para brindar servicio psicológico a la población, de una manera que reflejara su realidad y el tipo de problema emocional y de conducta que presentaba.

En ese momento, ahora lo vemos, era importante terminar nuestro trabajo en cuanto que habíamos cumplido con un objetivo primordial: que las personas utilizaran sus propios recursos para reestructurar sus vidas.

Sin embargo, por un lado nuestra visión y perspectivas eran lograr objetivos a un plazo más amplio, y por otro, se dieron las condiciones para que nuestra labor continuara al cambiarnos al segundo albergue. Es decir, consideramos que nuestro trabajo no estaba concluido ya que había que cimentar los logros que, a nuestro juicio, apenas se estaban gestando; aunado al hecho de que las autoridades del albergue Héroe de Celaya aceptaron, previo diálogo y presentación del plan de actividades, que trabajáramos con la población, no sólo la que provenía del albergue 18 de marzo, sino también la que ahí se encontraba.

El motivo principal para continuar fue el hecho de que la población nos pidió que la siguiéramos atendiendo. En estas condiciones, se responde a la segunda pregunta que no forjamos: ¿en qué medida nuestras perspectivas de trabajo con los albergados eran un obstáculo en relación a lo que ellos esperaban de nosotros?

Es importante comentar que a la llegada a cada uno de los albergues la población, aún cuando no tuvo una participación abierta y masiva en principio, propiamente no puso barreras que entorpecieran las actividades. Pensamos que las condiciones particulares de convivencia generaron facilidades para relacionarnos con ella, así como para que conocieran y aceptaran nuestro trabajo, el cual fue igual en los dos albergues debido a la similitud de las necesidades de la población. En otras palabras, se creó una relación propiamente humanista en la que esencialmente se dá un encuentro de dos personas y no entre un profesional y un paciente.

En este sentido se creó una "atmósfera terapéutica", (Rogers, 1976) que conllevó a actitudes de acogida e interés que cristalizaron en actividades creativas. (citado en Zarazua, p. 12).

Sin embargo, transcurridos cinco meses a partir de nuestra llegada al segundo albergue, la atención a los damnificados ya no fue la misma, es decir, las autoridades y los otros profesionistas ahí instalados (médico, trabajadoras sociales, principalmente) empezaron a dar maltrato a la población, reflejándose en deficiente atención médica y alimenticia. Asimismo, se mostraron más exigentes en cuidar que se cumpliera con los horarios establecidos para los alimentos, la entrada y salida del albergue e irse a descansar, lapso en el cual no se les permitía andar en los pasillos y se apagaban las luces. En el momento en que no se cumplían estos requisitos se les amenazaba y se les desalojaba de la institución. También apoyándose en investigaciones previas, las autoridades del albergue empezaron a correr a las familias que no eran damnificadas.

Esta situación se torno más crítica para la comunidad con la llegada de un nuevo director y administrador de la institución, los cuales asumieron una actitud francamente hostil y agresiva con la mayoría de los albergados; incluso con el personal administrativo y de trabajo social.

Con respecto a nuestro grupo de trabajo, en un principio fué de respeto y apoyo a nuestras actividades, por parte de las autoridades de la institución, sin embargo a la llegada del nuevo Director, la situación de convivencia y trabajo se tornó tensa y difícil tanto para la población como para nosotros, la cual fué más patente posteriormente a la organización y realización de actividades como la Kermesse, ya que se empezaron a generar movilizaciones entre los albergados, como programar reuniones para discutir, ponerse de acuerdo y exigir sus derechos como damnificados ante el maltrato, las exigencias y expulsiones de los que eran víctimas.

De acuerdo a la opinión del Director eramos responsables de la situación, por lo que nos pidió que abandonáramos las instalaciones y se nos prohibió la entrada.

Cabe hacer notar que aunque no negamos nuestra participación en esta movilización en el albergue, en esos momentos no alcanzamos a visualizar el alcance social que estábamos generando y las consecuencias que ésto nos traería. El cese de nuestro trabajo.

Creemos que lo anterior sucedió debido, a que desde nuestra llegada a los dos albergues empezamos a generar conciencia en la población de que organizándose en grupos podrían, tanto realizar actividades, como tener la oportunidad de comunicarse entre ellos mismos, para exponer, discutir y planear soluciones a sus problemas individuales y de grupo.

A partir de la kermesse, los albergados conscientes de los beneficios de estar organizados, participaron convencidos de que unidos lograrían que ésta fuera un éxito (y así fué, pues éstos alcanzaron ganancias favorables).

Creemos que en cuanto dejamos de asumir las funciones que a las autoridades les convenía, es decir, la de colaborar a restablecer

el orden social y en ese sentido dejamos de asumir el "rol asignado" nuestros servicios dejaron de interesar, ya que empezamos a impulsar y promover un cambio en la población hacia la búsqueda de sus derechos más apremiantes; vivienda, trabajo, etc.

Antes de continuar es importante dejar claro que es un rol.

Para Deutch y Kauss (1970), el rol consiste en el sistema de expectativas que existen en el mundo social que rodea al ocupante de una posición, expectativa referente a su comportamiento hacia los ocupantes de otras posiciones". Tal comportamiento no es "producto de decisiones individuales autónomas sino que responden a las normas y expectativas asociadas a ese lugar que viene a ocupar, y que son internalizadas en el proceso de socialización..." (Apaud Gloria Benedito p. 406).

Dentro de la situación de desastre, creemos que el rol del psicólogo fue el de colaborar a restituir el equilibrio físico y emocional de los individuos con el fin de que se reintegraran a la vida social y productiva del país que el sismo interrumpió, y en ese sentido, mantener las condiciones de marginación y pobreza de muchos grupos sociales que, finalmente, por estas condiciones fueron los más castigados por el desequilibrio ecológico e intrínsecamente mantener las condiciones de privilegio y poder de grupos minoritarios.

Una de las consecuencias provocada por los sismos fue la movilización de grupos marginados que tenían (y siguen teniendo, porque actualmente siguen en pie de lucha) la finalidad no solamente de restituir los daños ecológicos, sino también su condición de vida social, económica, cultural y de trabajo principalmente; condición que tiene su origen antes del sismo y que la situación de desastre evidenció y agudizó ampliamente. De ahí que el Estado asumiera una actitud de restricción hacia los actos de apoyo no solamente del pueblo mexicano sino incluso de las brigadas de otros países, como lo precisa la siguiente crónica periodística: "Voluntarios estadounidenses de la Asocia-

ción de perros de Rescate de Sobrevivientes propusieron, en San Diego, que los gobiernos de México y Estados Unidos firmen un tratado para intercambiar ayuda en casos de emergencia. Explicaron que durante su participación en México había confusión y no era posible la coordinación oficial de la ayuda para rescate que se ofrecía del exterior. Señalaron que hubieran podido salvar un mayor número de vidas si el gobierno mexicano hubiera permitido la entrada de ayuda internacional desde el primer momento". (El Universal, 17 de noviembre de 1985, p. 25).

En cuanto a la población con la que nos relacionamos, a través de un proceso de comunicación y trabajo creativo, se fué forjando un estado de conciencia no solamente de su participación para convivir, primero en una situación forzada, y después integrarse a su vida normal, sino también pelear por las condiciones arriba citadas. Así, también a partir de una actitud comprensiva, de apoyo espontáneo mutuo que se dió en el primer encuentro con los damnificados y que fue madurando a través del tiempo, se desarrolló un estado de independencia y libertad en los individuos y dió una apertura para nuestro trabajo propiamente terapéutico. En este sentido, se rompió en cierta medida con el lazo de dependencia que se genera en situaciones como ésta.

A este respecto, Sánchez Sosa (ob. cit. 1985) nos dice que uno de los problemas que más frecuentemente se genera bajo las condiciones de convivencia forzada, típica de los albergues lo constituyen el desarrollo de una dependencia exagerada por parte de los damnificados, tienen servicios y atención personal de lo que habían carecido toda su vida, principalmente en los damnificados de muy bajo nivel socioeconómico.

Al no desvanecerse oportunamente dicha dependencia se puede producir reacciones de grupo en contra de la organización, los organizadores o prestadores de servicio.

S. Sosa nos indica que este tipo de descontento colectivo puede ser producto de la frustración generada por la impotencia en el

período de excitación extrema y heroísmo, en la que el individuo empieza a manifestar resentimiento, e inicia una búsqueda de culpables. También puede ser debido al desconcierto producto de convivir en una situación forzada a la que el albergado no suele estar acostumbrado.

Ahondando en el análisis del rol que desempeñamos con los damnificados, es importante citar que de un rol no directivo que se desempeñó en el proceso terapéutico y que dió origen al cumplimiento de objetivos importantes en cada una de las áreas, ya dentro de la movilización grupal que se fue gestando y que desembocó en las exigencias de los derechos citados, creemos que asumimos un rol de liderazgo que fue inmediatamente detectado por las autoridades de la institución.

De acuerdo a Stodgill (1948) el líder conjunta una serie de características, tales como facilidad verbal, nivel escolar o de conocimiento, responsabilidad, iniciativa, cooperación, posición social, entre otras.

En este sentido, Ruch y Zimbardo (1971) agregan: "Una de las características de un líder afectivo es que sabe evaluar con precisión sus recursos en tanto que éstos se relacionan con los objetivos del grupo; cuando él no sea suficiente, deberán elegirse otros para que proporcionen los recursos necesarios".

Creemos que, efectivamente como lo citan Ruch y Zimbardo (ibidem p.), no supimos, en un momento dado, evaluar nuestros recursos que nos permitieran colaborar eficientemente con los fines de esa movilización.

El resultado fue que, por un lado, nos despidieran las autoridades, y por otro, nuestra imagen de líderes ante la población se fue desvaneciendo hasta perderse. Finalmente los damnificados, bajo presiones y falsas promesas por parte de la institución en cuanto al cumplimiento de sus expectativas, tomaron partido por ésta.

No obstante, aún cuando las vivencias de aquellos momentos dejaron un amargo sabor de derrota, ahora creemos que fuimos impulsores y promotores del cambio en la población, que aunque mínimo fué suficiente para generar una movilización social. Así también, se dió un avance hacia la aceptación de un rol diferente, es decir, de un rol "asignado" a un rol "posible" en el que "se abre la posibilidad de una praxis diferente" (Benedito Gloria ob. cit., p. 415), el cuál nos permite incidir en los problemas sociales del país de una manera más abierta.

O por decirlo con las palabras de Mao Tse Tung: "En la lucha social, las fuerzas que representan a la clase avanzada a veces sufren reveses, no porque sus ideas sean incorrectas, sino porque, en la correlación de las fuerzas reaccionarias, en consecuencia, fracasan temporalmente, pero han de triunfar tarde o temprano. A través de la prueba de la práctica, se produce otro salto en el conocimiento del hombre". (p.114).

Es decir, en primer lugar, sienta las bases para futuros trabajos en albergues, con personas en situación de convivencia forzada. También los albergados y los profesionistas que convivieron con nosotros, conocieron el trabajo que el psicólogo realiza (Atención terapéutica, Organización, Autogestión, Educación y Terapia Ocupacional) y cambiaron su visión del psicólogo positivamente, ya que por una parte los albergados, al principio de nuestra intervención, creían que el psicólogo sólo trataba "locos" o desconocían totalmente su función, y por otra, los otros profesionistas vieron que nuestra intervención no sólo consistió en un trabajo de uno a uno en un consultorio, sino que también con grupos organizados para un fin común (Educación, Ocupación, Alimentación, Salud, Vivienda, etc.).

En segundo lugar, logramos con nuestro trabajo crear un ambiente de confianza, que hizo que los mismos pacientes acudieran a nosotros. Lo que no ocurría al principio de nuestra llegada al albergue.

Así también, se abrieron canales de comunicación para un trabajo interdisciplinario, implicando con ello, una mejor atención al damnificado.

Creemos que de acuerdo a nuestros alcances y limitaciones que vivimos dentro de nuestra experiencia de trabajo en los albergues, es necesario lo siguiente:

Debido a que México es una zona de alto riesgo sísmico, el gobierno debe fomentar en la población una "Cultura sísmica" para que se eviten tantas muertes, así como el mal manejo de los recursos (víveres, medicinas, etc.) con los que se cuenta, debido al desconocimiento de lo que se debe de hacer, ante un desastre.

Se sugiere, que dentro del plan de estudios de la ENEP-Iztacala, se tome en cuenta el conocimiento de lo que es un desastre, sus consecuencias y la atención psicológica adecuada, ante una situación de emergencia o crisis. Así, como también, que haya una apertura a varias corrientes y herramientas metodológicas (como intervención en crisis), que en un momento dado son necesarias y requeridas por las autoridades y la población.

De acuerdo a estas reflexiones sobre los alcances y productos de nuestra incidencia, se propone un Manual de atención psicológica para cualquier situación de desastre y para todo aquel psicólogo que quiera planear y organizar actividades adecuadas en un albergue.

CONCLUSIONES

En conclusión, enfatizamos que nuestro trabajo de apoyo a los damnificados por los sismos de 1985 fue importante en tanto que no sólo se cumplieron objetivos desde el punto de vista psicoterapéutico que permitieron que las personas manejaran sus propios recursos para encontrar una salida a su problemática emocional y física, sino también desde el punto de vista social, se logró gestar un movimiento en la comunidad con el fin de lograr una respuesta satisfactora a sus necesidades socio-económicas, aún cuando en ese momento no hubo resultados que se esperaban, en la actualidad ese movimiento sigue estando vigente y sigue teniendo grandes repercusiones en la restauración integral del país.

Asimismo, particularizando en el papel social del psicólogo, consideramos que esta situación de desastre, dentro de las graves y nefastas consecuencias que dejó, permitió una mayor apertura y un mayor reconocimiento a la labor del psicólogo en el abordaje a los problemas que aquejan al país en todos sus ámbitos.

No obstante, es importante también enfatizar que esta difícil experiencia que vivimos nos debe sensibilizar para prepararnos de una mejor manera para afrontar situaciones similares. Es decir, es importante conocer otros métodos y técnicas terapéuticas que nos permitan atender los diferentes casos de una manera más eficiente tomando en cuenta el nivel (fase de desajuste en la que se encuentre el paciente. Por ejemplo, fue importante el conocimiento que obtuvimos en la atención al núcleo familiar por medio de la teoría sistémica, sin embargo, este conocimiento fue insuficiente para generar los resultados que se esperaban, pues un aspecto teórico-práctico fundamental dentro de esta corriente terapéutica es el rol que juega el terapeuta dentro del manejo y solución del problema, aspecto que realmente no supimos manejar.

Asimismo, es importante conocer programas psicoterapéuticos que se adecúen a las circunstancias de una emergencia como la que vivimos.

decir, nos referimos a las psicoterapias breves en casos de emergencia, que complementadas con una labor de atención integral o interdisciplinaria conduzcan a resultados positivos a menor costo no solamente de tiempo sino también de esfuerzo y economía.

S E C U N D A

P A R T E

**MANUAL DE ATENCION PSICOLOGICA EN ALBERGUES
DESPUES DE UN DESASTRE**

II P A R T E

A continuación proponemos, de acuerdo a nuestra experiencia, algunos servicios o áreas de intervención grupal, que se pueden llevar a cabo en un albergue, tomando en cuenta que éstos podrán realizarse, siempre y cuando, se tenga el conocimiento de que el albergue prestará alojamiento a los damnificados por un tiempo mínimo de dos meses.

Lo anteriores preciso que se tome en cuenta, para que estas áreas de intervención sean capaces de responder positivamente a las necesidades de la población.

Las áreas de intervención serán las siguientes:

- 1.- Area Organizativa
- 2.- Area Interdisciplinaria
- 3.- Area Educativa con adultos.
- 4.- Area Educativa con niños.
- 5.- Area de Terapia Ocupacional.

INTRODUCCION

El presente Manual ha sido elaborado a partir de las experiencias en albergues, durante los sismos de 1985.

Esta dirigido a los profesionistas del área de psicología que quieran organizar y prestar servicios de atención psicológica inmediatamente después del desastre.

Las alternativas y sugerencias que aquí se describen son con el propósito de que se tengan ciertos conocimientos e información relativos a la catástrofe misma y sus consecuencias, así como de técnicas para la atención a damnificados en albergues, sus reacciones probables y los métodos de intervención específicos a nivel individual y grupal.

En primer lugar se definirán los conceptos de desastre, fases del desastre y damnificado, así como de crisis y emergencia, y la intervención psicológica inmediata a un desastre.

En segundo lugar se describirán algunas estrategias de intervención, para el trabajo en albergues (Interdisciplinaria, Organizativa, Educativa niños y adultos, y área de Terapia Ocupacional).

La primera parte de este Manual deberá implementarse en el período de postdesastre o tan pronto sea posible.

La segunda parte es opcional. Se llevará a efecto siempre y cuando se tenga el conocimiento de que los damnificados permanecerán en el albergue por un lapso de tiempo de dos meses mínimo.

Tomando en cuenta, que esta atención deberá desvanecerse oportunamente para evitar una dependencia exagerada por parte de los albergados hacia el psicólogo. Es por ello que los objetivos y sugerencias en este Manual, están planteados a corto plazo, de forma rápida y emergente, para evitar dicha dependencia, así como por el hecho de que los damnificados abandonan de forma imprevista el albergue.

I PARTE

DESASTRE

A la cuestión ¿qué es un desastre? muchos han aceptado la premisa de "... un desastre es quizá más fácil reconocerlo que definirlo". (Bakun, 1974. p. 51). Pero mientras ha habido poca atención de parte de los especialistas hacia el problema, cualquiera que se interese en el tema debe tener mínimamente una concepción acerca del fenómeno de desastre. (citado en Quarentelli, ph. D. p. 43).

En términos generales de acuerdo a Quarentelli, (ibidem., p. 43-49) los desastres han sido clasificados en:

- 1) El desastre de Agentes Físicos.
- 2) El desastre de Impactos Físicos.
- 3) El desastre como Evaluadores de Impactos Físicos.
- 4) El desastre como Desorganización Social de Eventos Físicos.
- 5) La construcción social de la realidad en una situación de crisis percibida la cual puede o no implicar efectos físicos.
- 6) La definición política de ciertas situaciones de crisis.

1.- El desastre de Agentes Físicos

La palabra "desastre" es a veces igualada con cierta clase de agentes físicos tales como temblores de tierra, incendios, diluvios y explosiones. La idea básica como Dynes (1976) hace notar, es que hay "ciertas cosas" que pueden producir potencialmente un efecto sobre el medio ambiente. Esas "ciertas cosas" son designadas como agentes "naturales" o "actos de dios" y agentes humanos o "hechos por el hombre".

2.- El desastre de Impactos Físicos

En algunos casos, el término "desastre" es igualado solamente con un impacto físico. Hay un desastre cuando hay alguna clase de impacto físico notorio en alguna parte del medio ambiente. Un huracán moverá aire

y agua; un temblor de tierra moverá tierra y agua.

En esta formulación la atención se centra hacia cómo las características del agente del desastre pueden afectar el impacto y la forma en el cual éste ocurre. Con respecto a su posteridad el impacto puede ser visto como la ocurrencia en la esfera geofísica o medio ambiente, el medio biológico y/o en la esfera socio-técnica (Dynes, 1976).

Así también los desastres difieren en su frecuencia en cuanto a que ellos no son distribuidos azarosamente en el espacio. Hay desastres que difieren en su duración.

Hay impactos físicos por ejemplo tales como explosiones químicas que por su breve duración socialmente no son significativas como lo podría ser la erupción de un volcán.

3.- Los desastres como Evaluadores de Impactos Físicos.

En esta tercera formulación, el impacto físico se distingue de los agentes de desastres dependiendo de la evaluación hecha, solamente, algunos podrían ser categorizados como "desastre". De alguna manera u otra el evento debe categorizarse como "desastrozo".

A menudo el criterio de evaluación está implícito, hay algunas cuestiones semiexplícitas, por ejemplo, las escalas de Mercalli y de Richter, la primera mide la intensidad y la segunda la magnitud, ambas implican combinaciones de impactos físicos discernibles y algunas evaluaciones de estos efectos. Mediciones evaluatorias análogas de los impactos han sido desarrolladas recientemente en huracanes y tornados. En este enfoque se adhiere a lo establecido por Barkun (1974, p. 72): "Los desastres significan daño -físico-, social y psicológico". Sin embargo, muchos evaluadores se centran primeramente en los efectos físicos.

Estas tres formulaciones de desastre respectivamente causan estrés, característica y consecuencia de agentes físicos y/o impactos.

Aún cuando son similares y de alguna manera se relacionan las tres concepciones de desastre tienen diferente énfasis, la primera formulación se centró sobre las condiciones antecedentes responsables para el agente físico; en la segunda, el rasgo distintivo de desastre es un impacto discernible y en el tercero es un desastre cuando sus efectos son evaluados como notables.

4.- El desastre como Desorganización Social de Eventos con Impactos Físicos.

Las concepciones de desastre que implican aspectos sociales se profundizan más en este cuarto aspecto.

En este enfoque un impacto físico es un "desastre" si la magnitud del impacto -como lo indica la propiedad del daño y el desastre-se cree que es suficiente el resultado de la desorganización en la vida social. (Quarenteli). Hay una destrucción considerable de material bueno y relativamente un amplio número de muerte y damnificados por el evento. El desastre no es el impacto físico en sí, sino las consecuencias sociales de la ocurrencia física. Así, esta formulación de desastre difiere de la tercera concepción antes citada, porque el énfasis recae sobre el aspecto social, más que el físico.

5.- Los Desastres como Construcciones Sociales de la Realidad Percibida en situaciones de crisis que pueden o no Implicar Impactos Físicos.

Estas cuatro concepciones de "desastre" anotadas contemplan un impacto físico de alguna clase. Sin embargo, los científicos sociales han dudado siempre por la facilidad hecha a la observación que no ya correlación necesariamente en cuanto a impactos físicos y actividad social. Por ejemplo, el Temblor del Nuevo Madrid de 1811 y 1812 tuvo efectos físicos masivos sobre la topografía de la religión y aún cambió

el curso del río Mississippi (ob. cit. Penick, 1976 pag. 47). Pero muchos no caracterizaron este cataclismo físico como desastre, aún cuando el área no fue muy densamente poblada y había poco daño o destrucción de la propiedad y posiblemente sin pérdida de vida (ver Danzing et. al. 1958). Muchos definen este caso como desastre en primera instancia por la carencia de un impacto físico.

En esta concepción de desastre debía hacer una percepción socialmente construida de una situación de crisis, esto es, una situación que requiere acción colectiva inesperada porque implica valores altamente prioritario (ver. p. ej. Form y Nosov, 1958).

Es claro que este enfoque hace el concepto de desastre un término relativo más que absoluto en tanto que los postulados de las posibilidades perceptuales diferentes son resultado de construcciones sociales diferentes de la realidad.

6.- Los desastres como definiciones políticas de ciertas situaciones de crisis.

Algunos autores han propuesto que los desastres no son solamente construcciones sociales sino también fenómenos políticos (e.g. Brown O Keefe, 1976; Dombrowsky, 1981). Las situaciones de crisis son definidas como desastres dependiendo de las decisiones políticas en el amplio término. Cada decisión política refleja intereses específicos de la sociedad y la comunidad en el poder.

Ciertas naciones pueden declarar que en sus decisiones no existe algún tipo de desastre. Aún cuando el enfoque de otros países lo puedan considerar como tal.

Por varias razones los teóricos e investigadores de desastre generalmente han resguardado la forma de examinar los aspectos políticos en fenómenos de desastre. (Quarantelli y Dynes, 1977).

FASES DEL DESASTRE A NIVEL PSICOLOGICO

Históricamente se ha hecho énfasis en la división de desastres en las fases de alarma, amenaza, impacto, inventario rescate, reconstrucción y recuperación. Sin embargo, una descripción más reciente del período de post-desastres la planteada por el National Instituto of Mental Health, 1983 p. 1-2, quién plantea cuatro fases por las que atraviesa el individuo en la situación de desastre:

FASE HEROICA

Este período usualmente ocurre en el momento del impacto e inmediatamente después de él. Las emociones son fuertes y directas. La gente encuentra en sí misma el deseo de responder a las demandas de acciones heroicas a salvar su vida misma o la de los demás. El altruismo es predominante, y la gente se multiplica de la mejor manera para ayudar a la supervivencia. Los recursos más importantes durante esta fase son los grupos familiares, vecinos y equipo de emergencia.

FASE DE LUNA DE MIEL

Este período generalmente se extiende de una semana a tres o seis meses después del desastre. Para aquellos quienes han sobrevivido, aún cuando han perdido seres queridos y aspectos materiales, hay un fuerte sentido de haber compartido con otros una experiencia catastrófica y peligrosa. Durante esta fase, apoyados y a menudo encubiertos por el influjo de personas del gobierno federal u oficial, quienes prometen toda clase de ayuda, las víctimas limpian las ruinas y restauran sus casas con la esperanza de que pronto se resolverán sus problemas. Los grupos comunitarios preexistentes y de emergencia, son quienes desarrollan las necesidades específicas provocadas por el desastre, son especialmente importantes durante este período.

FASE DE LA DESILUSION

Este periodo dura generalmente de dos meses a 2 años. Hay fuertes sentimientos de desilusión, ansiedad, resentimiento y amargura pueden aparecer si se retarda la ayuda prometida o simplemente no se lleva a cabo. También lo que contribuye a ese estado, puede ser la pérdida gradual del sentimiento de "comunidad compartida", mientras las víctimas concentran su atención en reconstruir su propia vida y resuelven sus problemas individuales.

FASE DE RECONSTRUCCION

Las víctimas se dedican a la realización de las tareas que resolverán los problemas de reconstrucción de sus propias casas así como su propia vida y asumen gradualmente la responsabilidad para hacerlo. Durante esta fase, la cuál generalmente se extiende por varios años posteriores al desastre, el surgimiento de nuevas construcciones reemplaza a las viejas, el desarrollo de nuevos programas y planes, sirven para reafirmar la creencia de las víctimas en su comunidad y en sus propias capacidades y habilidades. Cuando toda esta situación se demora, sin embargo, los problemas emocionales que aparecen pueden ser serios e intensos.

Continuando el análisis, el doctor Sánchez, catedrático de la Facultad de Psicología de la UNAM, explica. "Una situación de desastre es, semejante a la llamada "neurosis de guerra", se pueden observar tres fases en los efectos psicológicos. En el primer momento -agrega- se presentan elementos de negación; negar el dolor, la pérdida humana, corporal y material".

Esto provoca reacciones útiles o inútiles, otros dicen " aquí no pasó nada ".

La segunda etapa se caracteriza por el surgimiento de la angustia, cuando los mecanismos de negación y su instrumentación ya

no son suficientes para controlarla. Los recuerdos traumáticos comienzan a emerger y de nuevo hay una variedad de situaciones para resolverla, pero también la angustia puede desbordarse y crear sintomatología clínica, con paralizaciones, alucinaciones y delirios que son pasajeros y no deben confundirse con un cuadro psiquiátrico.

Son situaciones pasajeras en las que hay que esperar su evolución.

La tercera etapa es la depresión. Al igual que las otras dos pueden provocar reacciones distintas, desde la solidaridad y empatía hacia los demás a partir del dolor y depresión propios hasta el aislamiento y sumisión.

DAMNIFICADO

Es la persona o familia afectados por el desastre o sus consecuencias. Dichos sujetos experimentan un evento estresante e inesperado. Los damnificados pueden presentar síntomas de estrés físico o psicológico.

Siguiendo este lineamiento el Dr. Sánchez (1985) propone una clasificación en los que se encuadra el damnificado.

- 1) Aquellas personas que perdieron su familia inmediata, su habitación y que sufrieron daños corporales severos tales como: amputaciones o heridas de déficits permanentes.
- 2) Individuos que perdieron su familia inmediata y su vivienda pero que quedaron personalmente ilesos, aún habiendo presenciado la destrucción de sus seres queridos y sus bienes.
- 3) Personas que perteneciendo al caso anterior no presenciaron directamente la destrucción referida.
- 4) Personas que presenciaron la destrucción del inmueble y otros bienes ajenos y supieron de daños personales y de conocidos sin tratarse de parientes cercanos.
- 5) Individuos que se enteraron de los efectos del siniestro a través de comunicación indirecta o bien por lo medios de difusión y no sufrieron pérdidas materiales pero colaboraron activa y directamente en tareas de rescate y cuidados de emergencia.
- 6) Individuos que prácticamente tuvieron contacto con el siniestro sólo a través de la información de los medios de difusión y tuvieron consecuencias indirectas tales como irregularidad en los servicios (teléfono, agua, electricidad o por el tráfico de vehículos).

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Otra consideración importante en la planeación de servicios es la vulnerabilidad de diferentes grupos demográficos (citado en Sowder, ph. D. Bárbara J., p. 76-78).

Hacia problemas psicológicos inducidos por desastre. Los niños son, operativamente, uno de los grupos más vulnerables (e.g. Blauford y Levine 1972, Lacey 1972; Liman 1972; Newman 1976). En los desastres severos, se ha observado en los niños ansiedades por separación (Boyd 1981; Bolin 1982; Singer 1982), así como fobias y disturbios en el sueño (Perry y Perry 1959; Newman 1976; Frederick 1977).

Las familias numerosas son también más sujetas a problemas emocionales que las familias pequeñas (Bolin 1982) quizás porque tienen un gran número de niños.

GRUPOS DE ALTO RIESGO EN SALUD MENTAL

Aunque los datos son escasos, los parientes que han perdido niños, parecen experimentar reacciones intensas de dolor más severas que otros grupos desamparados (Liderman 1944; Sanders 1979-1980; Singh and Raphael 1981) y las madres parecen sufrir más que los padres (Clyman et. al. 1980; Singh and Raphael 1981). Otros grupos de alto riesgo son los niños desamparados de sus parientes (Felner et. al. 1981; Horowitz et. al. 1981; Van Erdewegh et. al. 1982) y pacientes psiquiátricos quienes han perdido a un miembro familiar cercano. Los desórdenes afectivos son especialmente altos entre este tipo de pacientes (Parlcers 1964b; Stein an Susser 1969; Frost and Cloyton, 1977).

Otra información de factores de alto riesgo pertenecen a individuos que han perdido a su cónyuge y en relación a ésto las más jóvenes tienen mayor riesgo para atención psiquiátrica que las de más edad (Parkes 1964 b; Maddison and Walker 1967; Maddison and Viola 1968;

Ball 1976-1977; Carey 1979-1980; Vachon et. al. 1982).

Concretizando más el punto de vista de los grupos de alto riesgo, las familias son probablemente las fuentes más críticas de apoyo emocional, informal y tangible disponibles para las víctimas del desastre. (ver Figley, 1983). En la mayoría de los casos, los familiares ofrecen ayuda voluntariamente, sin petición de auxilio de parte de la víctima (Drabek et. al. 1975).

Entre más distante geográfica o socialmente estén los familiares, es menos probable que sean capaces de responder a las necesidades de las familias víctimas. (Smith, 1983).

Más aún, la misma familia puede elevar el nivel de estrés entre las víctimas (Hanford et. al. 1983).

"Cuando toda la unidad familiar está involucrada en una crisis, el proceso mismo de adaptación puede convertirse en una fuente continua de estrés" (Kellner, 1966). Más aún, los familiares tienden a ser menos efectivos en desastres intensos y amplios, ya que probablemente, ellos también sean víctimas (Hilly Hansen, 1962; Mileti et. al. 1975).

Los adultos de la familia pueden afectarse negativamente uno a otros cuando están dañadas sus capacidades de enfrentar la realidad. Por ejemplo, entre los sobrevivientes de Buffalo Creek, la depresión y/o ansiedad de un cónyuge hizo una contribución significativa a la severidad total de la respuesta del otro cónyuge; esta contribución estuvo muy por arriba de la hecha por la catastrófica inundación (Gleser et. al. 1981).

Las tensiones emocionales y financieras relacionadas con el desastre también pueden aumentar los desacuerdos maritales, especialmente entre parejas que ya experimentaban dificultades antes del suceso y que después son incapaces de confrontarse uno a otro (Hill

y Hansen, 1962; Hass et. al. 1977). Se ha observado aumento en el maltrato cónyugal entre personas víctimas por un desastre (Shaar, 1980; Brozan, 1983).

La incapacidad para realizar papeles establecidos parece aumentar el conflicto familiar. Croog, (1970) reporta tales problemas cuando los daños infligidos por el desastre requieren un prolongado período de recuperación de parte del jefe de familiar. En este caso a la persona herida se le puede hacer difícil cambiar el papel de jefe de la casa por uno de dependencia. Las consecuencias emocionales de este golpe a la autoestima puede incluso empeorar los problemas físicos de la persona. Cuando se logra la recuperación, al hijo o a la esposa se le puede hacer difícil renunciar a las prerrogativas o poder que ejerció mientras el jefe estaba incapacitado (Visotsky et. al. 1961).

CRISIS

"Una crisis es un período crucial o decisivo en la vida de la persona, un punto de viraje que tiene consecuencias físicas y emocionales. De manera específica, es un período limitado de desequilibrio psicológico precipitado por un cambio repentido y significativo en la situación vital del individuo. Este cambio origina la necesidad de ajustes internos y el uso de mecanismos de adaptación externa que rebasan temporalmente la capacidad del individuo" (Cohen y Ahearn 1989).

EMERGENCIA

"La emergencia se ha descrito como la combinación de circunstancias inesperadas que exige una acción inmediata" (Hernández 1985).

INTERVENCION PSICOLOGICA INMEDIATA A UN DESASTRE

Aunque son numerosos los tipos de asistencia psicológica cuya eficacia se ha evaluado en la literatura de la investigación, pocos son los que por su naturaleza, pueden ponerse en práctica bajo condiciones de desastre. En general la intervención en crisis y la psicoterapia breve, individual y de grupo, parecen ser las opciones naturales y de relativamente alta eficacia. Un problema central en la instrumentación de otros servicios es que, por la naturaleza de un siniestro, se tienen que prestar en escenarios muy diferentes a los que tradicionalmente se usan para su entrega institucional o privada. (Sánchez Sosa, ob.cit. p. 130).

Esto añade mucho esfuerzo al especialista o al habilitado quien además de tener que trasladarse a la escena de los hechos, requieren actuar bajo condiciones no sólo distractoras sino perturbadoras. Estas condiciones se acentúan cuando se trabaja con grupos aunque, se ha señalado que el trabajo con familias, cuando es posible, además de prestarse a la intervención colectiva genera resultados muy alentadores (ibid., pag. 131).

La intervención en crisis se divide en dos partes: la primera se toma donde sea, desde unos minutos hasta horas, dependiendo de la gravedad de la desorganización o trastorno emocional de la persona en crisis y de la capacidad del terapeuta.

El enfrentamiento inmediato es el enfoque principal. En la práctica esto se divide en tres objetivos: proporcionar apoyo, reducir la mortalidad y vincular recursos de apoyo.

Althaus (1984) propone los siguientes primeros auxilios psicológicos que consisten en la primera ayuda inicial que una persona recibe cuando tiene un problema, la ayuda debe brindarse solamente con referencia a la situación inmediata.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 1.- Tratar de calmar a la víctima, aliviar su ansiedad y tensión. Comunicar su preocupación por lo que esta pasando, transmita confianza pero sin ser falso.
- 2.- Acepte las limitaciones de la persona y favorezca a que ella también lo acepte.
- 3.- Anime a las personas a hablar libremente de lo que tenga en mente.
- 4.- Ayudelo a confrontar la crisis "la única manera de olvidar es recordar".
- 5.- Cuando la persona comienza a hablar; evite interrumpir. Sea muy paciente.
- 6.- Sea un oyente muy activo; escúchelo sin apatía.
- 7.- No discuta con la persona; si esta en desacuerdo con usted no lo diga. La solución de él será de mayor éxito.
- 8.- Acepte sus propias limitaciones en función de dar alivio. No intente hacer todo para todos. Haga lo que puede y solicite ayuda si es necesario.

La Terapia de Crisis, por otra parte, se refiere a un proceso terapéutico a corto plazo que se dirige a la resolución de la crisis, significa ayudar a la persona a enfrentar la experiencia en crisis (expresando sentimientos, obteniendo dominio cognitivo de la situación, etc.) de modo que el suceso llegue a integrarse en la estructura de la vida. Idealmente se acompaña de seis semanas.

La terapia en crisis no solo requiere de más tiempo que la primera ayuda psicológica sino de más habilidades y entrenamiento por parte del terapeuta. Esta terapia se distingue por sus procedimientos los cuáles se apoyan en Lazarus (1976, 1981) quien examina aspectos

conductuales, afectivos, somáticos, interpersonales y cognoscitivo de cualquier crisis en el paciente. (citado en Slaikou, 1984).

Algunos autores como Berg, 1970, Brockopo. 1973, Lister, 1976, entre otros proponen un enfoque de cinco pasos que incluye:

- Hacer contacto psicológico
- Examinar las dimensiones del problema.
- Explorar las soluciones posibles.
- Ayudar a tomar la acción concreta y
- Registrar el progreso de seguimiento. (Slaikou, ibidem, p. 76 y 77).

Asimismo, dentro de esta primera intervención se recomienda trabajar con la ~~relajación~~ muscular (Rim y Masters, 1982).

AREA ORGANIZATIVA

Uno de los aspectos más importantes de las secuelas de desastres naturales consiste en la formación provisional de albergues que sustituyen temporalmente todos los servicios y componentes de apoyo del vivir cotidiano. Es claro que se trata de condiciones de convivencia forzada en las que las reglas de interacción personal y social sufren cambios importantes (Sánchez, 1985).

El individuo, en efecto, experimenta cambios completos en sus marcos de referencia. Frecuentemente tienen que vivir con personas que no conoce, con estilos de interacción cultural que no siempre experimenta como propios, con tipos de conflictos que probablemente fueran poco frecuentes en el pasado y que ahora lo fuerzan a poner en juego habilidades adaptativas que no todas las personas de albergues poseen al momento de necesitar ponerlas en práctica. (ibidem, p. 117).

También se genera el desarrollo de una dependencia exagerada por parte de la población, del personal de ayuda en los propios albergues que de no desvanecerse oportunamente dicha dependencia se pueden producir reacciones sociales de grupo en contra de la organización o prestadores de servicios dentro de los albergues, por ello es importante que se instaure de manera controlada y cauta, sistemas de autogestión comunitaria dentro de los albergues manteniendo en todo momento el papel de guía y consultoría de los especialistas que ofrezcan servicios asistenciales u organizativos.

Es importante promover una reunión en la que participen todos para expresar, analizar y ordenar los problemas existentes dentro del albergue para ello se tomará en cuenta lo siguiente:

- 1.-Nombrar una persona que coordine la reunión, para que ceda la palabra a quien levante la mano e impida que ocurran faltas de respeto entre el grupo.

- 2.-El coordinador elaborará junto con el grupo una lista de los puntos que se van a tratar y la duración de la reunión y el orden en que se llevará la reunión.
- 3.-Nombrar a una persona que tome nota de los acuerdos definidos con el fin de que todo el grupo se comprometa a cumplirlos.
- 4.-Para evitar que la junta se haga larga y tediosa no se debe permitir hablar mucho o sobre el mismo tema a una sola persona.

FORMACION DE COMISIONES

La idea es que las personas se organicen como equipo o comisiones para cada meta; para ello es importante, que cada uno diga de que manera va a participar para solucionar las necesidades.

- 1.- Comisión de alimentación (obtención, preparación y distribución de alimentos).
- 2.-Comisión de aseo, higiene y salud (se evitarán epidemias con el aseo de dormitorios y área comunes, áreas personales, aseo de ropa, etc.).
- 3.-Comisión de vigilancia y orden (se evitarán riñas, robos, faltas de respeto, abusos, etc.).
- 4.-Comisión de recuperación de vivienda (Se revisarán condiciones de la vivienda, si se puede seguir habitando y que alternativas se tienen).
- 5.-Comisión de recuperación de empleo (quines han perdido el empleo y con que ingresos cuenta la familia).
- 6.-Comisión de apoyo profesional (si algún miembro de la familia esta enfermo o herido, alterado emocionalmente, si hay algún niño sin escuela, etc.).

Obviamente, la existencia de comisiones depende de las necesidades específicas identificadas, por lo que se podrán cambiar las sugerencias.

Algunas recomendaciones para las comisiones:

- 1.- Cada comisión debe tener un responsable que se encargue de coordinar las acciones y de informar al resto de la comunidad los logros y problemas de la comisión por medio de un periódico mural, carteles, asambleas generales, etc.
- 2.-Una vez definida la tarea de la comisión ésta debe definir sus responsabilidades.
- 3.-La comisión debe definir las actividades necesarias para el logro de sus funciones. En ese momento, cada integrante de la comisión debe comprometerse a cumplir con algunas actividades y a mantener informado de las mismas al responsable.
- 4.-Deben organizarse reuniones de evaluación diarias.
- 5.-La participación en las comisiones debe ser voluntaria, y sujeta al tiempo necesarios para el cumplimiento de la actividad asumida.

Para finalizar, es importante tener presente que los responsables de las comisiones tienen que seguir reuniéndose periódicamente con el fin de tratar nuevos problemas o reorganizar sus acciones. Y no olvidar que el grupo que quiere alcanzar sus propósitos necesita de la participación constante de todos y cada uno de los miembros.

AREA INTERDISCIPLINARIA

El trabajo en equipo e interdisciplinario consiste en la integración de las funciones que desarrollan diferentes técnicos y/o especialistas a través de un programa planificado que persigue objetivos concretos. Tanto la definición de objetivos, como la operatividad y evaluación se desarrolla de manera democrática, sin excluir tampoco a la comunidad (Francisco Gomezjara, 1979. p. 133).

Para trabajar como miembro de un equipo interdisciplinario se requiere comprender las metas, papeles, tareas y procesos de comunicación del grupo, así como de comprometerse a alcanzar metas comunes, entender los límites de cada disciplina, tener voluntad de aprender el lenguaje de los otros miembros, comunicar sus puntos de vista en lo que se refiere a resolver problemas y tomar decisiones (Ibidem. p. 342).

El aprender a compartir, coordinar e integrarse con otras personas toma tiempo, paciencia y persistencia, pero puede ser una experiencia valiosa después que se han superado los muchos obstáculos inevitables y se han alcanzado las metas propuestas (Ibidem).

El objetivo del área interdisciplinaria en el albergue, es la de crear canales de comunicación con las diferentes áreas de incidencia que atiendan a los damnificados dentro de éste, con el fin de tener conocimiento de la problemática de los albergados y de la organización de la institución, para lograr una intervención global e integral.

En primer lugar se les aplicará un cuestionario a los profesionales sobre que es un desastre, fases del desastre y sus consecuencias en la salud mental a corto y largo plazo, y de acuerdo a los resultados se les darán conferencias sobre estos temas, con la finalidad de que los profesionistas entiendan el comportamiento de los damnificados y puedan planear y organizar sus actividades de una

manera más adecuada.

En segundo lugar, se manejarán aspectos autogestivos, con las diferentes áreas de profesionistas para que no haya traslape de actividades y se coordinen éstas. Asimismo, se les dará entrenamiento sobre dinámicas de grupo a los que lo requieran, para integrarse como grupo y con los damnificados.

Finalmente se realizarán reuniones con todas las áreas de profesionistas con el fin de que se informe sobre su trabajo con los damnificados y de esta manera haya retroalimentación.

AREA EDUCATIVA ADULTOS

"Las actividades educativas después de un desastre abarcan por lo general dos elementos: La enseñanza a los damnificados de cuestiones acerca del desastre y sus implicaciones en salud mental así como, la orientación a los trabajadores que prestan sus servicios en el albergue" (Cohen, 1989).

Es esta sección se propone que se realicen algunas observaciones de la dinámica familiar en diferentes situaciones para poder planear las conferencias y saber sus necesidades más apremiantes como familia.

Los objetivos son:

- Que los damnificados (padres de familia) identifiquen problemas conductuales en sus hijos como consecuencia del desastre.
- Los padres de familia reconocerán acciones preventivas para casos de desastre.

Se propone que se impartan conferencias dependiendo de las necesidades de la población. El horario se fijará de acuerdo a la disposición de los damnificados y de la organización del albergue. La duración será aproximadamente de 1:30 min.

Consideramos que las conferencias que se describen son importantes después del desastre para su integración en el albergue.

La importancia de la dinámica familiar.

- La familia y su importancia.
- El papel de la familia en la adaptación del niño a consecuencia de un desastre.
- Elementos ambientales y sociales que ajustan el equilibrio familiar.
- Importancia de la dinámica familiar después de un desastre.
- Aspectos preventivos antes, durante y después de un desastre.

- Cultura sísmica.
- Simulacro.
- Dinámicas de grupo.

AREA EDUCATIVA (NIÑOS)

El grupo de niños, entendido para efectos de este Manual desde el nacimiento hasta la adolescencia, es el más vulnerable de todos. Los desastres tienen efectos sobre éstos, tanto a largo como a corto plazo, y estos efectos no se dan necesariamente en secuencia. Las consecuencias pueden aparecer durante corto tiempo o en forma prolongada y su aparición puede ser inmediata o retardada después del desastre (Hernández, 1985).

"La intervención oportuna puede prevenir el desarrollo de trastornos emocionales más severos y ayudar a los niños a enfrentar situaciones que produzcan tensión en el futuro" (ibidem, p. 9).

El objetivo es ayudar a los niños a enfrentarse a crisis producidas por la pérdida, la amenaza de pérdida o cambios radicales en la relación del niño con otras personas significativas.

En primer lugar se recomienda que se platique con los padres de los niños y principalmente con aquellos que estuvieron expuestos a grandes tensiones, durante y después del desastre, con el fin de que detecten algún cambio en la conducta del niño. Por ejemplo, puede cambiar de ser un niño usualmente tranquilo a un niño activo y travieso, o de ser un niño que raras ocasiones lloraba a un niño llorón e irritable; o de ser muy independiente a muy dependiente. También podría ser que el niño regrese a etapas que ya había superado, por ejemplo: chuparse el dedo, orinarse nuevamente, etc.

En segundo lugar, se recomienda que se formen grupos de 15 ó 20 niños y se les deje expresar y discutir libremente sus experiencias durante y después del desastre, con el fin de reducir su ansiedad. Así también, es importante explicar al niño, de manera sencilla, las causas del desastre y se le ayude a reconocer y darle nombre a lo que más le produjo o produce miedo, para que entienda que el miedo que sintió fue normal en él y en todas las personas que vivieron el desastre.

En tercer lugar se recomienda, que los niños expresen verbalmente, con juegos, en dibujos o por escrito, sus experiencias en relación con el desastre, teniendo cuidado que éstos no distorcionen lo sucedido.

Finalmente es importante recordar a los padres, que expresen su afecto y su amor al niño, acercándose, abrazándolo, sonriéndole, etc., con el fin de que el niño se sienta protegido, seguro y comprendido. Así también, se le debe permitir al niño que manifiesta miedo, el estar en contacto con los padres, dejar la luz en la noche encendida, etc., si el niño lo demanda.

AREA DE TERAPIA OCUPACIONAL

"La Terapia Ocupacional, es el tratamiento a que son sometidas personas o grupos, enfermas o sanas mediante el trabajo adecuado a su idiosincracia, para habilitarlos o rehabilitarlos en el medio social en que se desenvuelven, con el objeto de mejorar sus condiciones socioeconómicas, físico-mentales" (Bernal Montemayor Ma. Eugenia 1969, p. 14).

Algunos disturbios psicológicos como el miedo, la ansiedad, tensión emocional, depresión, síntomas neuróticos, pueden ser modificados con un programa de Terapia Ocupacional (T.O.), ya que actúa como sedante disminuyendo la tensión emocional, canaliza la agresividad por medio de la actividad constructiva y estimula el interés en las cosas o situaciones que rodean al individuo, también crea nuevos intereses y horizontes para el trabajo, acrecenta la iniciativa propia y conserva el hábito del trabajo (Espinoza R. Laura, 1974).

El objetivo de implementar la Terapia Ocupacional en el albergue, es con el fin de promover su adaptación a éste, para disminuir sus tensiones emocionales y lograr que su estancia sea más confortable, mediante el trabajo constructivo y el interés despertado en la población.

Se deben recopilar algunos datos generales de la población, por medio de un cuestionario, considerando el sexo, edad, escolaridad, desarrollo cultural, estado físico y emocional e interés, con el fin de designar la ocupación recreativa o educacional más adecuada.

Una vez detectados los intereses de los albergados se implementaran actividades ocupacionales por medio de talleres (ejem. tejido, artes plásticas, etc.).

Es importante que con anticipación se dé aviso a la población por medio de cartelones, del lugar, días y hora de talleres.

Se sugiere que el primer día de cada uno de los talleres se aplique una dinámica de grupo con el fin de disminuir la tensión y de que la gente se conozca más y pase un rato agradable, generando con ello participación, asistencia e interés en la actividad. También es importante, que ante la llegada de un nuevo miembro se haga la presentación formal de éste.

Por otra parte, ya que las personas que asiste, a un albergue carecen de recursos económicos que les impide obtener material necesario para desarrollar más adecuadamente su creatividad se propone que se motive su interés proporcionándole los medios necesarios, por lo que se recomienda que el coordinador de los talleres se reúna con las autoridades del albergue con el fin de pedir ayuda financiera, material y humana, empleada en los talleres, lo anterior contribuirá para establecer un sistema motivacional que ayude a promover la asistencia de los participantes; al regalarle el material proporcionado para la elaboración de los artículos manuales a partir de cierto número de asistencias acumuladas.

Como en un inicio comentamos, las características del Manual se centran en la intervención posterior a un desastre. Sin embargo algunos autores como Cohen (1989) plantean que es importante planear servicios de atención psicológica, antes, durante y después de un desastre, que permitan evitar el mayor número de desajustes físicos y psíquicos y en esa medida concebir una atención integral más completa.

A N E X O 1

CUESTIONARIO DE IDENTIFICACION DE ACTIVIDADES

PRESENTACION

Buenas tardes, somos egresados de la carrera de Psicología UNAM-ENEP Iztacala. El motivo de nuestra visita es la de cooperar con ustedes en cuanto a la creación de diferentes actividades ocupacionales, partiendo del interés de ustedes, así como del tiempo libre que dispongan. Para ello es importante la información verídica y fidedigna de parte de ustedes.

DATOS GENERALES

Nombre _____

Edad _____ Ocupación Actual _____

Escolaridad actual _____

1.- ¿Qué actividades deportivas prácticas o te gustaría realizar?

2.- ¿Qué actividades sabes realizar? (Subráyala)

- a) Artística
- b) Manual
- c) Deportiva
- d) Otra

3.- Especifica la actividad subrayada _____

4.- ¿Estarías dispuesto a enseñar estas actividades a tus compañeros?

5.- ¿Qué actividades artísticas, manuales o artesanales te gustaría realizar o practicar? Especifica éstas u otras _____

BIBLIOGRAFIA

- Alexander, P.A. Systems Teory Conceptualización of Incest.
Family Process
Vol. 24 1985 pags. 79-87.

- Althaus, E. Ester & Orosco Beatriz
Medidas de Seguridad para Sobrevivir en un Terremoto.
América Red Cross
cita incompleta.

- Bakun en Quarantelli, E. L. & Ph D
National Institute of Mental Health
Disasters and Mental Health:
Selected Contemporary Perspectives
DHHS Publication
Printed 1985

- Bellak & Small,
Psicoterapia breve y de emergencia
Ed. Paz
México 1988

- Bernal Montemayor
Terapia Ocupacional y Ludoterapia
Tes. ENTS-UNAM
Méx. 1969

- Bertalanffy L. V.
Teoría General de los Sistemas
Cap. 5
Ed. Fondo de Cultura Económica
México.

- Cohen & Ahearn
Manual de Atención de Salud Mental para Víctimas de un desastre.
Ed. Karla
México, 1989.

- Cano Fernando en la UNAM ante los sismos de Septiembre
México Cap. IV
Ed. UNAM

- Deutch & Kauss en Benedito Gloria, Brauntein Néstor & Pasternac
Marcelo
Psicología, Ideología y Ciencia
Ed. Siglo Veintiuno
México 1975

- El Universal
17 de noviembre de 1985
cita incompleta p. 25

- Espinoza R. Laura,
Terapia Ocupacional como Medio de Adaptación del Niño al Ambiente
Hospitalario
Tesis ENTIS-UNAM

- Galindo Edgar y Col.
Modificación de Conducta en Educación Especial
Ed. Trillas
Méx. 1984 p. 64

- Gomezjara Francisco, Avila J. & Morales Martha
Salud Comunitaria
Teoría y Técnica
1979 p. 33 y 342

- Hernández Laura

El Cuidado de la Salud Mental de Menores en Situación de Desastre
Manual de Procedimientos.

UNAM 1985

- La Jornada

22 de septiembre de 1985

- La Jornada

15 de noviembre de 1985

cita completa

- Maldonado Ignacio & Troys E.

Desarrollo de la Terapia Familiar en le Taller de Familias del AMPAG.

Primer Congreso Nacional p. 1-43

- Masters John y Rimm C.

Terapia de la Conducta

Ed. Trillas

México

- Mao Tse Tung

Citas del Presidente Mao Tse Tung

Ed. Grijalbo

1948 p. 114

- Minuchin s. & Bertalanffy

Técnicas de Terapia Familiar

Ed. Paidós

Buenos aires

1984.

- Minuchin s. & Fishman H.

Técnicas de Terapia Familiar

Ed. Paidós

1981.

- Minuchin Salvador
Famílias y Terapia Familiar
CEDESA
Ed. Barcelona
1974

- Minuchin Salvador en Rivera Vilchis
Tesis
El Incesto a través del Enfoque Sistémico
UNAM-ENEP Iztacala
1992.

- Naciones Unidas Consejo Económico y Social
31 de diciembre de 1985.
p. 6

- Petrillo Madelina & Col.
Cuidado Emocional del niño Hospitalizando
Prensa Médica Mexicana
México
1975 p. 315

- Quarantelli, Ph. D. en
National Institute of Mental Health
Disasters and Mental Health:
Selected contemporary Perspectives
DHHS Publication
Printed 1985
EEUU
P. 41-74.

- Rogers C. en Zarazua V. E.
La importancia de la empatía, congruencia y la consideración positiva
incondicional del terapeuta centrado en la persona.
Teis UNAM-ENEP Iztacala
1990 p. 12

- Ruch & Zimbardo
Psicología y Vida
Ed. Trillas

- Samaniego Guillermo
Los frentes de entrada en la comunidad
Tesis UNAM-ENEP
1984 p. 76

- Sánchez Sosa en la UNAM ante los sismos de septiembre de 1985
Cap. V

- Slaikou Karl a.
Intervención en crisis
Ed. Manual Moderno
Traducido por Lic. Ledesma Pineda

- Stodgill en Ruch y Zimbardo
Psicología y Vida
Ed. Trillas
1971

- Training Manual for Human Service Workers in Major Disasters Prepared
by The Institute for the Studies of Destructive Behaviors and the
Los Angeles Suicide Prevention Center U.S. Department of Health and
Human Services.
Rockville, Maryland.
DHHS 1978

- Wolpe en Rimm D. & Masters J.
Terapia de la Conducta
Ed. Trillas
México 1982.