

COMPRENSIÓN PSICOSOCIAL DE LAS ACCIONES DE EMERGENCIAS Y DEL ESTRÉS DEBIDO A INTERVENCIONES DE RESCATE

PSYCHOSOCIAL UNDERSTANDING OF EMERGENCY ACTIONS AND STRESS DUE TO RESCUE INTERVENTIONS

COMPREENSÃO PSICOSSOCIAL DAS AÇÕES DE EMERGÊNCIA E ESTRESSE DEVIDO A INTERVENÇÕES RESCUAS

Irmtraud Beerlage

Profesora de psicología comunitaria en la Universidad de Magdeburg - Stendahl/ Alemania. Trabaja a parte en la enseñanza universitaria en investigación y peritaje sobre el seguro de calidad y la creación de redes en la Salud, la APSPE y el compromiso de personal de rescate en la protección civil, por asignación del Ministerio del Interior de la Republica Federal de Alemania.

<https://doi.org/10.31052/1853.1180.v0.n0.30612>
@Universidad Nacional de Córdoba



Resumen

«Asistencia psicosocial para Emergencias» (“APSPE”) es la traducción de un termino creado por un equipo de investigación de psicología comunitaria, en Aleman: «psychosoziale Notfallversorgung». Es un concepto holístico y comunitario. Se ocupa de un lado de los afectados directos en una población, como tambien de los equipos de intervención en caso de catástrofes, los afectados indirectos. Se demuestra lo que afecta a sobrevivientes de eventos críticos no heridos físicamente y sus necesidades. Tambien se elaboran las demandas derivadas, y como una comprensión psicosocial del estrés puede llevar a un concepto adecuado de prevención psicosocial primaria y secundaria.

Las reacciones fisico-mentales de afectados surgen desde un desequilibrio de recursos comunitarios y individuales (también biológicos). Como las reacciones estan muy perturbadoras activan inmediatamente personas de la comunidad para ayudar, pares. Lo esencial es que no necesitan ser psicólogos formados, porque su papel no es tratar a patologías, sino dar asistencia o sostén a in-

individuos o grupos con reacciones normales y naturales sufriendo por un evento crítico o una catástrofe. Se elabora como en los últimos diez años en Alemania se ha establecido un consenso de todas las profesiones involucradas. El concepto da hoy la posibilidad de planificar con una base científica comunitaria una asistencia basada en las necesidades y las demandas en y después de eventos críticos. El concepto de trabajar con pares es para bajar el umbral de buscar ayuda por parte de los afectados. En un núcleo es una intervención en crisis que se ocupa del estrés debido al evento repentino e inesperado. La meta es el autoempoderamiento de individuos y comunidades de modo que puedan retomar lo más rápido posible su vida independiente, sensata y autogestionada.

Palabras clave: psicosocial, emergencias, estrés, salud pública.

Abstract

APSPE, in English: “Psycho-Social Care For Emergencies” is the translation of a concept created in Germany by an investigative group of community psychology. It is a concept, in which are included all psycho-social activities during and after a critical incident. It deals on the one hand with persons from a directly affected population, on the other hand with the indirectly affected persons from intervention groups. The effect of a critical event on soon physically not injured people and their consequent needs is shown. The author also elaborates the demands coming out of that and how a psycho-social understanding of stress can lead to an adequate concept of primary and secondary psycho-social prevention. The body – mind reactions of the affected persons originate in a resource- disequilibrium of individuals (also biologically) and communities. As the reactions are very disturbing they call for immediate support by the community, peers. Whoever it is they need not to be trained psychologists, because their job is not to treat pathologies, but to assist or care for individuals or groups with normal and natural reactions due to a critical incident or a catastrophe.

The article elaborates how the last ten years have slowly led to a consensus in Germany between all the implied professional groups. Today the concept enables the responsible structures to plan according to a scientific community psychology understanding, the assistance for the needs and demands during and after emergencies. Working with peers is in order to lower the threshold for help seeking by the people, who suffer. In a nutshell it is a sort of crisis intervention which deals with the stress due to a sudden and unexpected event. The goal is self-empowerment of individuals and communities so that they can bounce back and return as fast as possible to an independent, autonomous and meaningful life.

Key words: psychology, emergencies. Stress, public health

Resumo

«Apoio psicossocial em emergências» (“PSSiE”) é a tradução do termo alemão «psychosoziale Notfallversorgung» criado por uma equipe de investigação em psicologia comunitária. É um conceito holístico de comunidade. Lida com os sujeitos diretamente afetados em uma população e também, em caso de catástrofes, com as equipes de intervenção que são os sujeitos indiretamente afetados. Mostra aspectos que dizem respeito aos sobreviventes de eventos críticos que não foram fisicamente danificados e às suas necessidades. Demandas derivadas também são elaboradas e explica como a compreensão do estresse psicossocial pode levar a um conceito adequado de prevenção psicossocial primária e secundária. As reações físicas mentais dos indivíduos afetados surgem de um desequilíbrio entre os recursos da comunidade e individuais (também biológicos). Como as reações são muito perturbadoras, eles imediatamente ativam os membros da comunidade, os colegas, para ajudar. Eles não precisam ser psicólogos qualificados, uma vez que sua função não inclui

o tratamento de patologias, mas sim o apoio ou assistência a grupos ou indivíduos em reações normais e naturais ao sofrer devido a um evento crítico ou uma catástrofe. Também é mostrado como o consenso foi alcançado na Alemanha entre todas as profissões envolvidas. Hoje, o conceito possibilita a possibilidade de planejar o suporte com base nas necessidades e demandas durante e após eventos críticos com base científica comunitária. O conceito de trabalhar com colegas reduz o limite dos indivíduos afetados de buscar ajuda. Em um núcleo, é uma intervenção em crise que lida com o estresse devido a um evento repentino e inesperado. O objetivo é o empoderamento de indivíduos e comunidades para que possam voltar a suas vidas independentes, sensíveis e autogeridas.

Palabra clave: Psicossocial, Emergência, Estresse, saúde pública

Trasfondo

Durante los últimos 30 años, está creciendo dentro del sistema de la protección civil en Alemania la Atención Psicosocial Para Emergencias (APSPE). Actualmente comprende un sistema altamente diferenciado de servicios de apoyo psicosocial para ciudadanos afectados directa o indirectamente por desastres (sobrevivientes, familiares y testigos) con un enfoque, autocomprensión, lenguaje y uso, bien definidos (Beerlage ¹).

En las últimas dos décadas ha aumentado el número de ofertas de asistencia a profesionales y voluntarios de bomberos, del servicio de ambulancias, de la policía y la organización de asistencia técnica (THW =Technisches Hilfswerk). También existe un intercambio profesional estrecho y una cooperación práctica con las ofertas psicosociales en las Fuerzas Armadas Federales y en la economía.

Este proceso también se está llevando a cabo en otros países de Europa occidental y del este así como en organizaciones internacionales relacionadas con la salud, el derecho humanitario y los derechos humanos.

La oferta de servicios psicosociales ahora es reconocida internacionalmente como parte integral de la atención completa para los ciudadanos afectados por una emergencia (sobrevivientes lesionados o no, familiares y testigos) y personal de emergencia u otros profesionales involucrados.

Un número creciente de personas se activan como voluntarios para asistir a ciudadanos o compañeros afectados. Al mismo tiempo, se han realizado esfuerzos para encontrar de antemano formas de cooperación en el despliegue y la creación de redes.

Las experiencias de cooperación entre todos los actores técnicos, médicos y psicosociales que participan en un evento a gran escala, por la excesiva heterogeneidad y las pérdidas por fricción, llevaron a demandas de una integración estructural fundamental en el sistema de la protección civil por redes y una organización optimizada en este campo de actividad relativamente joven. Por lo tanto, se pueden observar dos direcciones de movimiento en este campo de acción que crece dinámicamente:

Movimientos centrífugos: es la extensión cuantitativa de una gama de ofertas cualitativamente muy diversa con un amplio espectro de autoconcepto y conceptos de entrenamiento, metas y reclamos, designaciones y combinaciones de métodos.

Esta diversidad también refleja una variedad de experiencias, caminos y formas en las que los impulsos de participación individual (por ejemplo, eventos en el entorno personal o comunitario, experiencias con competencias propias o extranjeras inadecuadas, etc.) y las necesidades percibidas forman un tema común. De lo cual surge el compromiso cívico en estructuras creadas conjuntamente.

Movimientos centripetos: Esto describe los diferentes esfuerzos para reducir la diversidad, poner los conceptos y prácticas de acción sobre una base científica sólida, para lograr el aseguramiento de la calidad a través de la formulación de estándares mínimos y para reconciliar estructuras y reglas con una cooperación ordenada.

Estos movimientos se originaron en parte dentro de las organizaciones en forma de proce-

dimientos de certificación, por asociaciones profesionales y expertos con pautas de educación y capacitación, en regiones, estados federales o a nivel nacional. Sin embargo, también hay resultados europeos y mundiales de los esfuerzos para orientar la acción sobre líneas guías comunes.

En un intento por parte de los sistemas de los proveedores para definir objetivos, métodos de trabajo, calificaciones necesarias y formas de cooperación de manera uniforme o sobre una base técnica común, estos movimientos chocan.

El significado que cada individuo comprometido y cada grupo otorga a su trabajo a medida que les da resultados de identidad, surge desde perspectivas técnicas, pero también desde visiones del mundo, roles profesionales y autoconcepciones profesionales. Los valores de la respectiva organización de origen (iglesia, organización de ayuda, autoridad política, asociación profesional, etc.) también pueden influir en la autocomprensión del proveedor. Las designaciones significativas, los objetivos de calificación y los énfasis del trabajo así creado inicialmente se oponen a la „estandarización“ y a la „unificación“.

El desafío de asegurar la calidad y la creación de redes, por lo tanto, existe. También se trata de encontrar un marco de referencia teórico común para las contribuciones a la psicotraumatología, la teoría del estrés, la teoría de la crisis y la teología del choque existencial, sobre la base de que todos puedan comunicarse y determinar su propia lógica de acción. Al mismo tiempo, el desafío es definir un techo en común bajo el cual todos los aspectos específicos y las fortalezas particulares de todos los actores puedan encontrar un lugar significativo y coordinarse de manera ordenada bajo una acción interdisciplinaria.

¿Existe un modelo de marco común que permita a los actores sistematizar rápidamente la información disponible en emergencias y catástrofes, comunicarse y justificar, derivando de ello acciones comunes y de trabajo compartido «necesarias»?

Problemas de acuerdo para un término comunicacional: “Atención Psicosocial para Emergencias“ - APSPE.

El esfuerzo por encontrar un término genérico que designe a las medidas de preservación y de restauración del bienestar „mental - emocional“, se ha basado desde el inicio en esfuerzos prácticos para percibir, reconocer y responder a las necesidades mentales, emocionales y sociales de los afectados e intervinientes, paralelamente a las actividades médicas.

Comenzó con la asistencia espiritual o intervención en crisis en emergencias y con el cuidado psicosocial para los intervinientes después de las acciones. Este esfuerzo amplía la visión biomédica de una emergencia como un sufrimiento físico, y lo une con las experiencias de emergencia mental o psicológica y las que abordan la dimensión social. También se amplían las intervenciones médicas y técnicas dentro de la protección civil con intervenciones que se basan en lo psicosocial.

Esta idea complementaria se expresa de manera más sucinta en las palabras Primeros auxilios para el alma de la Pastoral de emergencia (Konferenz²) o Primeros auxilios a través de la palabra (Perren-Klingler³). Sin embargo, debido a la creciente participación de otras profesiones, esta formulación pastoral original se amplió para incluir primeros auxilios psíquicos (psicológicos), apoyo psicosocial, psicología de emergencia y ofertas psicoterapéuticas (de emergencia). No obstante, la dinámica de profesionalización, específica de cada profesión y disciplina no se va a considerar aquí históricamente.

Para todo el espectro de medidas, el término Atención Psicosocial para Emergencias (APSPE) se utilizó en Alemania en un primer intento de llegar a un acuerdo en el año 2000 en comparación con otros nombres (en algunos casos se refería a disciplinas individuales o grupos ocupacionales, como atención psicotraumatológica, atención psicológica en emergencias). La Atención Psico Social Para Emergencias es utilizada como término de techo al haber logrado gran aprobación aunque no consenso total. Empezo significando **la totalidad de todas las medidas tomadas para atender a los heridos y para acompañar y apoyar a los servicios de emergencia** (Bundesverwaltungsamt⁴).

Pero en el curso de las discusiones sobre estándares mínimos llevados a cabo en los años siguientes, quedó claro que casi todas las discrepancias y las necesidades de discusión se remontan a una controversia central que resulta de las condiciones específicas del marco legal en Alemania (también comparables en Austria).

La ley alemana de psicoterapeutas (PsychTHG) permite, desde 1999, que solo los grupos profesionales de psicoterapeutas médicos, psicológicos y de niños y adolescentes, ejerzan la psicoterapia reparatoria. A los efectos de esta Ley, la psicoterapia es cualquier actividad realizada mediante procedimientos psicoterapéuticos aprobados científicamente para detectar, curar o aliviar trastornos con efecto de enfermedad para los que está indicada la psicoterapia. La investigación somática es obligatoria como parte de un tratamiento psicoterapéutico. La actividad de psicoterapia no incluye las actividades psicológicas relacionadas con el trabajo ni con la superación de conflictos sociales u otros propósitos fuera del campo de la “ciencia curativa”. La distinción entre las ofertas atribuidas a la “ciencia curativa” o “atención terapéutica” como se definió anteriormente y las tareas que pueden llevar a cabo los profesionales no sanitarios varía entre los proveedores de atención psicosocial de emergencia. La discusión sobre la demarcación reavivó una controversia que había circulado en Europa occidental y los Estados Unidos a mediados de los años setenta en torno a la cuestión de la „comprensión de la enfermedad“ y la „atención psicosocial interdisciplinaria“. Pero ahora uno podía tener la impresión de que al menos se estaba luchando para reunir las perspectivas interdisciplinarias en una cooperación más estrecha, sin embargo, es más a la divergencia de expertos competentes y aparentemente menos competentes, de expertos y profanos de jefes y subalternos

El término de „Atención Psico Social para Emergencias“ (APSE) y términos en parte relacionados como, apoyo psicosocial, atención psicosocial posterior, también se usó en este contexto y a pesar de ello, lo cual es cada vez más evidente (por ejemplo, SSK⁵, Schutzkommission^{6,7}; Lueger-Schuster⁸, Krabs-Höhler⁹, Helmerichs^{10,11}, Jatzko¹², Arche¹³, Konferenz²), una vez más, es cuestionado enfáticamente. Las dudas se dirigen a la adecuación del término „psico-social“ en la descripción de los requisitos de acción y de la gama de servicios después de emergencias y/o intervenciones muy costosas.

¿Es adecuado el concepto de «Atención Psico Social Para Emergencias» incluso para describir apropiadamente el espectro de **requisitos**?

Por un lado, la existencia de problemas sociales se cuestiona cuando no hay problemas mentales: los problemas sociales están siguiendo la problemática de salud mental y dan como resultado un „apoyo pobre e incompetente“ (Asociación Profesional de Psicólogos Alemanes, Comentario sobre las líneas guía, Documento Interno). Así se utilizan dos cuerdas, una sobre problemas sociales y una relacionada con problemas de salud mental.

A la inversa, las líneas guía internacionales y los inventarios científicos (Seynaeve¹⁴, Hobfoll et al.¹⁵, Flynn¹⁶, IASC¹⁷, Impact¹⁸, NATO¹⁹) señalan que, problemas sociales pueden existir como dilemas independientes, parcialmente precedentes, pero al mismo tiempo están estrechamente relacionados con los problemas psíquicos (WHO²⁰) y deben así ser considerados y discutidos.

¿Es adecuado el concepto de «Atención Psicosocial Para Emergencias» incluso para trazar el mapa de diferentes **lógicas de acción, medidas y competencias** de los proveedores de salud y los otros que proponen medidas en el contexto de emergencias y situaciones operativas costosas?.

Se cuestiona la exclusión o la inclusión del término para todas las ofertas y sistemas de proveedores. En particular, los representantes de la medicina, la psicología y la psicoterapia en el contexto del APSPE están discutiendo si la psicoterapia debe incluirse bajo las medidas psicosociales o formar una cadena de suministro independiente.

¿Se necesita una línea de acción psicológica y una social? Y, ¿dónde está la frontera entre expertos y laicos?

Una segunda controversia se refiere análogamente al concepto de “apoyo psicosocial”. Por

un lado, ha sido ampliamente utilizado en el lenguaje de las autoridades y las organizaciones de protección civil (especialmente, pero no solo) como una oferta para servicios de emergencia y por el otro lado, se ha evaluado su uso borroso y ambiguo (Beerlage et al.²¹, Beerlage 2009²², Bengel y Becker²³).

Es importante tener en cuenta que esto no es una disputa sobre „palabras“; se trata de una comprensión común de la acción, de una acción separada o conjunta, de interfaces duras o transiciones suaves.

Las condiciones específicas del marco legal en Alemania pueden determinar la dinámica de estas discusiones de una manera especial. Sin embargo, la discusión tiene que ser internacional. En un mundo globalizado con ciudadanos móviles y actividades de organizaciones de ayuda internacional, se está desarrollando una cooperación internacional para atender a las personas afectadas por desastres y los servicios de emergencia (por ejemplo, tsunami en el sudeste asiático, terremoto en Haití, inundaciones en Pakistán, accidentes aéreos).

Los inventarios y discusiones dirigidos internacionalmente sobre el tema enfrentan el mismo desafío de describir supuestos básicos, modelos de marco y descripciones precisas de la acción orientada a las necesidades subjetivas y las demandas de todos los involucrados en el servicio a las personas implicadas. Como resultado, líneas guía internacionales están disponibles. También se trata de la compatibilidad de orientaciones propias de acción con la comprensión internacional de la misma, los modelos y, por lo tanto, el lenguaje de cooperación internacional

Surge la pregunta: ¿qué tan justificado y significativo es entender y diseñar la „Atención Psicosocial Para Emergencias“ como „acción psicosocial“?

A continuación, se investigará la pregunta de qué constituye el núcleo de una comprensión „psicosocial“ de la acción. En un segundo paso, se examinará hasta qué punto las Guías, directrices nacionales e internacionales se refieren a esta comprensión de la acción. En un tercer paso, se preguntan los resultados de las evaluaciones científicas actuales sobre la calidad y la eficacia de las ayudas tempranas después de las emergencias, en qué medida también sostienen la comprensión psicosocial de la acción. A esto le sigue una conclusión sobre las consideraciones hechas. En un paso final, se dibujarán las implicaciones para la evaluación de necesidades subjetivas y demandas, la estructura de cooperación y, finalmente, para el entrenamiento de las fuerzas de APSPE.

Raíces del pensamiento y la acción “psicosocial”

A continuación, el término **“atención psicosocial para emergencias”** se reflejará en el contexto del concepto de „atención psicosocial“, ya que algunos de los debates actuales sobre la orientación de las medidas después de eventos de emergencia o situaciones operativas onerosas tienen sus raíces en discursos mucho más antiguos y sin ellos no se entiende lo actual.

El concepto de atención psicosocial tiene sus raíces en un proceso social, científico y de reorganización en los años entre 1960 y 1980 para la atención a personas con enfermedades y discapacidades mentales en las naciones industrializadas occidentales.

La descripción Psico (-) Social desde mediados de la década de 1960 en los Estados Unidos y desde la década de 1970 en Europa occidental y Alemania occidental, da una orientación de acción práctica y teórica, que se relaciona estrechamente con una reorientación de la psiquiatría institucional curativa y de custodia, a una orientada a la comunidad (principalmente ambulatoria).

La atención psiquiátrica social o de salud mental comunitaria y la reorientación de la psicología clínica muy joven a una psicología de salud mental o comunidad de psicología / psicología comunitaria“ están conectadas. Comunidades significa principalmente utilizar las estructuras y los recursos sociales de las comunidades sociales naturales.

Este proceso se integró en los **movimientos del derecho de ciudadanía** (guerra contra la pobreza y movimientos de derechos de ciudadanía en los EE. UU. en el momento de la

administración Kennedy), así como en la ola de democratización y nuevos movimientos sociales en Europa occidental como resultado de la revuelta estudiantil de 1968 (Keupp²⁴). Como un hito en la reorientación de la atención de salud mental en los EE. UU., La Ley de Estudios de Salud Mental del Congreso de los Estados Unidos de 1955 condujo al establecimiento de la Comisión Conjunta sobre Enfermedad Mental y Salud (Sommer y Ernst²⁵), que proporcionó un informe completo sobre la reorientación de los Estados Unidos en Psiquiatría y fue presentada cinco años después. Sus ideas básicas son resumidas por los expertos bajo el título “Acción para la salud mental” en 1961 (Joint Commission²⁶). En 1963, Kennedy anunció en un mensaje de presidencia la reorientación de la psiquiatría a una **atención basada en la comunidad**, dando lugar al proyecto de ley para el establecimiento a nivel nacional de „centros de salud mental“ (Rudin y McInnes²⁷). La desinstitucionalización de las instituciones de salud mental y el desarrollo de estructuras ambulatorias basadas en la comunidad, tuvieron como objetivo reducir el umbral para acceder a la asistencia con el fin de contrarrestar desarrollos problemáticos anteriores y fortalecer la creación de redes de competencias profesionales (Sommer y Ernst²⁵, Keupp²⁴). Además, se desarrollaron innumerables programas de capacitación para personas de todas las edades para enfrentar diversos problemas y riesgos que se describirían hoy como prevención del comportamiento (Hurrelmann y Laaser²⁸).

También en **América Latina**, la psicología comunitaria surgió bajo condiciones socioeconómicas de aumento poblacional y de la pobreza, consecuencia directa de las políticas de dependencia de los países desarrollados afianzadas en el marco de las dictaduras militares de fines del siglo 20.

La atención se centró en las consecuencias de la vulneración de derechos humanos básicos: desnutrición, analfabetismo, escasas posibilidades laborales y mal remuneradas, vivienda deficiente, pobre educación.

La peculiaridad de América Latina proviene de dos fuentes: primero, la necesidad de considerar aspectos culturales que requieren adaptar, desarrollar o superar los conceptos psicológicos de las naciones industrializadas occidentales; en segundo lugar, el empoderamiento de las comunidades locales y los movimientos cívicos centrales que exigen el cambio de condiciones de vida por parte de los líderes políticos (Montero²⁹, Marin³⁰, Rozas³¹, Krause³², Faltermaier et al.³³).

En **Europa**, las naciones individuales establecen diferentes prioridades.

En **Francia**, la idea de unir en red las capacidades interdisciplinarias en las „clínicas de la ciudad“ se está desarrollando aún más para reducir la hospitalización de enfermos mentales y hacer frente a situaciones difíciles de la vida cotidiana con los recursos sociales de esta (Elgeti³⁴).

Teóricamente, al mismo tiempo, el concepto de enfermedad mental se cuestiona radicalmente (Foucault³⁵). En Italia, - con el objetivo de disolver las instituciones-, hay más cuestiones de derechos civiles, incluidos de los enfermos mentales, los discapacitados, junto a estos, presos, niños, mujeres, homosexuales.

El problema de la hospitalización psiquiátrica contra su propia voluntad se trata por disolución de los “establecimientos“ y la anulación del párrafo sobre hospitalización psiquiátrica forzada. (Basaglia³⁶, Basaglia y Basaglia-Ongaro³⁷, Giese³⁸, Faltermaier et al.³³).

En **Inglatera**, el poder de las „instituciones totales“ y las „carreras psiquiátricas“ están en el centro de las discusiones profesionales. En las comunidades terapéuticas, una convivencia social nueva, igualitaria y mutuamente enriquecedora se vive prácticamente en las instituciones psiquiátricas, lo que debería ser mentalmente beneficioso. La antipsiquiatría exige radicalmente la abolición de todos los establecimientos psiquiátricos (Szasz³⁹, Goffmann⁴⁰, Laing⁴¹).

En **Alemania**, el informe de la Comisión de Encuesta del Gobierno Federal sobre la situación de la psiquiatría (Deutscher Bundestag⁴²) demuestra avances comparables. Una función importante también pertenece a las fuerzas no calificadas psicológicamente, los

llamados multiplicadores y mediadores en instituciones y comunidades (por ejemplo, educadores, maestros, pastores, vecinos), empleadores, policías y posaderos, etc. (Sommer y Ernst ²⁵), así como el fortalecimiento de recursos no específicos, pero sobre todo personales y sociales (Caplan ⁴³, Keupp ^{24, 44}, Sommer y Fydrich ⁴⁵, Faltermeier ⁴⁶, Kienle et al ⁴⁷, Röhrle ⁴⁸).

Común a todos los conceptos mencionados es la orientación básicamente preventiva. La concepción diferenciada de la acción llena de un pensamiento fundamentalmente preventivo con el concepto de **prevención primaria, secundaria y terciaria** de Caplan, (^{43, 50}) surgió en este contexto profesional y temporal. A partir de ese momento, forma un marco para el Enfoque de la salud mental comunitaria (Caplan ⁵⁰). La prevención primaria es un **concepto de comunidad**, la cual implica reducir la tasa de nuevos casos de trastornos mentales en una población durante un período de tiempo, contrarrestando circunstancias nocivas. No pretende que una persona específica no se enferme, sino que busca reducir el riesgo de toda una población”.

Por lo tanto, la psiquiatría preventiva debe considerarse no solo como parte de la psiquiatría, sino también como una contribución a los esfuerzos más amplios de salud comunitaria de las poblaciones. Es parte de un **esfuerzo comunitario más amplio** en el cual los psiquiatras hacen sus propias contribuciones especializadas a un todo más grande. Tiene que manejar todos los tipos de trastornos mentales en personas de toda edad y clase porque nuestro enfoque está en el problema total que enfrenta la comunidad y no en los problemas de individuos y grupos en particular (Caplan ⁵⁰, pág. 17).

El fortalecimiento de los recursos para superar, para prevenir y detectar tempranamente trastornos mentales, así como la optimización de la terapia con el objetivo de prevenir las recaídas (evitar la psiquiatría de la puerta giratoria) o la prevención de discapacidades inminentes, se convirtieron en criterios profesionales centrales para mejorar la atención a la población.

Por lo tanto, centrarse en la **“salud mental”** en lugar de enfermedad mental implica un compromiso con una reorientación conceptual hacia la prevención y un **bienestar integral en el contexto de vida social** sin la responsabilidad exclusiva de los grupos ocupacionales psicológicos, psicoterapéuticos o psiquiátricos. La diferenciación vertical con una especialización profesional creciente dentro de los niveles de “atención primaria de salud mental“ (servicios generales para pacientes ambulatorios: médicos de familia, ginecólogos, pero también centros de asesoramiento, etc.) y „atención secundaria de salud mental“ (ofertas especializadas: médicos especialistas, clínicas, psiquiatría social de umbral bajo, servicios ambulatorios no médicos, clínicas de día, vida asistida) se establece y se conecta con demandas de competencias específicas relacionadas con el objetivo de „mejorar la atención y los servicios para individuos y comunidades (WHO ⁵¹).

Por encima, la atención primaria en salud consiste en la primera atención e identificación diagnóstica de los enfermos mentales y de aquellos que luego deben ser referidos a servicios especializados (WHO ⁵²).

Se establece el acceso comunitario al derecho y el empoderamiento de los marginados en lugar de tratarlos y tutelarlos y está relacionado con el concepto de Atención Psico-Social, con la **declaración del afectado como experto**, el paciente como cliente, por lo tanto, como el dueño activo que debe recibir asistencia “para la autoayuda“ (Dörner ⁵³, Sommer y Ernst ²⁵, Richter ⁵⁴, Roth ^{55, 56}, Keupp ⁵⁷). Al mismo tiempo, Rappaport (⁵⁸) vuelve a llamar la atención sobre el hecho de que el empoderamiento, especialmente al comienzo del proceso, debe representar y empoderar principalmente al grupo de personas marginadas y menos competentes, de lo contrario, el fomento de la autoayuda daría lugar a una negligencia benevolente y una sobrecarga.

El término Psico (-) Social se basa principalmente en los **resultados de la investigación sociomédica y socio-epidemiológica**, que han probado las influencias del estrato social sobre la salud mental, el diagnóstico y la igualdad de atención demostrada y

probada (Hollingshead y Redlich ⁵⁹, Waller ⁶⁰). Esto dio lugar a una disputa crítica de la **comprensión exclusivamente biomédica de trastornos mentales** que excluyó más o menos influencias biográficas y sociales en el desarrollo de trastornos mentales, así como los procesos de etiquetado social. (Keupp ⁶¹, Rosenhan ⁶²).

En 1964, Caplan⁽⁵⁰⁾ resume los resultados actuales sobre el desarrollo de trastornos mentales bajo una comprensión multifactorial de los trastornos, que luego forma el modelo bio-psico-social o el modelo de diátesis al estrés (Faltermeier ⁶³) y así se pone una base central para la explicación de salud mental y somática en la política de la salud. (Ver también Becker ⁶⁴, Faltermeier ⁴⁶, Renneberg y Hammelstein ⁶⁵).

Al mismo tiempo surge una discusión crítica sobre la confiabilidad y la validez de los diagnósticos psiquiátricos de estos resultados y del examen crítico de la „comprensión de la enfermedad“ (Rosenhan⁶², Spitzer ⁶⁶, Keupp ⁶¹). Por último, pero no menos importante, este debate llevó al sistema de clasificación „psicosocial“ multiaxial de los trastornos mentales DSM III-R (1987) y DSM IV (1994) (Sass et al.⁶⁷) para proporcionar una imagen de salud mental más diferenciada y, por lo tanto, más válida de la Clasificación Internacional (enfermedad mental) según ICD-10 (Dilling et al.⁶⁸). Además de la detección pura de la fenomenología de un trastorno mental y el diagnóstico derivado, se incluyen también dificultades biográficas, comorbilidades somáticas, otros estresores psicosociales crónicos o drásticos, así como el grado de participación más o menos exitosa en la vida social en los ejes adicionales II a IV.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (ICF, WHO⁵²) puede evaluarse como un claro desarrollo adicional de una perspectiva psicosocial integral en la evaluación de las condiciones personales y psicosociales y las posibilidades de afrontar con éxito una enfermedad (también mental). En la “WHO Family of International Classifications (WHO ⁴⁹, p. 10) se complementa la estrategia del diagnóstico individual de trastornos del ICD-10, con informaciones orientadas sobre recursos de resistencia física, psicológica y social o consecuencias de enfermedades. De esta manera se pueden utilizar las oportunidades (limitadas) para actividades continuas y la participación social, así como los recursos contextuales (faltantes) en el entorno social inmediato, pero también a nivel comunitario, para la planificación de la prevención y la atención.

La **planificación de la atención** debe realizarse dentro del alcance de las posibilidades administrativas con la participación de los afectados (expertos) basándose en la **necesidad subjetiva**, en lugar de la **demanda**. En otras palabras, la planificación de la provisión debe basarse menos en los valores estándar y las proyecciones de las demandas de servicio en poblaciones conocidas como áreas de suministro estándar (= orientadas a la demanda) (Deutscher Bundestag ⁴²), pero es importante hacer un seguimiento de las demandas para suministro con la participación de los interesados, los municipios y las comunidades. La necesidad subjetiva se encuentra en el otro lado, entre los afectados. (Zaumseil ⁷⁰, p. 17). La nueva organización social del sufrimiento mental (Keupp y Zaumseil ⁷¹), estimulada por los modelos europeos (Italia, Inglaterra, Francia, y más tarde también Suiza) y los programas de los modelos alemanes, sigue siendo hoy la base de programas articulados, multidisciplinarios y en red, preventivos, psicoterapéuticos y de rehabilitación psicosocial, todavía hoy es la base de la atención psicoterapéutica y psiquiátrica social en **Alemania**. Sin embargo, recientemente se han registrado reorientaciones a los factores de enfermedades (biológicas) en la teoría y la práctica de la psiquiatría y la psicología clínica, que se remontan a investigaciones y modelos de neurobiología y neuropsicología, y que se basan en cambios de las políticas sociales y de salud y la Ley de psicoterapeutas. Por lo tanto, las influencias sociales y materiales sobre la salud mental y la vida divergente son, nuevamente, menos discutidas que los factores de influencia individuales, genéticos y neurobiológicos.

El discurso de **promoción de la salud** también ha tomado su punto de partida desde 1980, sobre todo en la discusión de la salud psicosocial bajo la influencia de los resultados de las

conferencias de la OMS (ver Kaba-Schönstein ^{72, 72 a, 73, 74}).

El concepto de **salutogénesis**, acuñado por Antonovsky (^{75, 76}), tiene su origen empírico en la epidemiología social previamente ajustada al riesgo, pero es una expresión de una reorientación hacia la mayor consideración y análisis de los efectos en la salud de los recursos, en particular los **recursos** personales y sociales.

Fué Caplan quien ya sentó las bases (^{49, 50}). Utilizó la relación entre los factores de estrés y los recursos como un marco de reflexión para la salud mental en la población o comunidad. “we therefore become interested not only in the causes of sickness of some but also in the reasons for the health of others, with the hope that this understanding may enable us to manipulate some of the circumstances of the population to improve the ratio of sick to well. In the field of mental health, as in the general field of public health this leads us to interest ourselves not only in harmful conditions, but also in those which modify the vulnerability or the resistance of persons exposed to them... We then begin to hypothesize the reasons for the differing rates for mental disorder in various populations in terms of interaction of opposing complexes of harmful and helpful forces...” (Caplan ⁵⁰, p. 27).

Caplan describe el sostén psicosocial (“supplies”) como la satisfacción de „necesidades“ interpersonales (needs) y, por lo tanto, va mucho más allá de una comprensión limitada de la prevención como prevención de enfermedades: Los suministros psicosociales incluyen la estimulación del desarrollo cognitivo y afectivo de una persona a través de la interacción personal con otras personas significativas de la familia y con pares (peers) y personas ancianas, en la escuela, la iglesia y el trabajo. En esta área, la „provisión de suministros es lo que generalmente llamamos satisfacción de las necesidades interpersonales (Caplan ⁵⁰, p. 32).

Los **modelos comunitarios orientados en la salud** y en los recursos para manejar el estrés y mantener el bienestar (Hobfoll ¹⁵, Schwarzer ⁷⁷, Kienle et al.⁴⁷) se utilizan para la planificación adecuada y económica de las medidas sobre la base de un análisis integral de riesgos y recursos. Se mostrará a continuación si es técnicamente justificable la transferibilidad o transferencia de esta orientación y perspectiva de la Atención Psico Social para Emergencias (APSPE).

De esto se concluye

El término **atención psicosocial** no implica una responsabilidad ocupacional única de grupos sociales ocupacionales; describe una lógica de acción y de suministro basada en un modelo biopsicosocial científico del desarrollo y de la cronificación del distrés mental y la rehabilitación de la salud mental en el contexto social.

La planificación de la atención psicosocial está además determinada por la hipótesis de que la salud psicosocial se realiza a través de una red estrecha e interdisciplinaria de todos los grupos profesionales relevantes y los sistemas de atención basados en las necesidades subjetivas y la activación de recursos sociales y personales con respeto a la obstinación de los afectados (sensible a nivel cultural y de género), respetando a los tiempos de procesos sociales dentro de comunidades ya existentes o nuevas communities, entornos de vidas y ambientales. Tiene como objetivo la **prevención primaria, secundaria y terciaria**, la facilitación y el mantenimiento de la participación social que es de importancia central.

El significado de las perspectivas psicosociales en las líneas guía nacionales e internacionales.

1 Revista general de las líneas guía actuales disponibles internacionalmente

En los últimos 10 años se notan en la APSPE esfuerzos de garantía de calidad nacionales e internacionales, a veces fortalecidos y moderados políticamente (como en Alemania), en ocasiones creciendo desde la base (como en Austria), a veces forzados por asociaciones especializadas o asociaciones profesionales (como las pautas del grupo de trabajo de asociaciones científicas médicas en Alemania) o de redes regionales más o menos interdisciplinarias (APSPE de la Autoridad Central en Baviera, de plataformas intervención en crisis - cuidados en emergencias, Austria) o redes nacionales (NNPN = Nacionales Netzwerk

Psychologische Nothilfe = Red Nacional de ayuda psicológica de emergencias, Suiza).

Cabe destacar que las recomendaciones internacionales recientes se formularon, por un lado, con la amplia participación de las organizaciones humanitarias. Por otro lado los destinatarios de los servicios humanitarios y el personal de estas organizaciones reciben más consideración como grupos objetivos de medidas psicosociales.

2 Términos y comprensión de la acción en líneas guía nacionales e internacionales.

No todas las líneas guía internacionales incluyen ya en el título el término „psicosocial“. Por un lado, esto se debe al hecho de que, según los resultados del grupo de trabajo de la guía de AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften⁷⁸=Cooperación de las profesiones médicas científicas) „Diagnóstico y tratamiento de traumas agudos del año 2008, solo se ocupan de la atención médica e incluyen solo a profesionales de atención médica porque han construido sus instrumentos mucho más allá de las preocupaciones psicosociales. (IFRC = FICR=Federación Internacional de Sociedades de la Cruz y media luna Roja⁷⁹). El papel suizo usa en el título psicológico y a repetición „salud mental“ se usa en paralelo con „apoyo psico-social“ (NNPN⁸⁰).

A continuación, habrá que preguntarse si, más allá del título de las Guidelines, subyace una comprensión psicosocial de la acción lo que significaría que el uso del término sería como un término genérico para todas las medidas o una comprensión de la división del trabajo con estrategias de acción mental y social.

Se elige el marco teórico descrito anteriormente para probar un enfoque psicosocial. Al mismo tiempo, se examinan críticamente las concepciones para ver cómo comprenden de manera integral la cooperación interdisciplinaria y multiprofesional, intersectorial, interinstitucional

Causa común: modelo de alteración bio-psico-social y cooperación interdisciplinaria.

Todas las líneas guía se refieren al paradigma psicosocial de la salud mental y atención coordinada e interdisciplinaria que se describió anteriormente. Refleja no solo el concepto integral de salud de la OMS20, sino también el conocimiento social y epidemiológico sobre la relación entre la salud (mental), los recursos y los factores sociales de riesgo y los conceptos de modelos y resultados científicos recientes de la psicología de la salud mental y del bienestar. En particular, la disponibilidad de apoyo y de recursos sociales para el mantenimiento y la recuperación de la salud se considera esencial, como lo prueban los resultados de investigación en el contexto de la traumatización (ocupacional) (ver Pieper y Maercker⁸¹, Reinhard y Maercker⁸², Krüsmann et al⁸³, Hobfoll et al¹⁵, Manz⁸⁴, Jatzko y Hitzfelder¹², Beerlage et al,⁸⁵ Beerlage et al²¹). Se enfatiza la contribución multidisciplinaria y multiprofesional de todas las profesiones médicas y no médicas y/o sistemas de proveedores profesionales y voluntarios para la recuperación de la salud psicosocial. Se describen interfaces organizacionales.

Líneas guía nacionales e internacionales sin el término genérico psicosocial.

Las recomendaciones, que renuncian al término „psicosocial“ en el título de las medidas, se basan también en el concepto de la carga e intervención psicosocial, así como en la comprensión de la intervención por cooperación interdisciplinaria ordenada.

El **papel nacional suizo (NNPN⁸⁰ Ayuda psicológica de emergencia)** menciona medidas de ayuda de emergencia psicosocial por parte de „cuidadores“ („carers“) y compañeros, pares, (personal capacitado en ayuda de emergencia psicosocial, pero no miembros del grupo profesional de psicólogos y ministros/curas) y por una asistencia de psicología de emergencia como parte de la ayuda de emergencia psicológica, por especialistas con calificaciones en psicología de emergencia, que incluye psicólogos y curas de emergencia. Ambos se consideran por separado de medidas terapéuticas posteriores, posiblemente necesarias (página 9). Sin embargo, en la descripción de la asistencia psicológica y psiquiátrica especializada se define psicología de emergencia junto con psiquiatría de emergencia, psiquiatría de desastres y psicoterapia.

El término genérico ayuda psicológica de emergencias difiere lo más del concepto elegido y de la jerarquía en el borrador de las guidelines del estado federal alemán. Se puede encontrar una descripción de oferta graduada comparable en Hausmann⁸⁶ y también es requerida por representantes de las profesiones médicas en el proceso de consenso.

Características especiales en los países de habla alemana con respecto a los desarrollos en el área de la psicología de emergencia pueden suponerse aquí. Se hace evidente que la experiencia y el comportamiento se colocan en el centro de la explicación de las necesidades subjetivas y las demandas para la acción. Esto quiere decir que a pesar de las tareas reflejadas por separado de los grupos ocupacionales psicológicamente calificados de emergencia, aquí no se refiere exclusivamente a un grupo profesional, sino a una psicológica. En contenido, los objetivos y las actitudes básicas cubren una perspectiva psicosocial orientada a los recursos y las necesidades subjetivas.

El borrador de las **líneas guía alemanas de la Asociación de grupos profesionales científicos de Medicina (AWMF⁷⁸ Diagnóstico y tratamiento del trastorno por estrés agudo)** muestra la diferencia entre las líneas de atención psicosocial y los lineamientos para el trauma. Las Guidelines no solo abordan el rango de profesional (especializado) médico y psicoterapéutico. Ambas líneas de suministro se reúnen en una cadena de suministro psicosocial, en la que los primeros auxilios psíquicos, la ayuda psicosocial, la atención psicosocial, los diagnósticos médicos y psicológicos y las intervenciones en la atención ambulatoria y hospitalaria se presentan en su secuencia temporal e interrelacionada. Los médicos en prácticaprivada, curas, consultorios, clínicas para pacientes ambulatorios y clínicas hospitalarios están registrados, ordenados como estructuras complementarias dentro de la atención psicosocial.

También, el papel del **U.S. Department of Health and Human Services** (Departamento Nacional de EEUU para la Salud y los Servicios Humanos - US-DH-HS⁸⁷) solicita una acción de bajo umbral orientada a las necesidades subjetivas consciente de los recursos personales y sociales de los afectados, a veces denominada apoyo a la crisis o primeros auxilios psicológicos. Comunidades, familias y sistemas de apoyo social se unen para atender y consolar a los más afectados. Trabajadores que brindan sostén emocional tienen un enfoque práctico y realista; estos van buscando a los sobrevivientes, basándose en el respeto los ayudan a calmarse, los escuchan les ofrecen una bebida caliente, información concreta y asistencia práctica con tareas inmediatas...Sobrevivientes y familias... pueden pensar que no necesitan sostén psicológico o servicios de Salud Mental, pero pueden aceptar apoyo y ayuda para enfrentar su estrés. Soporte y apoyo para la Salud Mental puede ser brindado hasta con una taza de café... (Pág. 2).

Las **líneas guía internacionales de la OMS⁵¹(Mental Health Emergencies = Emergencias de salud mental)** diferencian entre las medidas que son efectivas, especialmente a nivel mental o social, por lo que la interdependencia se expresa precisamente en el término psicosocial.

En este documento el término intervención social está destinado para utilizarse con el propósito de procurar efectos sociales, y el término intervención psicológica se utiliza sobre todo ante los efectos psicológicos; es reconocido que las intervenciones sociales por su parte tienen efectos psicológicos secundarios, y las intervenciones psicológicas también tienen efectos sociales secundarios, como lo sugiere el término psico-social. Al utilizar la definición de salud [OMS] como punto de anclaje, esta declaración cubre la posición actual del Departamento con respecto a los aspectos mentales y sociales de la salud en poblaciones expuestas a estresores extremos. (p. 2)

En 2007, la OMS co-patrocinó y adoptó el documento del Inter-Agency Standing Committee (IASC, Comité Permanente entre Organismos¹⁷, ver más abajo). Utiliza el título „Salud mental y apoyo psicosocial“ y lo concreta. Las consideraciones hechas aquí pueden por lo tanto ser consideradas como revisadas.

Las líneas guía de la **Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna**

Roja (IFCR⁷⁹) utiliza el término evaluación de salud mental para la recolección de recursos en el campo del apoyo social y para el examinar de la posible necesidad de servicios especializados para enfermos mentales.

De esto se concluye

Todas las líneas directrices (también borradores) considerados que **no abarcan el rango de eventos** posteriores a la emergencia **bajo un término psicosocial** en el título (OMS⁵¹, US-DHHS⁸⁷, FICR⁷⁹, NNPN⁸⁰, AWMF⁷⁸) son inicialmente formulados por el sistema de salud pública que tiene sus raíces en el modelo médico de la enfermedad.

Sin embargo, estas directrices adoptan una perspectiva psicosocial sobre el origen de trastornos psíquicos, traumas, consecuencias de estrés después de emergencias e intervenciones estresantes, las cuales utilizan el término „psicosocial“ en el texto de la pauta para indicar los objetivos y estrategias para la acción.

Las intervenciones psicoterapéuticas y especializadas están incluidas en las directrices de la OMS bajo el término psicosocial, en las directrices del Departamento de Servicios de Salud de los EE. UU bajo apoyo a la salud mental⁸⁷. El documento suizo (NNPN⁸⁰) separa claramente las intervenciones psicoterapéuticas y especializadas de las medidas psicosociales y lo limita a las ofertas del personal de intervención capacitado, que no surge de las profesiones especialistas de lo psicosocial. Aquí, se proponen dos líneas de acción separadas.

El borrador de las líneas directrices del AWMF⁷⁸ hace una distinción entre la atención de emergencia psicosocial y la atención especializada en traumas, pero incluye la atención general médica en la atención psicosocial. Este borrador aún no distinguía claramente en el 2011 entre atención **psico-social** y **médica**, mientras tanto en el 2014 se han clarificado muchas cosas.

Guidelines nacionales e internacionales con el término genérico „psico-social“

Una de las pautas más tempranas a nivel nacional fue presentada por las tres **provincias austríacas** de Estiria, Vorarlberg y Viena con su manual para el **Cuidado Agudo Psico-social** (Lueger-Schuster et al⁸⁸). En 2009, las partes interesadas presentaron una actualización amplia que se centró en temas de capacitación. Se refiere exclusivamente a las ofertas de apoyo psicosocial para los directamente afectados: familiares, sobrevivientes y testigos. No a los servicios de emergencia, que se componen de equipos interdisciplinarios, que consisten en el sentido más amplio de grupos ocupacionales psicosociales, incluidos enfermeros, trabajadores pastorales y educadores sociales. Las medidas se derivan de la psicología clínica, es decir, el psicotrauma fundó el conocimiento. Explícitamente, se refiere a la perspectiva bio-psico-social.

En el modelo bio-psico-social el ser humano en su conjunto está en el centro de la visión. Se supone que todas las enfermedades biológicas también están acompañadas de aspectos psicosociales y siempre tienen que considerarse igualmente en la atención y el tratamiento. Nosotros consideramos este enfoque holístico de la medicina como la idea básica del cuidado, la educación y la investigación psicosociales.” (Lueger-Schuster⁸⁹, p. 24). La ayuda en la superación inmediata del evento y una intervención psicosocial focalizada reducen la impotencia experimentada y promueven las capacidades de afrontamiento de los afectados (Platform Crisis Intervention^{89a}, p 5).

La atención psicosocial aguda se entiende como una „herramienta“ de una misión humanitaria después de situaciones de daños complejos, (Lueger - Schuster, ⁸⁹). La intervención psicosocial aguda incluye la atención de crisis preclínica (KIT, = Kriseninterventionsteam = equipo de intervención de crisis, Müller Cyran^{90a}), que se utiliza en las intervenciones de psiquiatría de emergencia aguda y se distingue de intervenciones para tratar a personas con enfermedades psiquiátricas anteriores. En el centro de la atención psicosocial

inmediata se encuentra el fortalecimiento de los recursos sociales protectores basado en la psicotraumatología: fortalece la red social y la competencia personal para usarla. El documento no pretende describir toda la gama de medidas a corto, mediano y largo plazo, sino más bien exclusivamente la asistencia inmediata psicosocial.

Otro documento nacional fue presentado por los **Países Bajos** en 2007 con el Documento Iimpact¹⁸ (Intervenciones psicosociales tempranas), que presentan sus recomendaciones y advertencias en el contexto de pruebas empíricas (inexistentes o estadísticamente no predominantes) para las cuales se atribuye una mayor importancia en la recomendación de medidas en comparación con otras líneas guía. El documento de impacto también recibió una recepción intensiva e integracional del documento de la OTAN. Restringe sus recomendaciones a seis semanas después de un evento de emergencia, pero describe aspectos de la interfaz con el período posterior.

Las intervenciones psicosociales tempranas deben alcanzar los siguientes objetivos

Promover la recuperación natural y el uso de fuentes naturales de ayuda

Identificar a los afectados que necesitan ayuda psicológica aguda

Según sea necesario, referir y cuando sea necesario tratar a los afectados que necesitan ayuda psicológica aguda (Impact¹⁸, p 10).

El enfoque de bajo umbral, orientado a las necesidades subjetivas y de activación de recursos sociales en intervenciones psicosociales se describe como el contexto de apoyo: Tan pronto que los afectados se encuentran en seguridad, la prioridad es brindar un oído atento, apoyo y consuelo y estar abierto a las necesidades prácticas inmediatas de los afectados. Ofrecer información factible y actualizada sobre el impactante evento; movilizar los apoyos de su propia esfera social; facilitar el encuentro con la gente más cercana; generar condiciones para que las familias se queden juntas y tranquilizar a los afectados por las reacciones normales al estrés. Es probable que esto promueva los poderes de recuperación de los mismos. Un contexto de apoyo debe estar disponible y accesible todo el tiempo en el período al que se refiere esta pauta las primeras seis semanas. Es la base sobre la cual se llevan a cabo las primeras intervenciones psicosociales.

El grupo de trabajo se centra en particular en las cuestiones de la derivación de personas para que se les brinden las medidas y/o servicios adecuados. Destaca el papel de la atención secundaria de salud mental, por los actores terapéuticos con una oferta de „intervenciones psicosociales curativas tempranas, respecto a la evaluación del estrés en el marco de las seis semanas.

Se trata de recursos de competencia desarrollados con supervisión y apoyo profesional ya que está siempre disponible (p 11). En otras palabras, las ofertas médicas también están incluidas en el espectro de las intervenciones psicosociales. Para las personas específicamente calificadas que no pertenecen a las profesiones médicas, un conocimiento de derivación es significativo. Sin embargo, los autores señalan repetidamente que las medidas de ayuda temprana aún no son lo suficientemente empíricas en cuanto a su eficiencia y alientan la investigación adicional. Sin embargo, también enfatizan que las condiciones de un desastre mayor proporcionan malas condiciones para la investigación.

En **Alemania**, el proceso de establecer las líneas guía a nivel nacional se llevó a cabo con la amplia participación de representantes expertos, asociaciones profesionales, cámaras, sistemas de proveedores, estados federales, autoridades y organizaciones de protección civil, iglesias y los que pagan a los costos. Fue moderado por la Agencia Federal de Protección Civil y Asistencia por Desastres. Los proyectos de investigación y sus resultados, así como peritajes sobre controversias seleccionadas que tienen en cuenta las Líneas Guía internacionales, promovieron el proceso. Con la participación de todos, las recomendaciones de los proyectos de investigación y otras recomendaciones profesionales se discutieron en un proceso de consenso y bajo el título “**Asistencia Psicosocial Para Emergencias**” APSPE se adoptaron como **estándares de calidad y líneas guía** (BBK⁹⁰).

Las **líneas guía Federales de Alemania “Atención psicosocial para emergencias – es-**

tándares de calidad y líneas guía (Parte I) define: La atención psicosocial para emergencias (APSPE, en Aleman: PSNV) incluye la estructura general y las medidas de prevención, así como la atención a corto, mediano y largo plazo en el contexto de emergencias estresantes o situaciones operativas. Los objetivos generales del APSPE son la prevención de las consecuencias psicosociales a factores estresantes, su detección temprana después de eventos críticos o intervenciones estresantes y la preparación de apoyo y asistencia adecuados a las personas y grupos afectados para manejar la experiencia así como el tratamiento adecuado de los trastornos postraumáticos. Para los grupos de intervención se trata de atender las consecuencias de una mala adaptación a las exigencias del trabajo. BBK 2009, p. 15).

La **cadena de suministro psicosocial** (BBK⁹⁰). De acuerdo con Beerlage⁹¹ describe a todos los actores como un sistema de medidas interconectadas e interdisciplinarios, y deja claro que todas las ofertas de ayuda no curativa por servicios de emergencia que sean del campo pastoral, psicológico y social, necesitan capacitación específica para este campo, (especialistas psico-sociales) e incluyen las intervenciones curativas por parte de médicos (especialistas), psicoterapeutas médicos y psicológicos tanto a corto como a largo plazo. Todas las medidas se planifican y mantienen de manera complementaria a los recursos existentes de la persona y su entorno social. La red social como recurso natural de afrontamiento es, al mismo tiempo, objetivo de medidas: se informa, fortalece y apoya para la reintegración de las personas afectadas por emergencias o de los servicios de emergencia en situaciones estresantes. La orientación es preventiva en todas las estrategias de acción. Las líneas guía adoptan las posiciones y formulaciones basadas en el entendimiento psicosocial descrito anteriormente: LA APSPE por lo tanto, se basa en la visión de que, primero se activan los recursos personales y sociales en la red social informal para gestionar eventos críticos de la vida. Las medidas de la APSPE tienen un efecto complementario o de sustitución en el caso de la ausencia o el agotamiento de los recursos personales y sociales (BBK⁹⁰p 15, Beerlage⁹¹ p16). Esto toma en cuenta los datos epidemiológicos y la experiencia práctica, según la cual una gran proporción de ciudadanos afectados o personal de emergencia gestionan eventos con sus propios recursos personales y sociales. Al mismo tiempo, esta comprensión de recursos complementarios de la APSPE significa que el apoyo y la ayuda deben ofrecerse de una manera más activa, saliente y de bajo umbral, a los más estresados y carentes de recursos. Al mismo tiempo, combina con cada oferta de apoyo, ayuda o intervención un alto respeto por las competencias, necesidades y deseos de las personas, por su obstinación y comprensión sociocultural, y sus hábitos de interacción en sus respectivos hábitats determinados por su cultura, nivel socioeconómico y sistema político.

El **Documento de Política de la UE** (Seynaeve¹⁴), que fue acordado entre algunos Estados europeos en 2001 Apoyo psicosocial en situaciones de emergencia masiva, basa todas las ofertas en la hipótesis de que la naturaleza humana es principalmente social. Utiliza „intervención psicosocial y apoyo psicosocial (psychosocial support) como sinónimos incluye entre ellos los servicios preventivos y curativos: „para apoyar a las personas afectadas por medidas psicológicas y sociales.... La respuesta a una emergencia masiva requiere un enfoque especial que sea esencialmente de naturaleza **preventiva y colectiva**, aunque la atención **curativa** puede ser necesaria para algunas personas¹⁴.

El documento describe explícita y ampliamente, su acceso basado en la teoría y orientación de necesidades subjetivas. A lo largo del tiempo (fase aguda, fase de transición, fase a largo plazo), se recomienda un enfoque gradual de las medidas curativas y no curativas. Las recomendaciones se derivan de la evaluación retrospectiva del desarrollo de patrones de necesidades dinámicas y específicas de eventos en catástrofes mayores pasadas.

En la fase de transición, se requerirá también acceso a psicoterapia o psicólogos especializados. Sin embargo, además de la psicoterapia, se deben considerar otros servicios de oferta especializada, así como de tratamiento médico para problemas psicosociales graves

o trastornos mentales y enfermedades psicosomáticas. La preservación de los derechos individuales, como una parte integral del enfoque psicosocial, se refleja en el análisis detallado de la gestión de la información personal. Esto da atención especial al derecho de la libre determinación informativa. Sin embargo, este aspecto apenas se aborda en otras recomendaciones.

El documento **del Interagency Standing Committee (IASC¹⁷)**, Guidelines sobre salud mental y apoyo psicosocial para situaciones de emergencia, proporciona una definición del término desde el principio:

El término compuesto salud mental y apoyo psicosocial se usa en este documento para describir cualquier tipo de apoyo local o externo que tenga como objetivo de promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o tratar trastornos mentales (IASC ¹⁷p1).

¿Por qué las guidelines utilizan los términos acoplados «salud mental y apoyo psicosocial»? Para muchos trabajadores humanitarios estos términos estrechamente relacionados reflejan enfoques diferentes pero complementarios. Las agencias fuera del sector de la salud tienden a hablar de apoyo al bienestar psicosocial. Las personas que trabajan en el sector de la salud tienden a hablar de salud mental, pero históricamente también han usado los términos rehabilitación y tratamiento psicosocial para describir intervenciones no biológicas a personas con trastornos mentales. Las definiciones exactas de estos términos varían entre y dentro de las organizaciones de ayuda, las disciplinas y los países (p 16).

¿Son estas guidelines solo para profesionales de la salud mental? No, esta publicación ofrece orientación sobre cómo una amplia gama de actores en diversos sectores puede proteger y mejorar la salud mental y el bienestar psicosocial. Sin embargo, algunas hojas de acción cubren la intervención clínica, que debería implementarse solo bajo el liderazgo de profesionales de la salud mental (p 17).

¿Por qué las guidelines no se centran únicamente en el estrés traumático y el trastorno por estrés postraumático? Los tipos de problemas sociales y psicológicos que las personas pueden experimentar en emergencias son extremadamente diversos... Un enfoque exclusivo en el estrés traumático puede llevar a descuidar muchos otros problemas claves psicosociales y de salud mental. Las líneas guía incluyen:

a) primeros auxilios psicológicos para personas en situación aguda de **distrés** (estrés inducido por trauma) provocado por el evento a cargo **de una variedad de trabajadores de la comunidad**

b) el cuidado para personas con trastornos mentales graves, incluido el **trastorno por estrés postraumático severo (TEPT)**, por **únicamente personal de salud entrenado y supervisado** (p 18).

Aquí se separa claramente **entre responsabilidad y competencia curativa y no curativa**, pero ambas están incluidas en salud mental y apoyo psicosocial. Los servicios especializados (en el campo de la atención secundaria a la salud mental) incluyen servicios básicos (satisfacción de las necesidades básicas), apoyo comunitario y familiar (información, psicoeducación y fortalecimiento de recursos sociales), así como apoyo centrado, no especializado, primeros auxilios psicológicos y atención básica de salud mental por parte de trabajadores de atención primaria de salud para una pequeña cantidad de personas con mayores necesidades de apoyo. Estos son realizados por un grupo de personal especialmente capacitado, pero **no necesariamente curativo**.

Los servicios especializados incluyen servicios psicológicos y psiquiátricos para un grupo significativamente más pequeño de personas con deterioro severo de sus funciones diarias (¹⁷ p 13) en el momento que necesiten:

una derivación a servicios especializados específicos (tratamiento psicotraumatológico) o capacitación y sensibilización a largo plazo de todos los trabajadores de atención primaria y de medicina general.

Además, las directrices del IASC distinguen entre respuesta mínima y respuesta integral. Esta última solo debe organizarse cuando todos los lugares y comunidades afectados tie-

nen un suministro mínimo. Esto generalmente se asume en la fase de estabilización de un desastre o cuando se aclaran las necesidades básicas de alimentos, agua, higiene y refugio. Las directrices diseñadas en forma de un manual, mencionan seis principios básicos del enfoque de trabajo descrito aquí: preservación de los Derechos Humanos, participación, evitación de efectos negativos no intencionados, orientación a recursos y a competencias, la atención integrada multidimensional y multidisciplinaria. Se presta especial atención a la sensibilidad cultural, de género y los recursos limitados de grupos marginados. Al mismo tiempo, como en las recomendaciones alemanas, las medidas de organización del trabajo enfatizan las necesidades preventivas primarias para fortalecer los servicios de emergencia.

Las ofertas se escalonan en función de la jerarquía de necesidades de Maslow. La activación y el soporte de comunidades y redes de servicios se consideran como tareas centrales de „salud mental y apoyo psicosocial. Cabe destacar que las pautas ven explícitamente las medidas psicosociales como una tarea transversal, que también debe integrarse en la prestación de servicios generales de salud, el mantenimiento de la participación en la educación, la gestión de la información, la alimentación, la vivienda y el agua.

Las directrices comienzan con una lista enfatizada de lo que se debe y no se debe hacer (do's and dont's) que incluye:

No creen grupos específicos de salud mental o servicios psicosociales que no se hablen o no trabajen juntos de manera coordinada.

No trabajen aislados unos de otros o sin pensar en cómo su trabajo debe cuadrarse con el de los demás.

No crean que en una emergencia todos están traumatizados o que las personas que parecen resilientes no necesitan apoyo.

No hagan preguntas repetidas para la evaluación de demandas y situaciones de salud si no pueden hacer después una oferta para satisfacerlas.

No se centren en ofertas clínicas que descuidan los servicios multisectoriales (página 15, traducido por el editor).

Eviten la creación de sistemas paralelos de salud mental que se centren en diagnósticos específicos (por ejemplo, trastorno por estrés postraumático) o afiliación a grupos específicos (por ejemplo, viudas). Existe el riesgo de atención fragmentada e insostenible que lleva a la desaparición sistemática de las personas que no encajan en ninguna de estas categorías o grupos de diagnóstico (p.129, traducido por el editor).

Otro **documento internacional** que ya ha considerado e incorporado algunas de las recomendaciones incluidas aquí es el documento de la OTAN (NATO,⁹² **psychosocial care, cuidado psicosocial**), que utiliza un enfoque preventivo y orientado a los recursos dirigido explícitamente a familias y comunidades.

La atención se centra en los transcursoes específicos según los eventos críticos y en las necesidades subjetivas de las personas afectadas (aquí se hace referencia clara al Documento de Política de la UE). Menciona como el objetivo de todas las medidas el fortalecimiento de la resiliencia personal y social y la recuperación del bienestar psicosocial a través de y por la interacción y dentro de la red social natural („recuperación“, párrafo 23, p 7). Está bien documentado que la forma en que se abordan las respuestas psicosociales de como las personas se restablecen ante un desastre, influye de manera decisiva en la capacidad de recuperación de toda la comunidad (párrafo 37, p 15).

Se subsumen “servicios psicosociales y servicios de salud mental” bajo el techo conceptual del “cuidado psicosocial» (párrafo 37-7, p 15)”. El adjetivo “psicosocial” se refiere al desarrollo psicológico personal en el contexto del entorno social. Es un término específico que se usa para describir los procesos internos únicos que ocurren dentro de las personas. Generalmente se usa en el contexto de „intervención psicosocial“, un término que comúnmente se aplica junto con psicoeducación o intervenciones psicofarmacológicas (párrafo 97, p 31).» Por lo tanto, el enfoque psicosocial adoptado en esta guía se basa en

el compromiso para una amplia gama de enfoques eclécticos para planificar y responder a desastres e incidentes mayores. Incluye respuestas sociales, psicológicas, educativas, y otros cuidados no curativos y no médicos, y también respuestas sanitarias a los impactos psicosociales y, dentro de esa amplia categoría, servicios para personas con estrés o que no pueden ajustarse o desarrollan disfunciones y trastornos mentales (párrafo 98, p 31).

Aquí, el „cuidado psicosocial combina intervenciones curativas y asistencia psicosocial de una amplia gama de servicios interdisciplinarios para el largo espectro de personas con diferentes grados de habilidades de afrontamiento y experiencias de estrés, discapacidades comunes y trastornos mentales con valor patológico. Todas las medidas tomadas en conjunto están dirigidas a todas las personas afectadas a corto, mediano y largo plazo.

Se diferencian en:

- personas resistentes y resilientes
- personas resistentes, que reaccionan adecuadamente, pero con estrés a corto plazo, recuperándose rápidamente
- personas estresadas de manera desproporcionada y que se recuperan lentamente a corto y mediano plazo
- personas con trastornos mentales a corto, mediano y / o largo plazo.

Por lo tanto, el cuidado psicosocial se entiende como una **prestación integrada por todos los servicios**, desde el cuidado de emergencia hacia servicios sociales y de salud, instituciones humanitarias, servicios de bienestar del estado (por ejemplo, organizaciones de ayuda), así como organizaciones voluntarias y no gubernamentales.

La red social no es un „componente“ de la atención psicosocial, sino que se entiende, respeta, está dirigida, aborda y fortalece como un recurso de acción, en el cual las desigualdades y los efectos secundarios del apoyo social, no se ocultan, sino que se reflejan. El objetivo de las intervenciones es, por un lado, fortalecer la resiliencia de individuos y comunidades sociales. (Sostener y desarrollar la **resiliencia psicosocial** de las poblaciones, las comunidades y los posibles intervinientes - párrafo 39, p 15) y por otro lado también su recuperación.

Con esto, los autores entienden la interacción dinámica y social de lograr o restaurar una actitud positiva hacia uno mismo, las funciones de su propio rol y su vida más allá del sistema de atención de salud. Incluye la participación de todos los individuos y grupos, con sus fortalezas y vulnerabilidades, sus recursos disponibles y factores positivos en el medio ambiente, en el manejo de sus propios problemas psicosociales y trastornos mentales. El papel del apoyo social descrito aquí coincide con las consideraciones clásicas de empoderamiento de Rappaport⁵⁸, por lo que el cuidado psicosocial también debería fortalecer y facilitar los procesos de empoderamiento, no solo la solución de problemas. Se supone que la prestación de apoyo psicosocial basada en la comunidad es el factor crítico que influye en la reducción de las consecuencias psicosociales de los desastres.

Incluso el sujeto activo y autónomo se libera terminológicamente de su función de víctima y se lo designa como sobreviviente, cuyas acciones resultan ser más racionales, prosociales y competentes de lo que comúnmente se acepta en los mitos después de un evento crítico. Como recurso personal central, también se considera el recurso personal de percibir y demandar apoyo social (en el sentido de la voluntad de publicitar y buscar ayuda, Klink y Scherner⁹³). Los aspectos de género deben ser considerados aquí.

El documento toma en cuenta perspectivas socio-epidemiológicas, que asumen un mayor riesgo de desastres y menos recursos sociales en sectores de la población marginados, desfavorecidos social y/o económicamente y que están relacionados con otros riesgos sociodemográficos (áreas rurales, contaminadas, sin agua potable, pobres, sin educación, vivienda y movilidad). Se considera, además, la injusticia latente o manifiesta en cuanto a los grupos de población socialmente desfavorecidos. Por lo tanto, en la mayoría de los países, las ofertas no serían justas, ni relacionales, ni orientadas a las necesidades subjetivas („dirigidas por las necesidades subjetivas“). Todavía los privilegiados recibirían más

ofertas que los desprivilegiados.

De esto se concluye

Todas las líneas guía que incluyen **explícitamente** el cuidado después de eventos críticos y el cuidado para los grupos de intervención en emergencias bajo el concepto „**psicosocial**“ (OTAN⁹², IASC¹⁷, Lueger-Schuster et al⁸⁸, Seynaeve¹⁴) se refieren a la visión del ser humano y sus afectaciones posibles como “bio-psico-social” cuando describen las medidas, la explicación de intervención y las consecuencias de traumas, enfatizando los factores de protección por los recursos sociales y lo hacen, además, con más intensidad que los que utilizan otros términos.

Las ofertas curativas están incluidas en el término genérico „medidas psicosociales“ con clara división del trabajo y/o estructuración temporal, enfatizando la necesidad de regular las transiciones. Esto no se aplica al documento austríaco que se limita expresamente a las ayudas de emergencia psicosociales (como una oferta después de eventos críticos), es decir, ayudas agudas para sobrevivientes, familiares y personas dependientes. Esto sí describe interfaces, pero excluye del concepto de „ayudas psicosociales agudas“, ofertas curativas. Esto coincide con las definiciones y su uso en el borrador de las pautas como resultado del proceso de consenso.

Es de hacer notar que, especialmente en los documentos internacionales más recientes, específicamente „psicosociales“ (NATO⁹², IASC¹⁷), reunidos con cooperación de organizaciones internacionales humanitarias y de Derechos Humanos, las necesidades subjetivas de los afectados se enfatizan como un factor clave de manejo de la acción. Al mismo tiempo, enfatizan más explícitamente los desafíos planteados por la diversidad cultural, la perspectiva de las comunidades y de género, los aspectos humanitarios, la desigualdad social en las catástrofes, los riesgos y recursos y además las cuestiones de los Derechos Humanos, estableciendo así un vínculo aún más estrecho con el impulso de desarrollo original para una perspectiva psicosocial orientada a la participación de la sociedad civil. Los sobrevivientes (en lugar de las víctimas) son percibidos como sujetos actuantes y autónomos capaces de una acción racional, prosocial y competente, por lo tanto, como actores de una búsqueda específica de necesidades subjetivas de un grupo objetivo. Al mismo tiempo, aumentar o mantener sus oportunidades de participación parece ser un objetivo importante de la acción después de eventos y experiencias potencialmente traumáticos.

Pruebas científicas para las estrategias de acción psicosocial: la revisión Hobfoll et al. y su recepción.

A finales de 2007, un impresionante número de 20 autores internacionales relevantes de la teoría de psico-traumatología y del estrés psicosocial presentaron una revisión sobre la efectividad de los métodos de cuidado posterior a emergencias (emergencias masivas o mass emergencies) a corto y mediano plazo. Está basado en los resultados científicos disponibles, y, por lo tanto, desafortunadamente en el contexto de evidencia bastante débil. Se basan en información fundamental para estrategias de varias intervenciones, más bien „informada por la evidencia que basada a la evidencia (Hobfoll et al¹⁵). Estos, según los autores, pueden funcionar sobre todo como un modelo de marco reflexivo y un modelo para todos los actores en las muy diferentes condiciones de las respectivas situaciones catastróficas y las condiciones del marco. Los autores no pretenden presentar una receta universal y siempre transferible, sino describen una lógica de suministro, no una estructura de ésta.

Los autores ven sus principios derivados sobre todo como mapa de ruta para las autoridades y las organizaciones de protección civil y del sistema de cuidado a la salud. Ellos también describen la suma de todas las medidas como “intervenciones psicosociales”.

Desde la perspectiva de los autores, hay que asegurar la integración, la flexibilidad y la adaptabilidad específica para cada evento en todas las medidas. Inician su artículo di-

ciendo: “En las últimas décadas se ha explorado ampliamente la restauración del funcionamiento social y comportamental después de desastres y de situaciones de afectación masiva. Hasta la fecha, no se ha alcanzado un consenso basado en la evidencia con respecto a las intervenciones efectivas utilizables en las fases inmediatas y de mediano plazo, posteriores a traumas masivos. Es claro que tenemos intervenciones clínicas efectivas para los sobrevivientes que desarrollan trastorno por estrés postraumático (...) y para quienes dicho tratamiento es accesible y aceptable. Lo que se necesita son intervenciones de mayor escala, prevención primaria y secundaria, primeros auxilios psicológicos, apoyo familiar y comunitario“ (p 300)... “Por lo tanto, abordamos el tema afirmando varios principios generales... Creemos que hay elementos o principios centrales para las intervenciones, que van desde la prevención y el apoyo, hasta las intervenciones terapéuticas “(p 284). Los autores elaboran cinco elementos clave que pueden implementarse tanto a nivel de medidas personales como a nivel de apoyo en la red social y a nivel de las comunidades afectadas, ofreciendo así una matriz manejable de cinco orientaciones de acción en tres niveles (Hobfoll et al ¹⁵):

Promoción de la sensación de seguridad

Promoción del calmarse

Promoción de la autoeficacia y la eficacia colectiva

Promoción de la conexión

Inculcando la esperanza

El marco subyacente del equilibrio más o menos limitado entre exigencias y recursos refleja el hecho de que en los desastres no solo los individuos son sacudidos y sus recursos personales abrumados, amenazados o destruidos, sino que esto también es cierto para las comunidades y sociedades, de modo que pueda llevar a procesos más difíciles de restauración que se agravan mutuamente. Por lo tanto, la creación de perfiles de recursos y riesgos siempre involucra los tres niveles. Dos de los cinco mecanismos efectivos de acción emergentes, o principios de acción derivados de ellos, se centran, por lo tanto, en recursos interconectados personales y sociales: „promover la experiencia de autoeficacia y eficacia colectiva“, así como „promover la conexión y el apego“.

Este inventario del estado actual del conocimiento fortalece los supuestos del modelo psicosocial sobre los factores de protección en el proceso postraumático. La estrecha interconexión de recursos personales y sociales se menciona con referencia a Rappaport⁵⁸: El segundo aspecto de la eficacia personal y colectiva, a menudo ignorado, es que el empoderamiento sin recursos es contraproducente y desmoralizador (p 295).

Los cinco elementos esenciales son reconocidos universalmente como una base integral para estrategias científicas y prácticas adicionales y también se han recibido internacionalmente a una velocidad impresionante. Fairbank u. Gerrity ^{93a} y Flynn¹⁶ instan a la comunidad científica a participar activamente en los procesos de políticas y a pensar en términos de culturas políticas para que estas pautas puedan en la política escucharse y ponerse en práctica, porque en última instancia en emergencias, el nivel político-administrativo controla a los recursos.

Jones et al⁹⁴ cuestionan menos la viabilidad de las recomendaciones y sus ambiciosas aspiraciones, porque no son prácticas, sino porque en muchos casos todavía faltan recursos. Se enfatiza que, en caso de necesidad, debe haber una transición inmediata al sistema de atención psicoterapéutica por especialistas, pero que no está claro si hay un número suficiente de terapeutas altamente calificados después de tal evento (vea también Blumenfield⁹⁵). La cuestión de la falta de evidencia para una influencia favorable de los procesos de afrontamiento por las estrategias de acción propuestas también se debería al hecho de que las estrategias de investigación clásicas en las circunstancias de un desastre son difíciles de implementar (por ejemplo, el uso de instrumentos estandarizados): y que la información más importante se obtiene solo con una espera cuidadosa y comunicación continua con los afectados.

A pesar de algunas voces que se escuchan ocasionalmente en la discusión alemana, que un enfoque psicosocial está desactualizado y que es una ideología de base poco empírica, se sorprenden cuando los principios empíricos esenciales descritos (y probados por las experiencias en eventos críticos y catástrofes mayores) se basan en y subrayan los principios psicosociales de acción que se han desarrollado en el contexto de la psicología comunitaria, por ejemplo: la inclusión y el fortalecimiento de los recursos naturales sociales y personales antes del uso de métodos profesionales para superar los problemas. De hecho, los recursos sociales en la investigación de afrontamiento a menudo resultan ser los predictores más fuertes de la recuperación del bienestar en el contexto de eventos críticos en la vida (Schwarzer y Knoll⁷⁷, Schulz y Schwarzer⁹⁶; vea también Medicina de emergencia e Intervención en crisis: Bengel⁹⁷, en el contexto de cuidado para sobrevivientes y familiares: Lueger-Schuster⁸⁹, Krüsmann⁸³, en el contexto de la salud laboral de fuerzas de emergencia: Schulze⁹⁸, Hering et al⁹⁹).

La recepción de cinco elementos esenciales por Flynn¹⁶ también refuerza la esperanza de que una perspectiva científicamente, hasta hoy desatendida, pueda revivir empíricamente fortalecida aquí. La consecuencia, que los autores extrajeron de un extenso análisis, según él, en línea con la tendencia actual en la atención psicosocial de emergencia, es volver a un ¡menos es más!, y evitar intervenciones psicológicas individuales y de grupos mas intensos, salvo si son claramente indicadas”. Refuerza, con evidencia, la importancia de identificar y asegurar las necesidades básicas en el período inmediato posterior al evento. Refuerza la dirección tomada por los diversos modelos emergentes de primeros auxilios psicológicos”.

Sin embargo, Flynn ve un problema en el hecho de que las recomendaciones describen actividades y entendimientos de roles que generalmente no pertenecen a las competencias ni al rol entendido de los profesionales de la salud mental, como por ejemplo defender los intereses de una comunidad o promover la experiencia de autoeficacia colectiva en una comunidad.

Premeditado o no, el texto de Hobfoll et al¹⁵ se puede leer como un argumento basado en la evidencia para el retorno a los principios básicos de la psicología comunitaria, que, sin embargo, nada contra la corriente, una tendencia que durará varias décadas (Flynn¹⁶ p 368). Esto se caracteriza por el hecho de que concentra sus esfuerzos prácticos y científicos exclusivamente en personas con problemas graves y persistentes, con „un mal uso trágico y vergonzoso de los recursos“.

“Uno de los factores que me atrajo al campo de la salud mental en desastres hace casi 30 años fue que brinda la oportunidad de aplicar los principios y la práctica de la salud mental de la comunidad. Poco sabía entonces que la salud comportamental en caso de desastre se convertiría en uno de los pocos remanentes de esta perspectiva restante hoy en los Estados Unidos. El antiguo sistema comunitario de salud mental ha cambiado fundamentalmente su enfoque... Hoy en día, el sistema se centra en el tratamiento y el apoyo de las personas con enfermedades mentales graves y persistentes. Hace tiempo que están estas entidades financiadas con fondos públicos que, además de los servicios clínicos, incorporan nociones de intervenciones basadas en la población, esfuerzos preventivos, servicios de consulta, enlace a diversos socios comunitarios y la promoción de relaciones saludables entre los individuos y el contexto comunitario en el que viven . La capacidad de practicar y promover los principios de salud mental comunitaria ha sido un factor importante para mantener mi interés y compromiso durante décadas (Flynn¹⁶ p 367).

De esto se concluye

La revisión científica de Hobfoll et al¹⁵ de la eficiencia de las intervenciones en la atención posterior a corto y mediano plazo para sobrevivientes, familiares y testigos, así como para los servicios de emergencia hace un dibujo de un conocimiento hasta ahora insuficientemente seguro y una investigación irregular. No obstante, los principios derivados del inventario respaldan los enfoques y orientaciones de acción propuestos en las recomen-

daciones internacionales recientes de atención orientada en las necesidades subjetivas, de bajo umbral, multidisciplinario y en múltiples niveles para individuos, grupos y comunidades, y subrayan la viabilidad y las bases científicas para la comprensión de la APSPE descrito anteriormente.

Todas las medidas propuestas se entienden como complementarias a las habilidades de afrontamiento de individuos, grupos y comunidades. Apoyan y empoderan a las personas en sus esfuerzos para avanzar hacia la salud en el continuo entre salud y enfermedad. Integran el uso de métodos de curación cuando la experiencia y el comportamiento de las personas, bajo una falta de coincidencia entre las habilidades y las necesidades de afrontamiento, toman la forma de trastornos mentales.

Conclusiones sobre el concepto de APSPE

La actitud de integrar según necesidades con visión multidisciplinaria y ordenada, la flexibilidad y adaptabilidad según los eventos y las situaciones de todas las medidas después de eventos críticos e intervenciones estresantes es genuinamente psicosocial.

El término APSPE (Atención Psicosocial Para emergencias) es adecuado como término genérico para un sistema ordenado y graduado de todas las medidas y todos los proveedores, así como para las estructuras y formas de organización en el contexto de eventos de emergencia y situaciones operativas estresantes.

La APSPE cubre la gama de todos los servicios de atención a corto, mediano y largo plazo que mejoran la resiliencia, así como las ofertas preventivas y de seguimiento, como una colaboración ordenada en una prestación de atención integrada por niveles. Integra todas las intervenciones curativas y la ayuda no curativa, secular y eclesiástica.

Todas las ofertas, incluso si se han desarrollado sobre diferentes bases científicas (neurología, psiquiatría, psicología clínica, psicología social, teología, vinculada en psicotraumatología), para preservar y restaurar el bienestar mental y social sobre la base bio-psicosocial de un modelo de diátesis-estrés. Todos ellos apoyan y comparten los principios clave de la planificación para la atención psicosocial.

Las estrategias de acción para mejorar los factores de protección y las habilidades de afrontamiento y reducción de los factores de riesgo a nivel de individuos, redes sociales y comunidades más grandes están estrechamente vinculadas antes y después de eventos potencialmente traumáticos.

Una actitud fundamentalmente psicosocial en la Atención Psicosocial Para Emergencias se caracteriza por un profundo respeto por todos los involucrados y sus características personales, sociales, profesionales y culturales.

La planificación y la implementación de las acciones se orientan a las necesidades subjetivas y a los recursos, son interdisciplinarias, se conectan en red y se organizan a lo largo del tiempo. Esta actitud crea conciencia de las necesidades de las comunidades afectadas, de la desigualdad social en el acceso a recursos y las necesidades culturales y de género de los afectados. Cuantas más organizaciones internacionales, especialmente organizaciones humanitarias y de ayuda, formulen juntas líneas guía, más se hará hincapié en la necesidad de una consideración especial de los grupos pobres en recursos y marginados. También se incluyen los requisitos resultantes del proceso de globalización.

Las revisiones científicas recientes, los metanálisis y las recomendaciones internacionales respaldan los derivados principios de atención y la planificación de la atención interdisciplinaria para seres humanos después de experiencias potencialmente traumáticas.

Finalmente, sobre la base de esta comprensión, se detallarán algunos impulsos para un desarrollo de la APSPE.

Uso graduado e interdisciplinario, orientado a las necesidades subjetivas y las demandas

Teniendo en cuenta la provisión de recursos complementarios y la planificación y disponibilidad de las ofertas para la APSPE, estas ofertas deben seguir las necesidades subjetivas y el proceso de afrontamiento. Al mismo tiempo, la oferta de apoyo social, de diagnósticos, asesoramiento y ayuda clínica, deben organizarse de manera económica, cronológica y en una cooperación interdisciplinaria racional.

Todas las recomendaciones nacionales e internacionales recientes asumen un patrón de necesidades subjetivas y cargas en las cuales, en el transcurso del tiempo hay un aumento inmediato en la carga de casi todas las personas afectadas, y después un número cada vez menor de personas que muestra factores de estrés persistentes (p. ej., IASC¹⁷, OTAN⁹², BBK⁹⁰; Plataforma de cuidados intensivos de intervención en crisis⁸⁹, ver también Bering⁹⁹). El Documento de Política de la UE describe tres fases de necesidades independientes del evento: fase aguda, fase de transición, fase a largo plazo (Seynaeve¹⁴).

Sobre la base de los datos epidemiológicos, generalmente se asume el predominio de la ayuda psicosocial (aguda) en las primeras seis semanas, que sobre todo refuerza los recursos de afrontamiento y absorbe las cargas del estrés (Seynaeve¹⁴, Impact¹⁸, NATO⁹², BBK⁹⁰):

El 100% de las personas afectadas por un evento de emergencia experimentan estrés con disfunciones transitorias (Seynaeve¹⁴, OTAN⁹²).

El 75% de los sobrevivientes no muestran signos de trastorno mental como resultado de un evento de emergencia, pero las experiencias de transición psicológica se describen mejor como estrés asociado con disfunción. Generalmente se asume una vivencia pasajera de estrés. La recuperación lenta / restauración generalmente se observa dentro de los primeros 30 días después del evento (OTAN⁹²).

20-40% experimenta estrés persistente, que cede dentro de las 4 semanas (incluidas las personas resilientes que no se distinguen de las personas con funciones reducidas cotidianas o de las personas con trastorno / respuesta de estrés postraumático agudo; Impact¹⁸)

La tasa de trastornos mentales graves se duplica del 1% al 2-3%, y los trastornos de salud mental moderados aumentan del 5 -10% al 10% (IASC 17).

Los episodios psicóticos rara vez se desencadenan (OTAN⁹²).

Las emergencias psiquiátricas ocurren en menos del 0.1% de los afectados por emergencias (OTAN⁹²).

Las enfermedades mentales anteriores contienen menos riesgo para consecuencias psicológicas que el estrés de la vida y la falta de apoyo social anterior (OTAN⁹²).

Las necesidades de atención a las personas con enfermedades mentales e institucionalizadas (hospitales, hogares, prisiones) se deben menos a las enfermedades mentales que al hecho de que su infraestructura institucional y profesional ya no está completamente disponible a través de los desastres. Por lo tanto, deben considerarse como un grupo objetivo específico con necesidades específicas más que como un grupo de riesgo (OTAN⁹²)

La gama de ofertas de ayuda aguda psicosocial también incluye la provisión de acceso a servicios especializados para posibilitar aclaraciones diagnósticas o necesidades terapéuticas. »La prioridad es proporcionar un oído atento, apoyo y consuelo y estar abierto a las necesidades prácticas inmediatas ..., ofrecer información objetiva y actualizada ... movilizar el apoyo de la propia esfera social; facilitando la reunión con las personas más cercanas a ellos, manteniendo unidas a las familias; y tranquilizando a los afectados que muestran reacciones normales al estrés. Es probable que esto promueva los poderes de recuperación de los afectados « (Impact¹⁸ p 10).

Todas estas líneas guía recomiendan para la fase aguda que sea disponible la competencia clínica, diagnóstica y terapéutica solo en el caso de individuos y que lo necesiten.

A largo plazo, las ofertas especializadas solo deben estar disponibles para un pequeño

porcentaje de la población afectada, cuyo sufrimiento persistente causa trastornos en las funciones diarias. Sin embargo, cuanta más gente esté constantemente cargada, mayor será el esfuerzo profesional psicotraumatológico especializado requerido (OTAN⁹²). Especialmente para aquellos afectados, cuyos problemas se convierten rápidamente en enfermedades, pero que aún no estaban en contacto con el sistema terapéutico, es necesario garantizar transiciones suaves al sistema de „profesionales de la salud“ ya en el corto plazo de la fase aguda. Si es necesario, las ofertas de terapia de psicotrauma o un mayor número de lugares de terapia en las regiones afectadas deberían estar disponibles unas semanas después del evento principal.

Además, en una perspectiva psicosocial las peculiaridades de género, culturales, religiosas y sociodemográficas de los grupos especiales de población deben tenerse en cuenta. Un grupo para considerar especialmente representa a personas que ya están siendo atendidas debido a un trastorno mental preexistente, pero que requieren un apoyo más intensivo después de los eventos de emergencia. Antes de todo, tendrían que poder recurrir a los recursos intensificados del alcance de ofertas de ayuda social, psicológica y médica ya recibida hasta el momento. De manera similar, las personas que viven en instituciones (hogares, hospitales psiquiátricos, etc.) y cuyas instituciones han sido afectadas o destruidas por eventos de emergencia, deben contar inmediatamente con un sistema viable de reemplazo. Esto requiere que un conocimiento psicotraumatológico básico también esté presente en el sistema de atención psicosocial y de medicina primaria regular. Donde aún no esté disponible, la capacitación debería ayudar.

Por lo tanto, los profesionales de la salud mental especializados en psicotraumatología deberían participar en toda la planificación con anticipación, aún solo se necesitan activamente en menor grado en las inmediaciones de un evento de emergencia. Su experiencia también es valiosa para la capacitación, consultoría, planificación y reflexión (supervisión) de la atención después de eventos de emergencia.

La construcción de un servicio de fondo médico o psicoterapéutico no es nueva en la atención psiquiátrica social y la intervención en crisis. Es una característica de calidad para una intervención integral de crisis o de psiquiátrica social. (Wienberg¹⁰⁰, Maerten y Beerlage¹⁰¹). Sin embargo, solo unos pocos municipios cuentan con servicios de crisis las 24 horas con personal médico y psicoterapéutico de guardia, como Berlín y Múnich, por lo que hoy en día se requiere a los médicos de emergencia y al personal no médico del servicio de emergencia para realizar evaluaciones psicológicas y en casos extremos proporcionar una derivación a especialistas. Sin embargo, no se puede negar que, hasta el momento, el conocimiento psicológico y psiquiátrico recibe un estatus relativamente bajo en la calificación de los médicos de emergencia y el personal de servicios de emergencia

Registro de necesidades subjetivas y demandas sensibilizado por los recursos.

Se necesitan recursos y competencias adecuadas a las necesidades subjetivas diferenciadas (necesidades=needs=deseos de los afectados) y demandas (responses=respuestas indicadas). A menudo se utilizan términos como triage psicológico, observación psicológica o detección (screening). La discusión de las diferentes formas, las características registradas, la significación pronóstica y la viabilidad de las diferentes formas no se puede llevar a cabo en este momento (Beerlage²¹). Sin embargo, por un lado, todos los involucrados activos en asistencia deben ser conscientes de que, de un lado en comparación con la alta velocidad del proceso en la detección de la amenaza vital, los procesos mentales se ejecutan más lentamente. Recuperación y desarrollos problemáticos, ambos llevan tiempo. Por otro lado, se debe tener en cuenta que actualmente se desaconseja el uso generalizado de la detección relacionada con los síntomas utilizando instrumentos estandarizados debido a la falta de validez pronóstica (Ozer et al¹⁰², Impact¹⁸). Las personas resistentes, resilientes y

altamente estresadas no se difieren inicialmente en el tipo y la gravedad de sus reacciones (Impact¹⁸).

Los riesgos determinados epidemiológicamente y perfiles de riesgo parecen permitir pronósticos más precisos en el proceso de afrontamiento. Pueden servir para la identificación temprana de personas con mayores necesidades de apoyo en entrevistas guiadas (teóricas o prácticas) por personal especialmente capacitado, (profesionales psicosociales) (Bering y Fischer¹⁰³, Bering et al⁹⁹). Sin embargo, los riesgos biográficos (p. ej. victimización previa, alcoholismo, eventos vitales críticos previos) pueden ser difíciles de evaluar en las primeras sesiones de apoyo psicosocial de cara a cara, y necesitan una consideración cuidadosa ética de la vulnerabilidad de los afectados.

Los riesgos o recursos directamente evaluables se encuentran en la calidad del evento, la disponibilidad / accesibilidad o la falta de recursos sociales, en el grado de activación de la capacidad individual y prosocial para actuar, los sentimientos y las necesidades persistentes comunicados verbalmente. Las personas afectadas también comparten activamente sus deseos en la conversación; sin embargo, no siempre son las personas con mayores necesidades objetivas psicológicas.

Por analogía con la creación de una „imagen de la situación“ en el proceso de gestión por la protección civil, se puede hablar del proceso de desequilibrio entre estrés-recursos individuales y sociales, así como la planificación de la ayuda adecuada, como la creación de una „imagen de la situación psicosocial“. La mayoría de las recomendaciones internacionales asumen que para esto basta la capacitación específica o habilidades básicas profesionales y existentes para crear y evaluar “imágenes de la situación psicosocial”. No se requiere una especialización curativa. (: Platform⁸⁹, OTAN⁹², IASC¹⁷, Impact¹⁸, US DHHS⁸⁷, WHO⁵¹, Seynaeve¹⁴).

Entrenamiento – algunos Aspectos Seleccionados

La competencia en la atención de emergencia psicosocial no solo se deriva del conocimiento clínico centrado en el trauma, de su procesamiento y los problemas de procesamiento con personas después de eventos de emergencia (conocimientos de salud y disturbios) sino del dominio de los métodos necesarios para las intervenciones relacionadas con la persona o la red (conocimiento de y competencia de acción). Ver en detalle: Beerlage et al²²).

La capacitación debería transmitir, además de la **competencia para la identificación** de cargas, riesgos y síntomas cada vez más desde una perspectiva salutogenética, impartir la competencia **para percibir, diferenciar** y preguntar por los recursos e interpretar los riesgos y los perfiles de recursos en el contexto de los hallazgos socio-epidemiológicos para proporcionar una visión psicosocial compleja de la situación.

La competencia en APSPE también resulta de la experiencia operacional (**competencia del campo**) y del conocimiento de las estructuras de prevención de riesgos (**conocimiento estructural**).

Con el fin de obtener el alcance y la calidad de las medidas apropiadas a lo largo del tiempo para las emergencias mayores con grandes números de heridos, los líderes de equipos de APSPE y los jefes de todas las acciones de APSPE en el terreno deben tener **capacidades de planificación** de APSPE y **habilidades de liderazgo** para implementar y coordinar las medidas.

La capacidad de **crear imágenes de la situación psicosocial** debe combinarse con el conocimiento de la competencia de los socios e instituciones de cooperación en atención aguda psicosocial y seguimiento a largo plazo para poder mediar las medidas apropiadas. Por lo tanto, los ayudantes competentes también deben tener un amplio conocimiento de **la red de los socios** de cooperación en el sistema a largo plazo necesario para atención de base psicosocial y médica general, de modo que las medidas puedan conducir después de la ayuda psicosocial aguda con transiciones suaves en una atención adicional calificada basada en las necesidades.

El conocimiento y la **competencia dentro de las redes** deben fortalecerse mediante el

intercambio, la **capacitación mutua** y ejercicios profesionales regulares, para que los socios de la cooperación tengan una cara. En los organismos y organizaciones encargados de protección civil, los aspectos psicosociales, en particular las **reglas de primeros auxilios psicológicos** y el conocimiento de las redes psicosociales, deben ser una **parte natural de la capacitación** para fortalecer los procesos de afrontamiento lo antes posible.

Finalmente, se requiere la capacitación y el fortalecimiento del **conocimiento reflexivo** y las **competencias (auto)-reflexivas**, que permiten después de las intervenciones evaluar críticamente y desarrollar aún más las propias acciones después de las asignaciones teniendo en cuenta, la retroalimentación y las reacciones no verbales de los afectados. **Los usuarios** así están incluidos como **expertos** en la optimización de la atención. El conocimiento de reflexión también incluye la capacidad de reflexionar críticamente sobre la colaboración, para optimizar interfaces, detectar puntos ciegos y entrelazar el entendimiento de acción de los interesados hacia una red psicosocial cada vez más sostenible.

Para cerrar cabe destacar que en muchos países la APSPE ha crecido llegando a su vida adulta. La fase de „soluciones nacidas de la necesidad“ ha entrado en la fase de consolidación y de control de calidad. La experiencia de los pioneros ahora se ha recopilado y se ha abierto camino en la educación y la formación. Los inventarios existentes, el consenso y las líneas guía nacionales e internacionales deben utilizarse antes de la instalación de nuevas ofertas y deben adaptarse a las necesidades regionales evitando la reiteración desde el inicio en cada formación de equipos, la capacitación de nuevos ayudantes, la planificación de redes por adelantado y la coordinación para la acción. Sin esto se provoca agotamiento por perder energías en luchas entre los profesionales. La orientación a la acción psicosocial proporciona una base útil empírica y basada en la experiencia para ayudar a las personas a enfrentar **unidos** eventos de emergencia **de manera escalonada, coordinada e inter-disciplinaria**.

Referencias bibliográficas

1. Beerlage I, Hering T, Nörenberg L Entwicklung von Standards und Empfehlungen für ein Netzwerk zur bundesweiten Strukturierung und Organisation psychosozialer Notfallversorgung. Zivilschutzforschung, Bd. 57. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Bonn; 2006
2. 2 Konferenz Evangelische Notfallseelsorge in Deutschland. Hamburger Thesen. In Evangelische Notfallseelsorge in Deutschland. Hamburg; 12. September 2007.
3. Perren-Klingler G (Hrsg) Erste Hilfe durch das Wort. Haupt, Bern; 2000
4. BVA Bundesverwaltungsamt – Zentralstelle für Zivilschutz – Akademie für Krisenmanagement, Notfallplanung und Zivilschutz (AKNZ) (Hrsg) Workshop: Stress im Katastrophenschutz. Zwischenbilanz und Forschungsbedarf. Wissenschafts Forum, Bd. 2. Eigenverlag, Bonn; 2002
5. SSK Ständige Konferenz für Katastrophenvorsorge und Katastrophenschutz Wörterbuch für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe. ASB, Köln; 2006
6. Schutzkommission beim Bundesminister des Innern Dritter Gefahrenbericht der Schutzkommission beim Bundesministerium des Innern. Bericht über mögliche Gefahren für die Bevölkerung bei Großkatastrophen und im Verteidigungsfall. Eigenverlag, Bonn; 2006a
7. Schutzkommission beim Bundesminister des Innern. Katastrophenmedizin. Leitfaden für die ärztliche Versorgung im Katastrophenfall. Bundesministerium des Innern, Berlin; 2006b
8. Krüsmann M. Die Bedingungen posttraumatischer Bewältigung. In: Lueger-Schuster B, Krüsmann M, Purtscher K (Hrsg). Psychosoziale Hilfe bei Katastrophen und komplexen Schadenslagen. Springer, Berlin Heidelberg, S 45–69; 2006
9. Krabs-Höhler H, Müller-Lange J. Hoffen bis zuletzt? Verlag für Polizeiwissenschaften

- chaft, Frankfurt a.M 2006
10. Helmerichs J. Psychosoziale Notfallversorgung bei Großveranstaltungen. In: Peter H, Maurer K (Hrsg) Gefahrenabwehr bei Großveranstaltungen. Stumpf+Kossendey, Edewecht, S 167–185; 2005
 11. Helmerichs J. Psychosoziale Notfallversorgung im Großschadensfall und bei Katastrophen. In: Lasogga F, Gasch B (Hrsg) Notfallpsychologie. Springer, Berlin Heidelberg, S 371–388; 2007
 12. Jatzko S, Hitzfelder F. Hinterbliebenen-Nachsorge. Stumpf+Kossendey, Edewecht; 2007
 13. Arche noVa e.V., Weisskopf M, Langer C, Kretschmann K (Hrsg). Psychosoziale Nachsorge nach der Jahrhundertflut in Sachsen. DGVT, Tübingen; 2005
 14. Seynaeve GJR (Hrsg). Psychosocial support in situations of mass emergency: a European policy paper concerning different aspects of psychological support and social accompaniment for people involved in major accidents and disaster. Ministry of Public Health, Brussels, Belgium; 2001
 15. Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, Friedman M, Gersons BPR, TVM de Jong J, Layne CM, Maguen S, Neria Y, Norwood AE, Pynoos RS, Reissman D, Ruzek JI, Solomon AYZ, Steinberg AM, Ursano RJ. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry* 70(4):283–315; 2007
 16. Flynn BW. A sound blueprint for building a stronger home. *Psychiatry* 70(4):366–369; 2007
 17. IASC (Inter-Agency Standing Committee) Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. IASC, Geneva; 2007
 18. Impact. Multidisciplinary guideline development mental health care. Early psychosocial interventions after disasters, terrorism and other shocking events. National Steering Committee on Development in Mental Health Care; 2007; <http://www.ggzrichtlijnen.nl>. Zugegriffen: 22.10.14
 19. NATO (North Atlantic Treaty Organization). Psychosocial care for people affected by disasters and major incidents. A model for designing, delivering and managing psychosocial services for people involved in major incidents, conflict, disaster and terrorism. Euro-Atlantic Partnership Council, WP, EAPC (JMC) WP. June 2008
 20. WHO (World Health Organization) The WHO Constitution. WHO, Geneva; 1948
 21. Beerlage I, Springer S, Hering T, Arndt D, Nörenberg L. Netzwerk Psychosoziale Notfallversorgung – Umsetzungsrahmenpläne 2. Qualität in Aus- und Fortbildung. Forschung im Bevölkerungsschutz, Bd 2. BBK, Bonn; 2009
 22. Beerlage I. Qualitätssicherung in der Psychosozialen Notfallversorgung. Deutsche Kontroversen – Internationale Leitlinien. Schriften der Schutzkommission, Bd 2. BBK, Bonn; 2009
 23. Bengel J, Becker K. Wissenschaftlichen Gutachten Leitlinien und Konsensuskonferenz. Albert-Ludwigs- Universität, Freiburg i.B.; 2008
 24. Keupp H. Psychische Störungen im gesellschaftlichen Lebenszusammenhang. In: Davison GC, Neale JM (Hrsg) Klinische Psychologie. Psychologie Verlags Union, München, Weinheim, S 69–92; 1988
 25. Sommer G, Ernst H. Gemeindepsychologie. Therapie und Prävention in der sozialen Umwelt. PVU, Weinheim; 1977
 26. Joint Commission on Mental Illness and Health. Action for mental health. Final report. Basic Books, New York; 1961
 27. Rudin E, McInnes RS. Community mental health services act — five years of operation under the California law. *California Medicine* 99(1):9–11; 1963
 28. Hurrelmann K, Laaser U. Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In Hurrelmann K, Laaser U, Razum O (Hrsg). Handbuch Gesundheitswissenschaften, 4. vollst. überarb. Aufl. Juventa, Weinheim/München, S 749–780; 2006

29. Montero M. Fundamentosteoréticos de la psicología social comunitaria en Latinoamérica. *Boletín de AVEPSO* 5(1):15–22; 1982
30. Marin G. The latinamerican experience in applying social psychology to community change. In: Blacker F (ed). *Social psychology and developing countries*. Wiley, New York, S 229–243; 1988
31. Rozas G. Acceso a la comunidad. Beitrag zur 2. Tagung der chilenischen Arbeitsgemeinschaft für Gemeindepsychologie. Santiago de Chile (unveröffentlicht); 1986
32. Krause JM. Gemeindepsychologie unter extremen politischen Bedingungen: Das Beispiel Chile. In: Böhm I, Faltermeier T, Flick U, Krause JM (Hrsg) *Gemeindepsychologisches Handeln: Ein Werkstattbuch*. Lambertus, Freiburg i.Br., S 90–105; 1992
33. Faltermaier T, Krause JM, Flick U, Böhm I. Gemeindepsychologisches Handeln: Ein Einführung. In: Böhm I, Faltermaier T, Flick U, Krause Jacob M (Hrsg) *Gemeindepsychologisches handeln: ein Werkstattbuch*. Lambertus, Freiburg i.Br., S 9–28; 1992
34. Elgeti H. Frankreich und seine Psychiatrie – Ein Annäherungsversuch. *Sozialpsychiatrische Informationen*(3):2–7; 2002
35. Foucault M. *Wahnsinn und Gesellschaft*. Suhrkamp, Frankfurt a.M.; 1969
36. Basaglia F. *Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen*. Suhrkamp, Frankfurt a.M.; 1971
37. Basaglia F, Basaglia-Ongaro F. *Befriedungsverbrechen*. Suhrkamp, Frankfurt a.M.; 1980
38. Giese E. Demokratische Psychiatrie. In: Keupp H, Rerrich D (Hrsg) *Psychosoziale Praxis*. Urban & Schwarzenberg, München, S 179–188; 1982
39. Szasz TS. *The myth of mental illness*. Harper & Row, New York; 1961
40. Goffmann E. *Asyle*. Suhrkamp, Frankfurt a.M; 1972
41. Laing RD. *Die Stimme der Erfahrung*. Erfahrung, Wissenschaft und Psychiatrie. Knaur, München; 1985
42. Deutscher Bundestag. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Universitäts-Buchdruckerei, Bonn; 1975
43. Caplan G. *An approach to community mental health*. Grune & Stratton, New York; 1961
44. Keupp H. Krisen des Aufwachsens als Verlust einbettender Kulturen und der sozialen Ozonschicht. *Rundbrief Gemeindepsychologie* 9(1):17–33; 2003
45. Sommer G, Fydrich T. *Soziale Unterstützung*. Diagnostik, Konzepte, Fragebogen F-SOZU. DGVT, Tübingen; 1989
46. Faltermeier T. *Gesundheitspsychologie*. Kohlhammer, Stuttgart; 2005
47. Kienle R, Knoll N, Renneberg B. Soziale Ressourcen und Gesundheit, soziale Unterstützung und dyadisches Coping. In: Renneberg B, Hammelstein P (Hrsg). *Gesundheitspsychologie*. Springer, Berlin Heidelberg, S 107–122; 2006
48. Röhrle B (Hrsg). *Prävention und Gesundheitsförderung, Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung*, Bd 3. DGVT, Tübingen; 2007
49. WHO Family of International Classifications
50. Caplan G. *Principles of preventive psychiatry*. Basic Books, New York; 1964
51. WHO (World Health Organization). *Mental health in emergencies. Mental and social aspects of health of populations exposed to extreme stressors*. WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence, Geneva; 2003
52. WHO (World Health Organization). *International classification of functioning, disabilities and health – ICF* (deutsche Ausgabe: DIMDI (Hrsg). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*). WHO, Genf; 2005
53. Dörner K. *Bürger und Irre*. EVA, Frankfurt; 1969
54. Richter D. *Theorie als Identitätsstifter? Über Vorstellungen von Kollektiv-Identitäten in zivil-gesellschaftlichen und kommunitaristischen Theorien*. Kommune

- (1):37–40; 1994
55. Roth R. Auf dem Wege zur Bürgerkommune? Über das Spannungsfeld von bürgerschaftlichem Engagement und Kommunalpolitik in Deutschland zu Beginn des 21. Jahrhunderts. *Demokratische Gemeinde* 53(9):20–21; 2001a
 56. Roth R. Chancen und Hindernisse bürgerschaftlichen Engagements in den neuen Bundesländern. In: Alfred Toepfer Stiftung (Hrsg) Ehrenamt und Bürgergesellschaft in den neuen Bundesländern. Christians, Hamburg, S 27–44; 2001b
 57. Waterstraat F. Der Mensch in der Katastrophe. Ausgewählte Aspekte der psychosozialen Unterstützung (PSU). In: Schutzkommission beim Bundesminister des Innern (Hrsg) Leitfaden Katastrophenmedizin. BMI, Berlin, S 35–50; 2006
 58. Rappaport J. In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology* (9)1–25; 1981
 59. Hollingshead AB, Redlich FC. Social class and mental illness. A community study. Wiley, New York; 1958
 60. Waller H. Gesundheitswissenschaft. Kohlhammer, Stuttgart; 2006
 61. Keupp H. Normalität und Abweichung. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore; 1979
 62. Rosenhan DL. Gesund in kranken Institutionen. In: Sommer G, Ernst H (Hrsg). Gemeindeforschung. Urban & Schwarzenberg, München, S 12–23; 1977
 63. Faltermeier T. Notwendigkeit einer sozialwissenschaftlichen Belastungskonzeption. In: Brüderl L (Hrsg). Theorien und Methoden der Bewältigungsforschung. Juventa, Weinheim, München, S 46–62; 1988
 64. Becker P. Psychologie der Seelischen Gesundheit, Bd 1: Theorien, Modelle, Diagnostik. Hogrefe, Göttingen; 1982
 65. Renneberg B, Hammelstein P (Hrsg). Gesundheitspsychologie. Springer, Berlin Heidelberg; 2006
 66. Spitzer RL. Ein Plädoyer für psychiatrische Diagnosen. In Keupp H (Hrsg). Normalität und Abweichung. Urban & Schwarzenberg, München, S 87–114; 1979
 67. Sass H, Wittchen HU, Zaudig M. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle; 2001
 68. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. WHO. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD10 Kapitel V, Klinisch-diagnostische Leitlinien. Hans Huber, Bern; 2000
 69. WHO Family of International Classifications. Geneva 2001
 70. Zaumseil M. Institutionelle Aspekte klinisch-psychologischer Arbeit. In: Keupp H, Zaumseil M (Hrsg). Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens. Suhrkamp, Frankfurt a.M., S 15–58; 1978
 71. Keupp H, Zaumseil M (Hrsg). Die gesellschaftliche Organisation psychischen Leidens Suhrkamp, Frankfurt a.M.; 1978
 72. Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung III. In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, 4., erw. Auflage. Sabo, Schwabenheim, S 8–87; 2003ca Kaba-Schönstein L. Gesundheitsförderung IV. In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, 4., erw. Auflage. Sabo, Schwabenheim, S 88–95; 2003d
 73. Kaba-Schönstein, L. Gesundheitsförderung I. In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, 4., erw. Auflage. Sabo, Schwabenheim, S 73–77; 2003a
 74. Kaba-Schönstein, L. Gesundheitsförderung II. In: BZgA (Hrsg) Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, 4., erw. Auflage. Sabo, Schwabenheim, S 78–81; 2003b
 75. Antonovsky A. Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being. Jossey-Bass, San Francisco; 1979
 76. Antonovsky A. Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit, dtsh. erw. Ausg. von Alexa Franke. DGVT, Tübingen; 1997
 77. Schwarzer R, Knoll N. Functional roles of social support within the stress and coping process: a theoretical and empirical overview. *International Journal of Psycho-*

- logy 42(4):243–252; 2007
78. AWMF. Leitlinien-Arbeitsgruppe Diagnostik und Therapie von Akuttraumata; Leitlinienvorhaben 051-027, Anmelddatum 23.7.2014, Fertigstellungsankündigung 31.8.2016. «**Akute Folgenpsychischer Traumatisierung – Diagnostik und Behandlung**»; 2008
 79. IFRC (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies). IFRC-Guidelines of emergency assessment. IFRC, Geneva; 2005
 80. NNPN (Nationales Netzwerk Psychologische Nothilfe). Einsatzrichtlinien und Ausbildungsstandards für die psychologische Nothilfe. Eigendruck, Bern; 2006
 81. Pieper G, Maercker A. Männlichkeit und Verleugnung von Hilfsbedürftigkeit nach berufsbedingten Traumata (Polizei Feuerwehr, Rettungspersonal). Verhaltenstherapie 9(4):222–229; 1999
 82. Reinhard F, Maercker A. Sekundäre Traumatisierung, Posttraumatische Belastungsstörung, Burnout und Soziale Unterstützung bei medizinischem Rettungspersonal. ZS medizin. Psychologie 13(1):29–36; 2004
 83. Krüsmann M, Karl R, Butollo W. Untersuchung bestehender Maßnahmen zur sekundären Prävention und Entwicklung einer Methodik und eines zielgruppenorientierten Programms zur sekundären Prävention einsatzbedingter Belastungsreaktionen und -störungen. Ludwig-Maximilian-Universität, München; 2006
 84. Manz R. Psychische Belastungen im Rettungsdienst. Auswirkungen berufsbezogener alltäglicher traumatischer Belastung im Feuerwehr und Rettungsdienst. Vortrag gehalten anlässlich der LIT-Tage 2007 Innsbruck, September 2007, 21–23; 2007
 85. Beerlage I, Helmerichs J, Waterstraat F, Bellinger MM. Management Psychosozialer Notfallversorgung (PSNV) in Katastrophen- und Großschadenslagen. In: Schutzkommission beim Bundesminister des Innern (Hrsg) Leitfaden Katastrophenmedizin. BBK, München/Bonn, S 131–150; 2010
 86. Hausmann, C. *Handbuch Notfallpsychologie und Traumabewältigung*. Wien: Facultas; 2003
 87. US-DHHS (U.S. Department of Health and Human Services). Mental health response to mass violence and terrorism: a field guide, Pib. No SMA 4025. Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Service Administration, USDHHS, Rockville; 2005
 88. Lueger-Schuster B, Purtscher K, Alfare M, Christoph R, Kalcher K. Einsatzrichtlinien Psychosoziale Akutbetreuung. Eigendruck, Wien; 2003
 89. Lueger-Schuster B. Präklinische Maßnahmen – Krisenintervention vor Ort – Folgeprävention. In: Friedmann A, Hofmann P, Lueger-Schuster B, Steinbauer M, Vysoki D (Hrsg). Psychotrauma. Die Posttraumatische Belastungsstörung. Springer, Berlin Heidelberg, S 113–124; 2004
 90. Müller-Cyran A. Krisenintervention im Rettungsdienst. In: Bengel J (Hrsg) Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg, S 61–68; 2004
 91. BBK (Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe). Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien, Teil 1. BBK, Bonn; 2009
 92. Beerlage I, Arndt D, Hering T, Nörenberg L, Springer S. Netzwerk psychosoziale Notfallversorgung – Umsetzungsrahmenpläne. Belastungen und Belastungsfolgen in der Bundespolizei. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe, Bonn; 2008
 93. Klink F, Scherner E. «Dieses Mal brauch ich wirklich Hilfe». Hilfesuchverhalten von Arbeitslosen im Sozialpsychiatrischen Dienst. Bremer Beiträge zur Psychologie 58; 1986
 94. Fairbank JA, Gerrity ET. Making traumaintervention principles public policy. Psychiatry 70(4):316–319; 2007
 95. Jones N, Greenberg N, Wessely S. No plans survive first contact with the enemy: flexibility and improvisation in disaster mental health. Psychiatry 70(4):361–365;

- 2007
95. Blumenfeld M. The march toward evidence based criteria for mass trauma intervention. *Psychiatry* 70(4):354–357; 2007
 96. Schulz U, Schwarzer R. Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung: Die Berliner Social Support Skalen. *Diagnostica* 49:73–82; 2002
 97. Bengel J. Notfallpsychologische Interventionen bei akuter Belastungsstörung. In: Maercker A (Hrsg) (2003) *Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung*, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg, S 185–204; 2003
 98. Schulze D. Merkmale der Tätigkeit im Feuerwehrdienst und ihre Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Einsatzkräfte, unter Berücksichtigung von Hilfsuchverhalten, Veröffentlichungsbereitschaft, sozialer Unterstützung und sozialer Kohäsion. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Hochschule Magdeburg-Stendal; 2004
 99. Bering R, Schedlich C, Zurek G, Fischer G. Zielgruppenorientierte Intervention zur Vorbeugung von Belastungsstörungen in der hausärztlichen Praxis. In: Bering R, Reddemann L (Hrsg) *Schnittstellen von Medizin und Psychotraumatologie. Jahrbuch Psychotraumatologie*. Asanger, Heidelberg, S 51–66; 2007
 100. Hering T, Schulze D, Sonnenberg D, Beerlage I. Was belastet in der Feuerwehr? Primärprävention gesundheitlicher Beeinträchtigungen aus einer arbeitsorganisatorischen Perspektive. *Notfall- und Rettungsmedizin* 8(6):412–421; 2005
 101. Wienberg G. Qualitätsmerkmale außerstationärer Krisenintervention. In: Wienberg B (Hrsg) *Bevor es zu spät ist. Außerstationäre Krisenintervention und Notfallpsychiatrie*. Psychiatrie-Verlag, Bonn, S 42–68; 1993
 102. Maerten C, Beerlage I. Weitervermittlung im Rahmen ambulanter Krisenintervention. Vortrag gehalten anlässlich des 16. Kongresses für Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGVT, Berlin, 3.-7. März; 2006
 103. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL et al. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a metaanalysis. *Psychological Bulletin* 129:52–73; 2003
 104. Bering R, Fischer G. Kölner Risiko Index (KRI). In: Strauss B, Schuhmacher J (Hrsg). *Klinische Interviews und Ratingskalen*. Hogrefe, Göttingen, S 216–221; 2005 NICE (National Institute of Clinical Excellence). *Posttraumatic stress disorder – the management of PTSD in adults and children in primary and secondary health care*. National Clinical Practice Guideline 26. Gaskell & British Psychological Society, London; 2005
 105. Bering R. *Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung*. Shaker, Aachen; 2005
 106. Hering T. *Gesunde Organisationen im Rettungsdienst*. Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum-Verlag. Psychologie, Bd 11. Tectum, Marburg; 2009
 107. Keupp H. *Eine Gesellschaft der Ichlinge*. SPI, München; 2000