

SALUTOGÉNESIS Y TRABAJO DE RECURSOS COMO BASE DE LA APSPE Y SPS

Gisela Perren-Klingler,
Basel/Suiza¹

¹Médico psiquiatra, psicoterapeuta, psicotraumatóloga y trabaja en la prevención de violencias. Trabaja en consulta privada y enseña técnicas preventivas y terapéuticas a voluntarios y profesionales para las secuelas del estrés excesivo en Europa, América Latina, África y Medio Oriente. Fue delegada médica del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), miembro civil de la Comisión de psiquiatras militares Suizos, miembro Suizo de la Comisión para la prevención de la Tortura en lugares de detención de Europa (ECPT), miembro y presidenta de la Comisión Internacional Humanitaria de Encuestas (IHFFC). No hay conflicto de intereses

<https://doi.org/10.31052/1853.1180.v0.n0.30613>
@Universidad Nacional de Córdoba



SALUTOGENESIS AND RESOURCE WORK AS THE BASIS FOR PSSIE AND PSS

SALUTOGÊNESE E TRABALHO DE RECURSOS COMO BASE DA APSPE E SPS

Resumen

En el cuadro de la Asistencia psicosocial para Emergencias (APSPE) el Sostén psicosocial (SPS) se ocupa de las personas afectadas y de los equipos de rescate en los primeros días después del evento crítico. Solo puede hacerse con éxito a condición de que la actitud sea preventiva y no clínico-terapéutica. Los sobrevivientes no heridos físicamente no están enfermos, sino que sufren de las consecuencias mentales del peligro vivido, la impotencia y conectado con esto el estrés excesivo. No están locos y por eso no necesitan tratamiento. Según las directivas de “Salud para Todos” los voluntarios formados están bien dispuestos como managers del estrés y dueños de la psicoeducación. Así el umbral de buscar ayuda baja considerablemente. Psicólogos de emergencia tienen su papel en el trasfondo de catástrofes. De este modo se puede garantizar la prevención (secundaria) de daños psicosomáticos en afectados y personal de rescate debido a eventos críticos. Redes interprofesionales, interculturales y transnacionales tendrían que establecerse – al menos en Europa con sus variedades culturales, lingüísticas, religiosas etc. en un territorio chico.

Palabras clave: SPS, salutogénesis, recursos individuales y comunitarios, pares, estrés, eventos críticos.

Abstract

In the frame of APSPE (psychosocial attention for emergencies) SPS (psychosocial support) cares for affected persons and rescue personnel during the first days after a critical incident. It only can succeed if the attitude is preventive and not clinical or therapeutic. The survivors of catastrophes who are not hurt physically, are not ill, but distressed: they suffer from the mental consequences of the experienced danger, the helplessness and the accompanying excessive stress. They are not crazy, and so they do not need treatment. Following the concept of “Health for All” the activation of trained volunteers, peers, who are not psychologists, is important and effective. It seems evident that these peers are best disposed as stress managers or teachers (psychoeducation). This is also the way to lower considerably the threshold for help seeking behaviour. In this way (secondary) prevention of psycho-somatic sequelae is guaranteed for affected persons helper sand communities. Networking at an interprofessional, intercultural and transnational level seems to be essential at least in Europe with her cultural, linguistic and religious varieties on a small bit of territory.

Keywords: psycho-social support, salutogenesis, individual and community resources, peers, stress, critical incidents

Resumo

Na área de Assistência Psicossocial em Emergências (APSPE) o Apoio Psicossocial (SPS) atende as pessoas afetadas e as equipes de resgate nos primeiros dias após o evento crítico. Só pode ser feito com sucesso se a atitude for preventiva e não clínico-terapêutica. Os sobreviventes não fisicamente feridos não estão doentes, mas sofrem as consequências mentais do perigo experimentado, da impotência e associada a este estresse excessivo. Eles não são loucos e, portanto, não precisam de tratamento. Seguindo as diretrizes do “Saúde para Todos”, os voluntários treinados estão bem preparados como gestores de estresse e donos de psicoeducação. Assim, o limiar de busca de ajuda cai consideravelmente. Os psicólogos de emergência têm seu papel no cenário de catástrofes. Desta forma, pode-se garantir a prevenção (secundária) de danos psicossomáticos no afetados e no pessoal de resgate por causa de eventos críticos. Redes interprofissionais, interculturais e transnacionais teriam que ser estabelecidas - pelo menos na Europa com suas variedades culturais, linguísticas, religiosas, etc. em um pequeno território.

Palavras-chave: SPS, salutogênese, recursos individuais e comunitários, pares, estresse, eventos críticos.

Intervención psicossocial en contexto

- *Introducción: ¿Qué es la Atención Psicossocial Para Emergencias (APSPE)?*

La APSPE es una respuesta a las necesidades de personas afectadas por eventos críticos. Un evento crítico es un evento „único“ en que ha sido amenazada y hasta herida la integridad física y/o mental de una o muchas personas. Se trata siempre de un impacto por violencia, ya sea directo por personas (accidentes de tránsito y trabajo, guerra, actos criminales, etc.) o indirecto tales como desastres naturales o industriales. Basado en la previsión de riesgos en desastres también se habla de la APSPE como prevención primaria o reducción del riesgo (es decir, estrategias previas al evento) y prevención secundaria o limitación de daños (es decir, acciones inmediatamente después del evento). La APSPE denota toda la gama de opciones de intervención en prevención primaria y secundaria y hasta la terciaria, el tratamiento de efectos tardíos con psiquiatría-psicoterapéutica y rehabilitación(Beerlage¹).

El Sostén Psicosocial (SPS), por otro lado, como parte del APSPE, se enfoca solo en el post inmediato, actividades a realizar inmediatamente después del evento con el objetivo de delimitar el daño físico-mental, es decir, para evitar o minimizar los efectos tardíos (prevención secundaria, Caplan ²).

Sobre tratamiento clínico eficiente (prevención terciaria⁴), el tipo ambulatorio y hospitalario ha sido suficientemente investigado y publicado durante los últimos 30 años (Perrin- Klingler³; Gschwend ⁴, de modo que una descripción o resumen es superfluo aquí. Parte del APSPE y SPS ha crecido del trabajo con personas al trabajo con profesionales de emergencias de la base, afectados. Sin embargo, también el diagnóstico y el tratamiento de las consecuencias mentales, como trastornos de ansiedad, depresión, problemas psicosomáticos o trastornos por estrés postraumático o disociación, ha proporcionado información sobre cómo prevenir dichos trastornos secundarios.

Esto no es inusual, porque se da tanto en medicina como en psicología que la prevención a menudo surge del tratamiento. Sin embargo, es esencial que no sean trasladadas las técnicas de tratamiento para la prevención, sino que se creen métodos propios para desarrollar la atención para la emergencia. Porque lo que se quiere con las intervenciones inmediatas del SPS no es tratar a las personas con su sufrimiento agudo pero normal y su estrés negativo, sino reducirlo y lograr que la persona lo integre en lo vivido a través de la activación de recursos.

La APSPE y el SPS siempre se ocupan de las reacciones humanas a eventos críticos, y nunca de los eventos críticos mismos. El abastecimiento para necesidades debidas a las reacciones observadas tiene mucho que ver con la psicología; sin embargo, el SPS y las partes preventivas de la APSPE no pueden servirse de técnicas terapéuticas de la psicología clínica (es decir, tratar a enfermos), sino de la psicología comunitaria con sus conceptos de recursos (Hobfoll ⁵), crecimiento postraumático (Tedeschi y Calhoun ⁶), solidaridad comunitaria, mantenimiento de la salud en situaciones de alto estrés de individuos, familias y comunidades, con individuos afectados, pero completamente normales – no enfermos.

- Historia: ¿Cuánto tiempo ha existido la APSPE?

Ya en la Primera Guerra Mundial esta visión existía: Salmon⁷, psiquiatra militar, cuidó a los soldados británicos con sus famosos cinco parámetros de intervención: rapidez, proximidad, optimismo (orientación a la salud), simplicidad (con compañeros que eran soldados), brevedad.

En ese momento, el interés principal estaba puesto en la capacidad de lucha rápidamente recuperada de los soldados afectados, hoy se trata de los derechos de los afectados y del deber de la comunidad (voluntarios “pares” o “multiplicadores”) y de profesionales a asistir a los afectados.

Hoy el interés se focaliza en la observación que sobrevivientes, aun no heridos, sufren de distrés severo. De esto ha deducido Shalev⁸ que además de los aspectos preventivos existe el aspecto humano, la obligación de compensar el sufrimiento lo más rápido posible, sea una obligación moral o ética.

Antes de la psicología la religión ya se ha ocupado del sufrimiento humano después de eventos críticos: sea en la Biblia, donde p.ej. se describe el trato de los jóvenes (torturados) del horno, rescatados (Dn. 3,15 y ss.) o después de la crucifixión de Jesús, donde los discípulos de Emaús comparten su experiencia traumática con el extranjero que los acompaña a Emaús (Lc 24,13 y ss.). También en la *Ilíadas* de Homero se describe como después de la pérdida repentina (traumática) de su amigo Patroclus, mientras Aquiles sufre y grita en su furia triste, por la noche la semidiosa Thetis, su madre, lo calma y consuela.

- Efectividad: ¿Cuán útil y cuanto ayuda la APSPE?

La discusión sobre la efectividad de la prevención es muy actual también en este área; pero uno no tendría que olvidar que durante al menos los últimos 30 años en la prevención del

cáncer de seno la discusión sobre la utilidad y la efectividad de la mamografía parece más un discurso ideológico que una discusión científica. Hay trabajos científicos estadísticamente significativos que demuestran la efectividad de la intervención, mientras que hay otros que demuestran lo contrario (Bouchardy⁹). Y la discusión sigue vigente. El vínculo causal entre una acción y la ausencia de síntomas es extremadamente difícil de probar porque este “no suceder” es debido a varios factores. Además la planificación de estudios para demostrar la eficacia de la APSPE y SPS son difíciles, debido a que eventos críticos y poblaciones afectadas, no son comparables. Es difícil planificar intervenciones basadas en evidencia estadística para SPS y APSPE porque es una cuestión ética actuar rápidamente. Según nuestro conocimiento actual, para tener una configuración estadística a prueba de evidencia se necesitan en cada evento crítico herramientas de investigación adaptadas al evento y a la cultura que se pueden aplicar en un entorno de psicología comunitaria. Esto significa que para cada evento crítico se necesitaría una preparación diferente, lo que no es factible en emergencias. Afortunadamente no solo hay evidencia estadística, sino también evidencia “clínica” y evidencia por satisfacción del usuario (Engelbert¹⁰). La satisfacción de las personas atendidas, que más tarde fueron encuestadas se expresó incluso con agradecimiento. Es probado (Flannery¹¹; Fahnenbrucken esta revista) que el SPS en el contexto de una APSPE ampliamente planificada ayuda a bajar significativamente la incidencia de enfermedades (y la ausencia al trabajo) y a restablecer el bienestar al trabajo en los afectados después de eventos críticos. La investigación epidemiológica con un número significativo de bomberos por el Psic. Diego Rosas (en esta revista) da posibilidades nuevas de concebir la APSPE y el SPS.

- Necesidades e instrucciones para la acción.

Las pocas publicaciones sobre la cuestión de la evidencia del SPS muestran que hay cinco necesidades básicas de los afectados que deben satisfacerse de inmediato (Brian¹²; Hobfoll¹³). Son evidencias de psicología comunitaria.

Las cinco necesidades son:

Seguridad / protección,
 Calma personal,
 Empoderamiento propio y comunitario
 Relación humana,
 Esperanza.

Estas cinco necesidades básicas se pueden satisfacer a través de ocho actividades diferentes de los ayudantes: contacto, compromiso personal, seguridad y consuelo, estabilización, recepción de información, soporte práctico, conexión con estructuras sociales y servicios existentes, información sobre manejo mental. Intuitivamente, estas necesidades siempre han sido atendidas y satisfechas por personas solidarias a un nivel no oficial. Por esta razón, existen grupos tan diferentes como los religiosos, pares, paramédicos, psicólogos, gerentes de personal, oficiales de seguridad, etc. que se ocupan de esto; porque la necesidad de apoyar a los afectados se impone como evidente, a todos los que se acercan.

Folletos para afectados hoy en día deben incluir los ocho puntos mencionados e incluir específicamente consejos para la autoayuda simple y mención de reacciones, que necesiten ayuda adicional, (hay que agenda números de teléfono para esto). Eso no es solo información importante que de otro modo no llegaría a los afectados sino también promueve el empoderamiento. Por supuesto, tales folletos no solo deben ser fáciles de entender, sino también deben estar actualizados y escritos en los lenguajes utilizados en las poblaciones afectadas.

La asistencia post-inmediata (después del SPS dentro de la APSPE) puede ser proporcionada por organizaciones voluntarias, pero también por otras instituciones como p.ej. de las oficinas para asistencia a la víctima. La diversidad de puntos de vista y de bases legales es a considerar desde la interdisciplina y es ciertamente una riqueza, a veces un lujo. El

factor decisivo sigue siendo la actitud salutogénica y la aplicación de los cinco principios de Salmón. Eso significa que en todas estas organizaciones se reciba capacitación en sostén psicosocial, y tanto para afectados directos como indirectos (intervinientes). En ambas partes, para los afectados directa- e indirectamente, se utilizan los recursos sociales. Pueden constituirse espontáneamente o estar preparados para ser proporcionados en eventos críticos, p. ej. en defensa civil. Hay que enfatizar una y otra vez que el hacer con los sentimientos como el dolor y la pena por pérdidas (de personas queridas, sus propias funciones, de la propiedad, etc.) conservará su lugar apropiado porque tales pérdidas no pueden deshacerse. Lo que logra la intervención respetuosa y orientada a las necesidades que incluye los recursos aún existentes es interceptar tempranamente el sentimiento horrible de impotencia y abandono y reactivar el empoderamiento y la esperanza.

- Coherencia de sí mismo o empoderamiento“ (como el objetivo del SPS)

El concepto de coherencia de sí mismo (Antonovsky¹⁴) con sus tres componentes: control, comprensión y sentido, puede según Hobfoll, ser considerado como la base de un equilibrio de recursos. En el SPS este concepto da algunas simples y prácticas instrucciones para apoyar a los afectados incluyendo intuitivamente las cinco necesidades básicas mencionadas anteriormente.

Dentro de este concepto se puede concebir el conjunto sobre trabajo de recursos. Hobfoll muestra que en un evento crítico se pierde el equilibrio de recursos personales y grupales y si este equilibrio no se restablece, se desarrolla el estrés negativo, el distrés y las personas con el tiempo enferman. Apoyada desde afuera, la persona afectada vuelve rápidamente, al menos temporalmente, a un nuevo equilibrio de recursos para redescubrir y recrear sus recursos individuales.

Aquí concebimos los recursos como individuales y sistémicos, es decir, recursos que se encuentran en la comunidad. Los recursos personales son, p.ej. capacidad de comprender, de tomar decisiones y de actuar (coherencia de sí mismo), pero también la resistencia - biológica - al estrés. En eventos críticos la asistencia inmediata, solidaridad, apoyo por personas e instituciones de la comunidad, son todos recursos sistémicos (comunitarios). Restaurar equilibrio de recursos es la tarea principal del SPS porque tan pronto como se restablezca el equilibrio, el distrés masivo de los afectados puede disminuir.

El objetivo del SPS es la restauración más rápida posible de un nuevo equilibrio de recursos, de la coherencia de sí mismo, ya sea individual, de grupos, comunidades e incluso de la sociedad en casos de incidentes masivos, y así contribuir a la disminución del distrés.

Reacciones humanas a eventos críticos: ¿Cómo reaccionan las personas?

- El principio de la adaptación

El organismo humano está diseñado para satisfacer las altas exigencias del medio ambiente. Frente a una grave amenaza donde esté expuesta la vida o integridad de la persona y/o personas cercanas, se crea una respuesta automática y masiva al estrés que tanto en individuos como en grupos, posibilita la supervivencia actual. A condición que se logre mantener o recuperar el equilibrio (homeostasis) en el nivel biológico (así como el social) esa respuesta se vuelve saludable

La adaptación siempre surge, pero si la homeostasis se ve abrumada por la carga de estrés y no puede adaptarse, entonces el evento se vuelve potencialmente traumático. La biología de esta reacción al estrés hoy en día casi 100 años después de Selye¹⁵ es mejor conocida, aunque aún no se han aclarado todos los mecanismos. La comprensión de estas reacciones biológicas es el pre-requisito para poder apoyar a los afectados. No se trata de que los ayudantes necesiten conocer estos mecanismos neurocognitivos en detalle pero deben poder reconocer la expresión comportamental de estos mecanismos, que a menudo parece loca“, y saber manejarla (primera necesidad básica: tranquilidad, seguridad, inteligibilidad).

Estas reacciones de estrés en el momento de la exposición son recursos para la superviven-

cia y adaptativos. Pero las mismas en el ambiente post – exposicional se convierten en factores perturbadores que no permiten a la persona implicada recomponerse y empoderarse gracias a un nuevo equilibrio de recursos. Las reacciones de estrés durante la exposición que han salvado la vida, ahora pueden, después del evento, inhibir la vuelta a la norma, y así afectar masivamente la calidad de vida de los sobrevivientes.

- *Reacción aguda al estrés como recurso para sobrevivir y amenaza secundaria para la salud*

Antes de una amenaza real o fantaseada el cuerpo (el cerebro) reacciona mucho antes de que uno sea consciente del peligro (a través de la „neurocepción“ Porges ¹⁶). Pre conscientemente, es decir, en tiempo mínimo(50 milisegundos), antes de que la conciencia juegue un papel (para esto se necesitan 500 milisegundos) y automáticamente se ponen en marcha diferentes niveles neuronales periféricos y cerebrales activando o desactivándose. Esto se puede observar de la siguiente manera:

- La fuerza muscular aumenta, tanto lisa (involuntaria) como estriada (sujeta a voluntad), para huir o combatir. La incontinencia, temblores, sudoración, palpitations, son signos de este aumento de la fuerza muscular al servicio de la supervivencia (debida al simpático). La persona implicada puede percibir estas reacciones como fenómenos de miedo con vergüenza y por lo tanto las calla.

- La percepción del cuerpo disminuye: dolor, fatiga, sed y hambre se perciben menos, el cuerpo está (principalmente a través del sistema nervioso parasimpático) como dormido, anestesiado o disociado.

- A nivel mental la atención está focalizada a la supervivencia o, si predomina la porción parasimpática no mielinizada (impotencia) se focaliza dentro de sí mismo como si el entorno ya no fuera importante, provocando lo que se conoce como “hacerse el perro muerto”, “reflejo de muerto”, embotamiento.

- A nivel emocional la persona esta anestesiada, disociada, igual que el cuerpo.

Todas estas reacciones intervienen automáticamente, están al servicio de mantener la vida y movilizan recursos biológicos inimaginables (por esto, en la preparación de los equipos de emergencia hay que entrenar conbajo estrés para poder contener y optimizarlo, aprender y hacerse resistente al estrés).El gasto en recursos tiene un inconveniente tan pronto como se vuelve a la vida normal:

- **Reacciones de estrés post- exposicionales**

El organismo no vuelve inmediatamente a la normalidad después del esfuerzo extremo relacionado con el estrés. Existen dos grupos de reacciones post-exposicionales: las específicas y las no-específicas. Las específicas son biológicas, universales, debidas a la respuesta al estrés durante la exposición, mientras que las no específicas están más relacionadas con el después con la interpretación y explicación del evento e influenciadas por la cultura de origen respectiva. Estos dos grupos de reacciones suceden y pueden ser observadas casi siempre con los sobrevivientes de eventos críticos.

Reacciones post-exposicionales específicas:

Hay tres grupos de reacciones post-exposicionales y están relacionadas con el estrés vivido durante la exposición. Por ser biológicas son universales. Se consideran normales y naturales en los primeros dos a tres meses después de la exposición, porque no las reacciones, sino el evento en si mismo está fuera de la norma. Se interrelacionan y el centro de todo es la hiperactivación:

- La **hiperactivación**, el núcleo central de las reacciones post-exposicionales está relacionada con el sistema nervioso simpático que continua activado y se muestra en inquietud interna y externa, agresividad, trastornos del sueño, problemas de concentración, problemas psicósomáticos etc.

- La **focalización de la atención** se muestra absorta, como compulsiva, por lo que sucedió y en los recuerdos recurrentes: rumiar (pensamientos reflexivos); flashbacks y pesadillas; esto aumenta la sobreexcitación y ella refuerza los recuerdos, un círculo vicioso.

- La **anestesia física y emocional**, debida a varios mecanismos disociativos – parasimpáticos - se manifiesta en un comportamiento estuporoso, frialdad emocional, y/o trivialización de lo sucedido. Puede provocar un comportamiento de evitación externo y es así que los recuerdos recurrentes, la sobreexcitación y la anestesia emocional, se calman a corto plazo.

En la fase de “luna de miel“ generalmente corta, de unas semanas, todas estas reacciones apenas importan para los afectados y su entorno porque se da importancia al hecho de haber sobrevivido; pero cuanto más tiempo ocurre después del evento, y cuando se debería reanudar la vida normal, más inquietantes y preocupantes se ponen estas reacciones post-exposicionales específicas. Condicionan un desequilibrio de recursos: la mala calidad del sueño, problemas de concentración, sobreexcitación, recuerdos recurrentes, emoción, estupor y conducta de evitación, hasta fobias, obstaculizan la reintegración a la cotidianidad. La familia y el trabajo responden con incompreensión, la evitación fóbica de un estímulo que recuerda el evento está mal entendida e incluso puede ser interpretada como una fobia. El afectado esta referido a permancer en posición de víctima que reclama ser reparada y culpa al poder, generalmente el estado, de lo que no puede mas hacer y entonces debe ser atendido con licencia o plata o algo. En resumen: es como si la inversión biológica de grandes recursos en el evento fuera sin recompensa.

Reacciones post- exposicionales inespecíficas

Las reacciones post-exposicionales inespecíficas (Fig. 2) se deben en parte a la cultura y a la comprensión de lo sucedido(Mollica¹⁷) y refuerzan a las reacciones específicas.

- Tratar con la impotencia experimentada durante el evento se acompaña de emociones intensas debidas al daño provocado sobre valores culturales y personales importantes. Porque en todo evento potencialmente traumático un valor esencial de la persona afectada es lastimado y esto provoca emociones intensas, ya agudizadas por las reacciones de estrés.

- En cada evento potencialmente traumático siempre hay pérdidas, mayores o menores. El duelo es un sentimiento que a menudo se encuentra junto a otros sentimientos pero el trabajo de duelo necesario no se puede hacer mientras se mantenga la sobreexcitación causada por el simpático. El duelo solo se puede hacer con un mínimo de tranquilidad.

- La confusión es otra consecuencia de lo que se ha experimentado y refuerza a los fenómenos disociativos (“shattered assumptions”, Janoff-Bulmann¹⁸).

A nivel práctico es necesario conocer a los dos grupos de reacciones, las específicas y las no específicas, y tenerlas en cuenta cuando uno atiende a personas afectadas. Los dos grupos se influyen y se potencian. Esto significa que influir una de estas reacciones va a influir a las otras. Así, p.ej. se pueden mitigar emociones insoportables solo bajando la hiperexcitación. Lo mismo con la disociación que entonces da lugar a menos confusión.

La salutogénesis como una salida del desequilibrio de recursos biológicos y comunitarios

Cada evento crítico, potencialmente traumático, muestra repetidamente que no existe ninguna comunidad que pueda proteger a sus miembros de todo, independientemente de la prevención primaria y secundaria. Generalmente se establece un desequilibrio de recursos, que conduce al estrés de supervivencia (Hobfoll⁵). En el sostén psico-social inmediato (SPS) no se trata el evento como tal, pero siempre se trabaja con el desequilibrio de recursos resultante que es al mismo tiempo el origen y la consecuencia de las reacciones biológicas de estrés en las personas implicadas. Es esencial en la fase post-inmediata resistir a la tentación de hablar sobre la falta de prevención primaria. Pensar en voz alta (o en silencio) en un recurso externo que falta tampoco sirve en este momento. Por otro

lado, como representante de SPS uno puede considerarse como un recurso delegado por la comunidad que no ha podido proteger suficientemente. En este sentido, uno tiene la tarea de movilizar recursos en la persona aún existentes internos y externos. En esta fase se prepara tempranamente la posibilidad de una integración futura a través de la atención a las reacciones neuro-cognitivas y toda comunidad puede ayudar en esto. Así los sobrevivientes no podrán lamentar el hecho de no haber resistido en el momento y en el mejor de los casos aprovecharan de un crecimiento de sus recursos (aprendizaje, crecimiento post-traumático, Tedeschi & Calhoun⁶).

El concepto de la salutogénesis

El concepto de salutogénesis (Antonovsky¹⁴) es simple y orientado a la acción; por eso en situaciones de emergencia es fácil de usarlo, especialmente para laicos en psicología (personas sin estudios de psicología); en la salutogénesis se apoya o se reactiva la coherencia de sí mismo de los afectados. Esta coherencia de sí mismo consta de tres factores: control, comprensión y sentido.

- *Capacidad de control*: cuanto más rápido pase la impotencia experimentada durante el evento crítico a un „mini-control“ o pequeñas decisiones propias, lo más probable es que la persona implicada se sienta nuevamente dueño de sí mismo y empoderado; p. ej. El restablecimiento guiado de la calma para la fisiología del estrés: un vaso de agua, o lo más eficiente instruyendo a una respiración calma con lo cual ya se logra un poco de control y tranquilidad (biológica); son los mejores antídotos para la impotencia experimentada y los sentimientos insoportables asociados y así se comienza a neutralizar el desequilibrio de recursos tanto biológicos como sociales pues ya hay algo controlado.

- *Capacidad de comprender*: quien sabe lo que sucedió puede retomar algo de claridad y control cognitivo. Sin embargo, en la primera fase, es importante tener en cuenta que solo los hechos de interés inmediato puedan percibirse, es decir, no se escucha en absoluto, se olvida inmediatamente (Müller-Cyran¹⁹); pero, quién sabe qué sucederá en el próximo minuto o que el sentirse “loco“ y la preocupación (estrés) es normal, puede calmarse también a nivel cognitivo. El comprender también significa que ya se logra un poco de control. Al transmitir información, sin embargo, es importante ir evaluando la receptividad y así utilizar un lenguaje y un modo de transmitir comprensible a la persona implicada. Ayuda también dar un folleto.

- *Buscar o crear sentido*: es un proceso complejo que necesita tiempo y no es inmediato. Los religiosos del entorno tienen que contenerse, y renunciar a su propio sentido (que viene de la fe). Si interfiere esta búsqueda personal con la intervención, tiene que ser dejada de lado por el momento y afrontada más tarde en supervisión. El sentido encontrado (o logrado con el sufrimiento) es una señal de un proceso largo en el cual tanto el crecimiento post-exposicional como un nuevo equilibrio de recursos, se habrán logrado.

Utilizar la salutogénesis implica automáticamente la satisfacción previamente mencionada de las cinco necesidades básicas: seguridad / protección, calma, empoderamiento de sí mismo y de la comunidad (self efficacy, Bandura²⁰), apego humano y esperanza.

SPS (Sostén Psico-Social) como forma sencilla de intervención

Si la APSPE incluye todos los tipos posibles de intervención después de eventos críticos, entonces el SPS es el inicio inmediatamente después del evento; por eso en adelante solo se tratará de las primeras intervenciones resumidas en el SPS. Se pueden separar en dos partes que difieren entre sí en el tiempo y la estructura. Sin embargo, la aplicación del concepto de salutogénesis facilita y hace más eficaces ambas cosas en ambos momentos.

- SPS directo en el sitio:

Tiene lugar poco después del evento, con el objetivo de poder devolver a la persona a su propia red social y buscar ayuda allí. En Europa esta intervención inmediata la hacen grupos de voluntarios capacitados que tienen nombres muy variables, como “equipo de

CARE” (CARE Team, Suiza), “ministro de emergencias” (Tirol del Sur, Italia), “SBE” (Stress Bearbeitung nach belastenden Ereignissen = manejo del estrés después de eventos estresantes, Alemania), “cuidado pastoral de emergencia” (Zürich, Suiza) o “pares de Mayday” (en el sistema de aviación), etc..Lo común de todos estos grupos es que están presentes en el lugar rápidamente y en número suficiente. Su trabajo es compensar a bajo umbral inmediatamente el desequilibrio de recursos desde afuera y minimizar al distrés de los afectados. Por esto es que no se necesita formación como psicólogo.

La intervención inmediata en el sitio se basa en la suposición de que después del evento el lugar sea bastante seguro para cuidar ahí mismo a los no heridos. En Israel, después de la primera Intifada, el concepto del SPS se ha adaptado a las circunstancias para procurar un lugar bastante seguro Sherf y Schreiber²¹): todos los no heridos son evacuados a ambulatorios psiquiátricos cercanos. Las necesidades de los afectados deben ser atendidas en el cuadro de sus respuestas de estrés agudo. Solo se pueden satisfacer de manera básica: seguridad y calma, como primer paso, y por lo tanto un primer control de las reacciones biológicas de estrés a través de una atención personalizada. En un segundo paso se buscan y reactivan los posibles recursos sociales de la persona afectada (empoderamiento y por lo tanto esperanza), para que se pueda iniciar un retorno a la propia red social. Por lo tanto estas intervenciones inmediatas son, en su mayoría, de corta duración (algunas horas) y siempre con la condición de que haya redes sociales cercanas. Esto no funciona, por supuesto, con turistas, trabajadores extranjeros o invitados, tripulaciones de la aviación o las organizaciones humanitarias que se ven afectadas. La actitud lo más breve posible, el tiempo que sea necesario“(Salmon⁷) es una guía antigua y sensata.

El modelo STOP de la Cruz Roja Norteamericana y el de los 6 A según Perren-Klingler (2005) son simples y útiles para la intervención por pares.

Modelo STOP (en Inglés: Safety, Talk, Organize, Peer):

S = Seguridad

T = Hablar

O = Organizar

P = Par (en el caso de niños deben ser sus padres y - nunca –

psicólogos u otros profesionales)

Los 6 A según Perren-Klingler (en Alemán: Ansprechen, Anrühren, Anschauen lassen, Anhören, Atmen, Aushalten) tienen un orden y secuencia obligatorio Perren-Klingler 2015²²):

Hablar a la persona

Tocar tranquilamente (NO acariciar)

Hacerse mirar (pedir la mirada al frente)

Escuchar

Respirar

Sostener con paciencia y esperanza.

La capacidad de comprensión de los afectados esta disminuida por sus reacciones de estrés. Por esto todas las **intervenciones necesitan ser en pocas palabras, simples y por voluntarios** (no-psicólogos) – formados y/o “pares”. Por la disminución cognitiva de los afectados vale también distribuir un folleto para asegurar la transmisión de las informaciones de base. La actitud de la psicología comunitaria (NATO –OTAN –²³), que no utiliza diagnósticos clínicos optimiza la intervención. Solo de esta manera la connotación „normal y natural“ puede ser creíble y congruente, lo cual es importante porque las personas se experimentan a sí mismas como „loca“, lo que produce distrés adicional.

- **SPS directo, que tiene lugar en los días siguientes hasta** aproximadamente 3 meses después del evento. Una tarea importante de intervención inmediata es señalar el tiempo que lleva hasta que los afectados hayan regresado a un estado de salud aceptable y para proporcionar asistencia posible por este tiempo en un folleto. Son útiles números

telefónicos, notas sobre la autoayuda sencilla y cuando se indica buscar más ayuda. Esto proporciona el empoderamiento y/o un comportamiento adecuado en busca de ayuda. La comprensibilidad y el control también son importantes aquí. Se pueden buscar y encontrar nuevas organizaciones voluntarias u otras instituciones ya existentes que ofrecen sus servicios. Pero siempre sigue siendo importante la actitud salutogénica o la aplicación de los principios de Salomón, lo que significa que todas estas organizaciones tienen un entrenamiento mínimo similar en salutogénesis, intervenciones post - exposicionales psicosociales orientadas a evitar y/o mitigar el daño (Atzenweiler, Schlepütz, esta revista).

- SPS para los afectados y también los intervinientes:

El sostén psicosocial está destinado principalmente a las personas directamente afectadas. Pero puede ser que después de intervenciones difíciles los grupos de servicios de emergencia (policía, bomberos, paramédicos, etc.) necesitan sostén inmediato; hoy en día muchos grupos ya tienen a sus pares, miembros entrenados del mismo equipo; su trabajo es hacer prevención primaria y secundaria, informando con respecto a las reacciones de estrés acumulativo y extremo. También deberían hablar con sus colegas si detectan comportamientos llamativos en sus tratos diarios. Ofrecer apoyo después de tareas difíciles (p.ej. en forma de “defusing” (Perren-Klingler,¹⁸) sacando la presión) y aportar sus conocimientos contribuye a crear un clima de trabajo confiable y cooperativo. Solo de esta manera puede surgir con el tiempo una cultura en la que es parte del trabajo detectar e informar cuándo una tarea ha sido particularmente estresante. Es importante tener pares para este trabajo porque conocen la cultura, el lenguaje adecuado y el umbral para la búsqueda de ayuda (Eisenberg²⁴) disminuye. Vale tener la comprensión de la psicología comunitaria que presta prevención de bajo umbral y con lenguaje sencillo.

- Objetivos del SPS

El objetivo del SPS es que el individuo restaure lo más rápido posible su equilibrio de recursos individuales y comunitarios logrando así un nuevo empoderamiento. De esta forma se puede restablecer una calidad de vida mínima en poco tiempo utilizando los recursos específicos de los respectivos grupos. Son los mejores requisitos para que los afectados puedan salir del caos del evento crítico y puedan participar activamente en la reconstrucción más o menos grande. Así se abrirá el camino para que los afectados aun sufriendo piensen ya en el futuro y experimenten crecimiento. Este “crecimiento postraumático” (Tedeschi y Calhoun⁶) es lo que se ha conceptualizado como sentido en la coherencia de sí mismo de Antonovsky. Incluso las peores experiencias no pueden inhibir el crecimiento de las personas si éstas reciben un apoyo mínimo; es la solidaridad de otros seres humanos, el apoyo mutuo (Kropotkin²⁵), que alivia la sensación de abandono e impotencia y así en algún momento surge nuevamente la gratitud.

Entrenamiento básico en SPS, estándares mínimos.

Una vez que las personas se preparen para intervenir en eventos críticos como pares de Sostén Psico-Social, también deben estar capacitados para su trabajo; la era de la caridad, dirigida por una misión casi religiosa, ha terminado en Europa. Por lo tanto, seleccionando y capacitando personas para intervenciones en SPS hay que respetar diferentes criterios; hay que hacer una distinción entre los diferentes intervinientes: voluntarios formados y capacitados (“pares”, miembros del equipo SPS, CARE, etc.) y profesionales con formación anterior psicológica, de paramédicos, psicólogos de emergencia; los dos grupos tienen funciones importantes en diferentes lugares y en diferentes momentos. Los pares son voluntarios formados y capacitados, i. e., profesionales de diversos orígenes, y por lo tanto su membresía en el equipo no depende principalmente de su actividad profesional sino de su entrenamiento adicional en SPS y su compromiso con un grupo definido. Tiene que ser garantizado su apoyo por profesionales de psicología comunitaria y de emergencia, psicólogos y psiquiatras capacitados para y familiarizados adicionalmente con eventos críticos.

La conexión con la psicología y la psiquiatría clínica solo se necesitara en segundo plano y se derivarían personas solo después de ocho a doce semanas del evento vivido.

Los ministros de emergencias tienen una posición especial: por un lado, están capacitados para asistir específicamente a personas en crisis, pero por otro lado, muchos de ellos carecen de un conocimiento profundo acerca de los procesos neurocognitivos, las bases biológicas y las consecuencias de la respuesta al estrés. Estas bases son centrales y fundamentales en la formación y supervisión de pares.

Requisitos para pares:

-El trabajo del SPS debe ser voluntario, incluso si se enfatiza una y otra vez que los pastores y médicos generales lo hacen porque están disponibles por la noche también; no todos los médicos, pastores, psicólogos, psiquiatras y psicoterapeutas son capaces para el SPS. Además de otros criterios de selección, la voluntariedad es esencial.

- SPS no debe considerarse como un trabajo para ganarse la vida. El reembolso de los gastos, la capacitación y supervisión gratis a pares motivados y psicólogos de emergencia, tiene que ser suficiente. Esto también evita que profesionales desempleados en esta rama puedan especular con el sufrimiento de otros intentando un trabajo remunerado y prestigioso.

- En Europa se solicita una edad mínima y máxima para la mayoría de los cursos de capacitación porque la resistencia al estrés depende también de la edad. En la post-adolescencia uno a menudo está sobre motivado, pero aún no resistente al estrés y sucede algo similar después de cierta edad a pesar de una gran experiencia profesional. Los años entre 28 y 58 son probablemente los mejores para asignaciones exitosas de SPS.

- Una personalidad equilibrada, con una cierta experiencia de vida, experiencias críticas propias superadas e integradas y motivadas a prestar asistencia, disponibilidad y confiabilidad, son cualidades que todos los miembros de una organización SPS deben tener.

Estándares mínimos en la capacitación de SPS

Los estándares mínimos son necesarios para todos los grupos involucrados en SPS, ya sean pares, miembros de CARE -Teams, pastores de emergencia, psicólogos de emergencia o personas de otras organizaciones activamente involucradas. Los estándares mínimos se han desarrollado empíricamente y se basan en las tareas respectivas de los diversos grupos. Es importante distinguir entre conocimiento teórico y habilidad práctica y que hay diferentes requisitos para pares, equipos de CARE, etc. (personas voluntarias para el frente) y los Psicólogos de emergencia“ (psicólogos, médicos y posiblemente consejeros de emergencia entrenados específicamente como apoyo en la retaguardia). En particular, los psicólogos de emergencia tienen la tarea de sostener desde el trasfondo, la calidad del trabajo del SPS a través la capacitación, el apoyo a la formación y la supervisión de los pares.

Contenido teórico para pares

- Salutogénesis (coherencia de sí mismo, Antonovsky, ²⁶); concepto de los recursos (Hobfoll, ⁵) y del crecimiento postraumático (Tedeschi y Calhoun,⁶) .

- Conceptos básicos neurobiológicos del estrés debido a la exposición crítica y reacciones de estrés post-exposicional y el papel de la fisiología como mecanismo de retroalimentación (Selye¹⁵, Porgess¹⁶).

-Diferentes funciones del lenguaje: partes cognitivas, informativas, emocionales. Psicoeducación.

- Función de la autoprotección en los niveles externo e interno (Perren-Klingler, ²²)

- Función de supervisión, intervisión, supervisión del equipo y formación continua. Conceptos básicos para campañas de información entre pares sobre las consecuencias del estrés y cómo lidiar con él.

- Conocimiento de la propia vulnerabilidad, resiliencia y capacidad de recuperación, aceptación de buscar ayuda (“comportamiento de búsqueda de ayuda” Eisenberg ²⁴)

Contenido práctico para pares

- Dominio de las técnicas para mejorar el equilibrio de los recursos y la coherencia de sí mismo.
- Dominio de técnicas (orientadas al cuerpo) para calmar rápidamente la sobreexcitación post-exposicional y /o para influir en la fisiología congelada y hacerla más flexible.
- Dominio de varias técnicas lingüísticas para activar aspectos cognitivos y emocionales iniciando procesos de la coherencia de sí mismo.
- Dominio de las técnicas de defusing y /o desmovilización entre pares, y posiblemente de técnicas de decodificación (debriefing) psicológica Perren-Klingler¹⁸).
- Dominio de técnicas de autoprotección (Perren-Klingler 2015)

Este contenido de técnicas para pares puede aprenderse en un curso introductorio teórico-práctico de aproximadamente 4 días; para tener un control mínimo de las operaciones se necesitan protocolos de las intervenciones enviados al gerente de operaciones de SPS, informes regulares, „actualización anual”(„refreshers“) y capacitación continua. Todo esto garantizara a largo plazo una alta calidad y sostenibilidad en el trabajo de SPS

Contenido teórico para psicólogos de emergencia (PE) formadores

El conocimiento teórico- práctico de los pares también se necesita para los psicólogos de emergencia. Específicamente los psicólogos clínicos tienen que liberarse del enfoque clínico-terapéutico con diagnósticos orientados a la patología hacia un enfoque preventivo. Todos los conceptos para los pares se profundizan de acuerdo con el conocimiento académico para desarrollar.

- Conceptos sobre tipos de prevención, diferentes teorías de la salutogénesis.
- self efficacy”(autoeficacia, Bandura²⁰), estrategias de manejo de recursos(Antonovsky²⁶, Janoff-Bulman²⁷), “learned resourcefulness” (aprender a utilizar sus recursos, Seligmann²⁸) etc.
- Conceptos neurocognitivos sobre adquisición y procesamiento de información, durante eustress (estrés agradable y funcional) y distrés (estrés desagradable y a largo plazo disfuncional),sobre disociación y asociación.
- ¡recursos! y su utilización en el trabajo
- Efecto del lenguaje sobre la cognición y la emoción, técnicas específicas derivadas de esto, comoNET (narrative exposure therapy, Schauer²⁹), defusing, desmovilización, debriefing (decodificación) psicológico para individuos y grupos (Perren-Klingler¹⁸).
- Conocimiento de las necesidades específicas de los diferentes grupos de personas afectadas (adultos, niños, ancianos, migrantes, discapacitados, etc.), sensibilidad cultural, aceptación respetuosa de varias expresiones religiosas / rituales, etc.
- Conocimiento de técnicas en la educación de adultos, sentido y propósito de supervisión individual y de grupo, el concepto de la “contratransferencia“ durante la intervención.
- Conocimiento de autoprotección para uno mismo y los pares

Contenido práctico para psicólogos de emergencia

Es esencial que todos los PE que luego tratarán con los pares tengan experiencia operativa sea como miembro de un equipo de pares de SPS, o como par en una organización operativa. Solo quien sabe cómo van las cosas en el frente, luego puede entrenarse y entrenar a los pares y ofrecer supervisión.

- Todas las técnicas requeridas para los pares deben ser claramente dominadas y probadas en un número mínimo documentado por protocolos y supervisión.
- Tiene que ser entrenada la capacidad para explicar las preocupaciones de prevención primaria y secundaria y llamar la atención, movilizar, motivar y mantener apares para el SPS, etc. La experiencia y capacidad de “ir activamente al frente” (outreach), psicología en comunidades es esencial. Esto significa que uno no espere al paciente en su oficina.
- Dominio de todas las técnicas utilizadas por los pares en el SPS inmediato y apoyo psico-

social post inmediato, defusing, desmovilización, y debriefing psicológico, movilización de los recursos individuales y comunitarios.

- La capacidad y la motivación para capacitar a voluntarios muy dispuestos a asistir personas en situación difícil que parecen “locos“.

Estas habilidades y técnicas deben enseñarse en un curso especial para APSPE de aproximadamente 14 días. Una formación puramente académica no es suficiente. La demostración de la integración de lo aprendido y la capacidad de trabajar en el área del SPS y en equipo deben incluirse en este curso. Se necesitaran súper- e inter-visiones, actualización, lectura de literatura científica y participación en congresos especializados. Solo esto garantiza una buena sustentabilidad.

La supervisión conjunta de PE, pastores de emergencia y pares o equipos de CARE se ha probado fructífera a pesar de inhibiciones iniciales y ha promovido un clima de cooperación, confianza mutua y respeto. Con el tiempo se va a establecer -¡ojala! en Europa un estándar mínimo, generalmente aceptado, para la formación y la educación continua de todos los intervinientes en APS.

Crear Redes

De lo anterior está claro que en términos de capacitación, tareas y funciones, una amplia variedad de profesiones pueden trabajar juntos. Esta multi - profesionalidad e interdisciplina hace atractivo y fascinante el trabajo en APSPE y SPS. La creación de redes interdisciplinarias nacionales e inter-nacionales son una gran ventaja pues ayuda en caso de eventos críticos a movilizar recursos suficientes entre los cantones de Suiza y con sus vecinos limítrofes. La creación de redes a nivel europeo hace crecer una identidad supranacional de los involucrados y sensibiliza tanto para lo propio como para lo extranjero. La creación de redes prepara para intervenciones internacionales útiles y adaptadas, cuando sea necesario. El modelo de los países escandinavos donde, en caso de catástrofe, funciona la fusión de los SPS nacionales dentro de las 24 horas todavía no existe en Europa central. Sin embargo, tales previsiones ya son más que un deseo pues los desastres son a menudo y ya existe la necesidad de unir esfuerzos también en el SPS. Así las naciones afectadas podrán cuidar óptimamente a su población sin abrumar a sus equipos de rescate. Ya solo el cuidado de las minorías lingüísticas con sus necesidades culturales específicas puede garantizarse mejor del país vecino correspondiente que de un equipo nacional.

Redes intercantonales e internacionales permiten la movilización del recurso adecuado y adaptado del conjunto de todos los recursos disponibles.

Es un privilegio para psicólogos / psiquiatras poder colaborar con equipos de SPS y contribuir algo para evitar consecuencias cronicadas post- exposicionales pudiendo realizar prevención secundaria en eventos críticos.

También es un privilegio para las personas de los equipos de pares SPS, conocer profesionales de salud mental, sus formas de intervención y los resultados de las mismas, lo cual favorece la construcción de inter-disciplinarietà en el trabajo de equipo. Solo así ambos grupos pueden aprender el uno del otro, apreciarse y crecer juntos en mutuo respeto.

Perspectivas

El sostén psicosocial, SPS, como parte de la Asistencia Psico Social Para Emergencias, APSPE, que asiste a personas expuestas a eventos inesperados tiene una larga tradición. En la historia se han activado principalmente los representantes religiosos y movilizando recursos que crean sentido. Desde el conocimiento globalizado sobre la comprensión biológica de las consecuencias mentales que acarrear los eventos potencialmente traumáticos, es claro, que los afectados por un lado sufren masivamente y muestran sentimientos y comportamientos perturbadores pero por otro lado, también sabemos que estas personas,

por lo tanto, no necesitan ni tratamiento, ni medicación y/o psicoterapia. Por el contrario: la medicalización (Rossi ³⁰) y el “tratamiento” psicoterapéutico precoz obstaculizan procesos normales de integración. Desde principios del siglo XX, también se sabe que ciertas intervenciones tempranas, con orientación salutogénica y movilización de recursos, hacen más soportable el sufrimiento; promueven el empoderamiento y la autoestima (Mancini ³¹) de las personas que estaban totalmente indefensas y a merced, y dan lugar a una nueva esperanza. Especialmente cuando la reconstrucción a nivel material tarda, el empoderamiento es importante para organizarse, mantenerse activo y mantener viva la esperanza. Esta es la única forma, de superar la mala racha hasta el regreso a la vida normal sin afectar la salud mental, psicósomática y psicosocial.

Si a nivel político no se considera la APSPE “la hoja de higuera” para una mala preparación material en afrontamiento de eventos críticos puede, al menos, brindar a los afectados el apoyo necesario, mejorar su calidad de vida y mantener las puertas abiertas para el crecimiento post - exposicional. Las pérdidas reales serán más soportables y las personas podrán crecer a partir de vivir cosas difíciles críticas y tal vez incluso llegar a ser un poco más sabios.

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. Caplan G. Principles of preventive psychiatry. Basic Books, New York 1964
3. Perren-Klingler G. Hg. Trauma, from individual helplessness to group resources. Paul Haupt, Bern 1998
4. Gschwend G. Trauma-Psychotherapie. Hans Huber, Bern 2004
5. Hobfoll SE. Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. American Psychologist 1989 (44):513–24
6. Tedeschi R, Calhoun L Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence Psychol Inq 1996 15 (1): 1-18
7. Salmon TW War neuroses and their lessons. New York Medical Journal 109: 993–994 1919
8. Shalev AY. Manejo del estrés y sesiones informativas. En: Raphael B, Wilson JP (eds) Interrogatorio psicológico, teoría, práctica y evidencia. Cambridge University Press, 2000
9. Bouchardy C, Raymond L, Levy F, Probst-Hensch N, Tubiana M, de Wolf C. Ist es berechtigt, die Wirksamkeit der mammographischen Früherkennungsuntersuchung in Frage zu stellen? Schweiz. Ärztezeitung 2001 82(13):648–49
10. Engelhardt D von Erklären und Verstehen in der Psychiatrie. Genese und Bedeutung im Kontext der Medizin- und Philosophiegeschichte. ZS für medizinische Ethik 2011 7(2):103 ff
11. Flannery RB Ein Aktionsprogramm für tötlich angegriffenes Psychiatriepersonal. In Perren-Klingler G (Hrsg) Debriefing, erste Hilfe durch das Wort. Paul Haupt, Bern 1999
12. Brian Allen M, Brymer J, et al Perceptions of psychological first aid among providers responding to hurricanes Gustav and Ike. J Trauma Stress 2010, 23(4):509–513
13. Hobfoll SE, Watson PE, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ Perceptions of psychological first aid. Disaster psychology. Practices and programs, vol. 2. Westport, CT, pp 1–12 2007
14. Antonovsky A. Unravelling the mysteries of health: how people manage stress and stay well. Jossey Bass, San Francisco 1987

15. Selye H. Stress and the General Adaptation Syndrome, *Brit. Med. J* 1950 1 (1383 – 1392)
16. Porges SW. *The Polyvagal Theory, neurophysiological Foundations of Emotion, Attachment and Self Regulation*. WW Norton + Company 2011
17. Mollica R F. Assessing symptom change in Southeast Asian refugees, survivors of mass violence and torture *Amer J Psychiatry* 1990; 147:83–88
18. Perren-Klingler G Ed. *Debriefing modelos y aplicaciones: de la historia traumática al relato integrado*. Instituto Psicotrauma Suisse - Suiza 2003
19. Müller-Cyran A. *Krisenintervention im Rettungsdienst*. In: Bengel J (Hrsg.) *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg, S 61–68 2004
20. Bandura A. *Self efficacy, the exercise of control*. W.H. Freeman, New York 1997
21. Sherf S, Schreiber G *Fortgesetzte Raketenangriffe: Erfahrungen des Barzilai Medical Center in Ashkelon /Israel* In Perren-Klingler (Ed) *Psychische Gesundheit und Katastrophe*. Springer, Berlin Heidelberg, S 77 – 85, 2015
22. Perren-Klingler G *Peer Deployment Handbook Prepared for the European External Action Service European Institute of Administration, Maastricht* 200
23. NATO (North Atlantic Treaty Organization, OTAN) *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, June 2008 WP
24. Eisenberg D, Golberstein E, Gollust SE. *Help-seeking and access to mental health care in a university student population*. *Med Care*, 45, 594–601, 2007
25. Kropotkin P (1975) *Gegenseitige Hilfe in der Tier-und Menschenwelt*. Kramer, Berlin; Reprint von 1908
26. Antonovsky A. *The implications of salutogenesis: an outsiders view*. In: Turnbull JP, Behr S, Murphy D et al. (eds) *Cognitive coping, families and disability*. Paul H. Brookes, Baltimore 1993
27. Janoff-Bulman R. *The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions*. In: *Trauma and its wake: Ed Figley Ch. The Study and Treatment of post-traumatic stress disorder 1 :15–35* Raven Press, New York 1985
28. Seligmann MEP. *Learned optimism: how to change your mind and your life*. Random House, New York 1990
29. Schauer M, Ruf-Leuschner M. *Lifeline in der Narrativen Expositionstherapie*. *Psychotherapeut* 2014; 59 (3):226–238
30. Rossi A, Maggio R, Riccardi I, Allegrini F, Stratta P. *A quantitative analysis of antidepressant and antipsychotic prescriptions following an earthquake in Italy*. *J Traum Stress* 2011; (24):129–132
31. Mancini AD, Prati G., Black S. *Self worth mediates the effects of violent loss on PTSD symptoms*. *J Traum Stress* 2011; (24):116–120