



European Network for Psycho-Social Aftercare in Case of Disaster

Programa de Intervención a Grupos Destinatarios
Cuaderno II

Manual para Intervenciones Orientadas a Grupos
Destinatarios en el Contexto de Grandes Daños y
Catástrofes

Claudia Schedlich, Gisela Zurek, Robert Bering



Project co funded by the European Commission –
Grant Agreement N° 07.030601/2006/447903/SUB/A3"



Project Partners are



City of Cologne
Office for international Affaires
The mayor
Stadt Köln (D)



Institute for Clinical Psychology and Psychological Diagnostics
University of Cologne



Centre of Psychotraumatology
Alexianer-Hospital Krefeld



Stichting Impact
Dutch knowledge & advice centre for post-disaster psychosocial care

SEPET+D

Sociedad Española de Psicotraumatología, Estrés Traumático y Disociación
SEPET+D

El Manual para la Intervención Orientada a Grupos Destinatarios para afectados en catástrofes, fué desarrollado en el marco de un proyecto promovido por la Unión Europea „European Guideline for Targetgroup Oriented Psychosocial Aftercare in Cases of Disaster (EUTOPA)“ .

Autores

Psicóloga diplomada. C. Schedlich: científica. trabaja en el Instituto para psicología clínica y diagnóstico psicológico.(IKPPD). Director de la formación para asesores especializados para psicotraumatología DIPT/IKPPD.

Docente privado. Dr. med. Dipl.-Psych. R. Bering; Médico psiquiatra y psicoterapeuta; Médico director en el Centro de Psicotraumatología del Hospital Alexianar de Krefeld.

Psicóloga diplomada. G. Zurek: científica., trabaja en el IKPPD; docente en la formación para asesores especializados en psicotraumatología DIPT/IKPPD

Agradecimientos

EUTOPA fue promovida por la comunidad Europea bajo el Grant Agreement „N⁰ 07030601/2006/447903/SUB/A3“. Agradecemos a los Delegados de Eutopa las valiosas discusiones que han revertido en nuestro trabajo de modificación del TGPI en contextos de grandes daños. Especialmente queremos agradecer a Francisco Orengo y Stepan Vymetal su trabajo fundamental para la segunda parte, con el Tema de la problemática de los puntos de intersección, Vacíos de la Atención y Planteamiento de soluciones en la atención a medio y largo plazo

Dean Ajdukovic, David Alexander, Rosemarie Barwinski, Robert Bering, Roman Birvon, Jonathan Bisson, David Bolton, Gernot Brauchle, Claudia Bredenbeck, Chris Brewin, Bruno Carlos Almeida de Brito, Ranieri Brook Barbieri, Paul Cutajar, Anita Deak, Katherine Deeley, Albert Deistler, Aida Maria dos Santos Dias, Jose Felix Duque, Ask Elklit, Lucy Faulkner, Eva Garossa, George Gawlinski, Oliver Gengenbach, Stelios Georgiades, Berthold Gersons, Annika Gillispie, Irina Gudaviciene, Barabara Juen, Michael Kamp, Zafiria Kollia, Dietmar Kratzer, Nora Lang, Vivienne Lukey, Jana Malikova, Robert Masten, Giulia Marino, José M.O. Mendes, Tiiu Meres, Maureen Mooney, Maria Eugenia Morante Benadero, Josée Netten, Ágatha Niemyjska, Brigit Nooij, Francisco Orengo, Gerry O'Sullivan, Anthony Pemberton, Danila Pennacchi, Delphine Pennewaert, Gerd Puhl, Raija-Leena Punamäki, Ralf Radix, Gavin Rees, Maire Riis, Magda Rooze, Arielle de Ruijter, Salli Saari, Rob Sardemann, Claudia Schedlich, Frederico Galvao da Silva, Erik de Soir, Marc Stein, Gisela Steiner, Sofia Stoimenova, Axel Strang, Jan Swinkels, Lajos Szabó, Dominique Szepielak, Petra Tabelling, Hans te Brake, Graham Turpin, Willy van Halem, Koen van Praet, Jozsef Vegh, Ronald Voorthuis, Stepan Vymetal, Dieter Wagner, Lars Weisaeth, Martin Willems, Richard Williams, Moya Wood - Heath,, William Yule, Bogdan Zawadzki, Gisela Zurek

A la ciudad de Colonia nuestro agradecimiento más grande por su colaboración y la coordinación del Proyecto EUTOPA.

© 2008 Schedlich, Bering, Zurek

La Obra y todas sus partes tienen derechos de autor y están protegidos. Esto es válido también para la reproducción, traducción y la postimpresión, tanto dentro como fuera del sistema electrónico.

Prólogo

El Manual para Intervenciones Orientadas a grupos Destinatarios en el Contexto de Grandes Daños y Catástrofes (cuaderno II) fue promovido y puesto en marcha por la Comunidad Europea en el marco del proyecto „European Guideline for Targetgroup Oriented Psychosocial Aftercare in Cases of Disaster (EUTOPA)“. La cuestión central de este proyecto, es qué medidas de intervención en crisis, demostradas por la investigación actualmente, pueden detener el riesgo a sufrir secuelas psíquicas en condiciones catastróficas. Con esto, el grupo de trabajo representa el enfoque de que utilizar los „Screenings“ para la atención psicosocial, permite la identificación de los supervivientes con alto riesgo de desarrollar un trastorno de estrés crónico. Bajo el término de Screenig entendemos una combinación de diferentes parámetros de recogida de datos, estos incluyen los factores de riesgo para desarrollar un trastorno de estrés postraumático, la determinación de disociaciones peritraumáticas y la evaluación de la intensidad de los síntomas. Con el Screenig no pretendemos un diagnóstico seguro, sino que se trata de una función orientativa, de guía, en el contexto del concepto general de intervenciones dirigidas a grupos destinatarios (ZGI). El ZGI manualiza todos los pasos de la intervención, desde los primeros auxilios psicológicos hasta la psicoterapia indicada in sensu stricto. En nuestros manuales (Cuadernos del I al III) adaptamos el concepto al perfil internacional requerido en circunstancias catastróficas. El cuaderno II incluye los módulos de intervenciones a grupos destinatarios. En el cuaderno III presentamos una forma manualizada de la educación psicológica basada en el trauma. Nuestro concepto se basa en el hecho de que el proceso de orientación e identificación de los grupos de riesgo es eficaz para poner en marcha programas efectivos de intervención. Este concepto lo desarrollamos en el pasado para las diversas tipologías de situación. Con el PLOT y con EUTOPA perseguimos la meta de implantar el concepto en el ámbito europeo mediante la utilización del internet. Para ello hemos creado la página de iternet: www.eutopa-info.eu y www.Plot-info.eu El manual ha sido concebido para los profesionales de la ayuda y su meta será la demostración de las posibilidades y limitaciones del procedimiento.

Bibliografía sobre Intervenciones Orientadas a grupos destinatarios (ZGI)

Las traducciones del manual al inglés, francés, español y alemán las encontrarán bajo
www.eutopa-info.eu

- Bäumker, B. & Bering, R. (2003). Die Debriefingkontroverse: Eine Literaturanalyse zur Effektivität von Kriseninterventionsmaßnahmen. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 13–34).
- Bering, R. (2005). *Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung*. Shaker Verlag: Aachen.
- Bering, R. & Fischer, G. (2005). Kölner Risiko Index (KRI). In B. Strauß & J. Schuhmacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 216–221). Göttingen: Hogrefe.
- Bering, R., Kimmel, E., Grittner, G. & Fischer, G. (2003). Das elektronische Schulungsmanual eReader 3.0 »Behandlung und Prävention von Psychotraumen«. Anwendung neuer Medien zur Vermittlung der Zielgruppenorientierten Intervention in der Bundeswehr. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 118–131).
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Zielgruppenorientierte Intervention. Verfahrensvorschläge zur Reformierung des Truppenpsychologischen Konzepts der Bundeswehr, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2003* (S. 9–131.) München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2004). Target-Group-Intervention-Program: A new approach in the debriefing controversy. *European Trauma Bulletin*, 11(1), 12–14.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2006). Zielgruppenorientierte Intervention zur Prävention von psychischen Langzeitfolgen für Opfer von Terroranschlägen (PLOT). *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 57–75.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2007). Zielgruppenorientierte Intervention zur Vorbeugung von Belastungsstörungen in der hausärztlichen Praxis. In: R. Bering & L. Reddemann (Hrsg.), *Schnittstellen von Medizin und Psychotraumatologie. Jahrbuch Psychotraumatologie 2007*. (S. 51–66). Heidelberg: Asanger.
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003a). Zielgruppenorientierte Soldatenhilfe: Eine Pilotstudie zur Reformierung der Kriseninterventionsmaßnahmen nach Einsätzen der Bundeswehr. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 15–22.
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003b). Psychische Belastung von Soldaten der Bundeswehr nach KFOR und SFOR Einsätzen auf dem Balkan. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 35–87).
- Fischer, G., Bering, R., Hartmann, C. & Schedlich, C. (2000). Prävention und Behandlung von Psychotraumen, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2000* (S. 10–54). München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Schedlich, C., Bering, R., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Maßnahmenkatalog der Zielgruppenorientierten Intervention zur Einsatznachbereitung. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 89–115).
- Schedlich, C., Zurek, G., Kamp, M. & Bering, R. (2008). Adaptation der Zielgruppenorientierten Intervention für die mittel- und langfristige psychosoziale Unterstützung im Katastrophenfall. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 75–90.
- Zurek, G., Schedlich, C. & Bering, R. (2008). Traumabasierte Psychoedukation für Betroffene von Terroranschlägen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 63–74.

Otras informaciones sobre el ZGI en conjunto con asistencia psicosocial de víctimas de atentados terroristas y para soldados en misión en el extranjero encontrarán bajo

www.ikpp-bundeswehr.de

www.plot-info.eu

Contenido

1.	INTRODUCCIÓN	6
2.	MEDIDAS DE INTERVENCIÓN ORIENTADAS A GRUPOS DESTINATARIOS EN EL ÀMBITO DE LA ASISTENCIA PSICOSOCIAL EN SITUACIONES DE GRANDES DAÑOS Y CATÁSTROFES	8
2.1	Medidas independientes el riesgo del ZGI	12
2.1.1	Primeros-auxilios	12
2.1.2	Medidas Psicosociales de Apoyo en la Fase de Impacto Temprana y Posteriormente (Fase B und C)	13
2.1.3	Informacion y Asesoramiento Breve tras el Screening con el Índice de Riesgo de Colonia - Desastres	14
2.1.4	Instrucciones para la auto-ayuda	16
2.2	Medidas de Intervención Orientadas a Grupos Destinatarios Riesgo-dependientes	17
2.2.1	Intervenciones Orientadas a Grupos Destinatarios en el Grupo de Auto-recuperación	17
2.2.2	Intervenciones Orientadas a Grupos Destinatarios en el Grupo de los Cambiantes	18
2.2.3	Intervenciones Orientadas a Grupos Destinatarios en las Personas de Riesgo	18
3.	IMPLEMENTACIÓN ESTRUCTURAL – PLANTEAMIENTOS DEL PROBLEMA Y ENFOQUE DE SOLUCIONES	19
4.	MEDIDAS DE INTERVENCIÓN ORIENTADAS A GRUPOS DESTINATARIOS PARA LA PREVENCIÓN DE SECUELAS PSÍQUICAS A LARGO PLAZO EN AFECTADOS EN CATÁSTROFES	22
5.	BIBLIOGRAFÍA	24

1. Introducción

En las últimas décadas se ha producido internacionalmente un claro aumento del número de catástrofes naturales y situaciones de grandes daños, causados bien, por fallos técnicos o bien, por la violencia terrorista, registrados (p.e. Catástrofes naturales bajo www.emdat.com). Las catástrofes implican una necesidad urgente de cuidados para muchas personas afectadas directa o indirectamente: víctimas, familiares, deudos, testigos, población de la comunidad afectada así como grupos de socorro. Junto con la atención médica de los heridos, en los últimos tres lustros ha venido creciendo en reconocimiento e importancia la atención psicosocial de urgencia y a medio y largo plazo. Para los especialistas, es en la actualidad indiscutible, la necesidad y utilidad de incluir la atención psicosocial de emergencia desde el principio en los cuidados a los afectados. Este tema encuentra cada vez más atención también en los países vecinos.

Según el criterio de definición del grupo de trabajo de Norris (2002) una catástrofe está marcada por tres características importantes (1) un comienzo súbito, (2) una vivencia y confusión colectivas así como (3) una amenaza y destrucción colectiva de grandes dimensiones. Lo que separa a catástrofes de vivencias estresantes permanentes por ejemplo conflictos bélicos (vgl. Pieper, 2005). En una catástrofe

- un número grande de personas está directa o indirectamente afectadas
- la mayoría de las veces es necesaria una atención médica en masa y un

apoyo psicosocial en muchas de estas personas

- hay unas exigencias físicas, psíquicas y sociales muy altas,
- no alcanza con las fuerzas de rescate regionales, tampoco las que llevan la asistencia psicosocial urgente
- están involucradas y coordinados diferentes disciplinas laborales en el apoyo (fuerzas de socorro, médicos de urgencias, bomberos, policía, militares, psicólogos de urgencia, sacerdotes, psicoterapeutas etc).
- es necesaria una gestión central y una estructura organizativa para la atención urgente y la de a medio o largo plazo
- organizar este tipo de asistencia es de una alta complejidad
- La capacidad de suministro a medio y largo plazo está la mayoría de las veces bloqueada a causa de la destrucción de recursos
- la seguridad en torno a la vida no existe incluso regiones enteras están afectadas
- La confianza en los responsables públicos está sometida a prueba y es fácil de perder.

La práctica nos muestra repetidamente qué difícil es la puesta en práctica de los conceptos, estrategias y directrices desarrolladas y no podemos estar preparados para todos los casos. En cada nuevo desastre nos sale al encuentro la imprevisible realidad de lo desconocido. Se precisó de un alto grado de flexibilidad para ajustarse al perfil específico de necesidades de cada caso, a los marcos del atentado terrorista del 11 de septiembre en Nueva York, el atentado terrorista de Madrid en el 2003 y de

Londres en el 2004 de grandes incendios, inundaciones como las del Tsunami en el 2004/2005. Cada suceso desarrolla su propia dinámica y exige de las personas que ayudan un alto grado de compromiso, creatividad, flexibilidad y resistencia. Tras cada catástrofe se han de integrar nuevas experiencias y mejorar y revisar conceptos. "The heterogeneity of traumatic events and their aftermath defies any specific guidelines, and there is a need for flexibility of interventions and adaptations to specific circumstances." (Hobfall et al., 2007, 284)

En el caso grave de una catástrofe, hay que contar con secuelas psíquicas a medio y largo plazo en las personas afectadas, familiares, equipos de socorro. La labor colectiva de los equipos profesionales de ayuda es aliviar este sufrimiento, apoyar a los afectados y ayudarles a regresar a su vida cotidiana. Con el fin de avanzar en este sentido, promueve la Comunidad Europea proyectos de investigación que se ocupan de conceptualizar la asistencia psicosocial urgente y la prevención de secuelas psíquicas a largo plazo en las víctimas de catástrofes. Es necesario un trabajo europeo conjunto más allá de las fronteras de las fronteras.

El proyecto "European Guideline for Target-Group oriented Psychosocial Aftercare in Cases of Disaster - EUTOPA", que fué promovido por la Comunidad Europea con los recursos destinados a Medioambiente, se centró en la mejora de la atención psicosocial urgente en casos de catástrofe, con la ayuda coordinativa del departamento de asuntos internacionales, trabajando en cooperación un conjunto de investigadores inter-

nacionales: el instituto de psicología clínica y diagnóstico psicológico de la Universidad de Colonia (IKPPD), el Centro Psicotraumatología de Krefeld, La Stichting Impact de Amsterdam así como la Sociedad Española de Psicotraumatología y Disociación (SEPET-D) de Madrid.

Los cooperantes persiguen el objetivo de identificar vacíos de la atención en catástrofes, y el avance del desarrollo de los conceptos existentes que se puedan aplicar en los Países Europeos . Si queremos integrar un programa de aplicación útil en los planes de trabajo de la ayuda en catástrofes, hemos de tener en cuenta las normas mínimas de la evolución del proceso de las secuelas producidas por el estrés. Una vez más la cuestión es qué medidas de intervención en crisis, además de medidas de urgencia, y a media y larga duración, según el estándar actual de la investigación, se han demostrado, que pueden frenar el riesgo de las secuelas psíquicas.

Tanto en el concepto como en la revisión empírica de las medidas de atención en crisis, hay una incertidumbre referente a la eficacia y a la orientación (vgl. Bering, 2005; Bering et al., 2006). "No evidence-based consensus has been reached to date with regard to effective interventions for use in the immediate and the mid-term post mass trauma phases." (Gersons & Olf, 2005 in Hobfall et al., 2007, 284) EUTOPA contiene propuestas de procedimientos para optimizar y garantizar la calidad de los procedimientos de intervención tanto en crisis como preventivos

Una contribución del Insitituto de Psicología Clínica y Psicología Diagnóstica de la Universidad de Colonia y el Centro de Psicotraumatología del Hospital Alexianer en Krefeld, es la adaptación de las intervenciones orientadas a grupos destinatarios (ZGI) a la tipología situacional y a la dinámica del proceso para las víctimas de las catástrofes. El ZGI se centró en las medidas individuales de atención a medio y largo plazo y tiene como meta cercana adaptarlo al concepto de intervención temprana. Para una exposición diferenciada del estándar empírico actual en relación con una intervención temprana urgente remitimos al „Multidisciplinary Guideline-Early Interventions after disasters, terrorism and other shocking events“ der niederländischen Projektpartner (Stichting Impact, 2007; www.eutopa-info.eu).

Para la adaptación del ZGI se plantea la pregunta de qué medidas y en qué momento son eficaces en una evolución potencialmente traumática durante y tras una catástrofe. (Fischer & Riedesser, 2003) Es indiscutible que las personas que pasan por una situación amenazadora y perjudicial, necesitan apoyo. El objetivo de unas medidas psicosociales eficientes debe ser minimizar mediante una

prevención secundaria acertada el desarrollo de secuelas de estrés relacionadas con el trauma. En el pasado se dió prioridad a prevenir el trastorno de estrés postraumático y la prevalencia en estos estudios recogidos. Según los conocimientos actuales , las secuelas del estrés después de experiencias potencialmente traumáticas, ganan claramente en complejidad, de tal modo que una focalización empírica del TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO no puede justificar el espectro de secuelas psíquicas debidas al estrés. A los perjuicios psíquicos pertenecen: reacciones de estrés agudas, (ICD: F 43.0), trastornos de adaptación (ICD: F 43.2),, trastornos de estrés postraumáticos así como evoluciones a largo plazo (TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO - ICD-10: F 43.1) y otros tipos de evolución comórbidas(por ejemplo depresiones, angustias, trastornos somáticos, como dependencias).

En el volumen II del Manual se presentan clasificadas las posibilidades de intervención orientadas a grupos destinatarios.

2. Medidas de Intervención Orientadas a Grupos Destinatarios en el Àmbito de la Asistencia Psicosocial en Situaciones de Grandes Daños y Catástrofes

Se entiende el ZGI como un concepto preventivo secundario de la atención psicosocial individual con el objetivo de evitar el desarrollo de trastornos de estrés de larga duración tras un acontecimiento

crítico. La planificación de las estrategias de intervención en el ámbito del ZGI en desgracias, se orienta por el procedimiento desarrollado por Fischer et al. (1999)del ZGI en víctimas de violencia,

accidentes y en soldados del ejército federal (Bering et al., 2003) y será adaptado a las condiciones logísticas y estructurales de una situación de grandes daños. Las diferencias más evidentes entre otros conceptos de la intervención temprana y el concepto de intervención orientada a grupos destinatarios (ZGI) radican en:

1. la identificación precoz de las personas de riesgo a través de un instrumento creado específicamente para ello el Screening (Índice de Riesgo de Colonia- ÍNDICE DE RIESGO DE COLONIA, ver volumen I) y
2. La diferenciación entre medidas de intervención dependientes e independientes del riesgo

El reconocimiento precoz de factores que permiten el avance de secuelas psicotraumatológicas tiene una vital importancia para este concepto. Para una evaluación del riesgo es necesario un cuestionario adecuado, una lista de verificación que tolere interferencias en pronóstico del proceso de asimilación (vgl., Bering et al. 2008, volumen I). Trás la evaluación de cada perfil de riesgo, se pueden recomendar e iniciar intervenciones adaptadas y graduadas individualmente.

El concepto de medidas de intervención graduadas lo llamamos intervenciones orientadas a grupos destinatarios (ZGI) (Bering et al., 2000a; Bering et al. 2001b; Bering et al., 2003; Schedlich et al., 2003). Se hace una distinción entre las medidas que deben ofrecerse independientemente del respectivo nivel de riesgo, de las que serán efectuadas según el perfil de riesgo respectivo.

Suponemos que el reconocimiento temprano de personas de riesgo aplicando el ÍNDICE DE RIESGO DE COLONIA y la adaptación de las medidas de intervención posibilitan una planificación de la intervención, económica y eficaz, que incluso puede asegurar un apoyo óptimo con un gran número de afectados y una reducida capacidad de personal.

Hay que resaltar que las reacciones de personas en situaciones extremadamente estresantes no se deben ver como patológicas o como pre-patológicas. Muchas personas sufren temporalmente reacciones de estrés normales y necesitan prioritariamente apoyo para la recuperación de sus recursos y el retorno a la normalidad y no tanto procedimientos diagnósticos tradicionales y tratamiento clínico. (Hobfall et al., 2007).

La base de la planificación de la intervención para la atención psicosocial individual es:

1. La orientación, al criterio temporal del modelo evolutivo del traumatismo psíquico.
2. La orientación al perfil de riesgo de los afectados a la determinación de riesgo con ÍNDICE DE RIESGO DE COLONIA (vgl. Bering et al., 2008, volumen I)

La delimitación de las fases es problemática en muchas catástrofes y un ataque masivo de heridos por la persistencia de la violencia, el choque sostenido, la falta de asistencia y pérdidas secundarias y es difícil, a menudo, definir la situación urgente de un periodo post-situacional (Hobfall et al., 2007), tanto que las medidas urgentes se pueden superponer con las de plazo mediano.

El perfil de riesgo de desarrollar un trastorno de estrés, puede ser evaluado siempre por la evolución del proceso. Se plantea con ello la pregunta de en qué momento, qué medida de intervención deberá aplicarse para obtener una mayor posibilidad de éxito. Además se plantea la cuestión de qué medidas son apropiadas para los diferentes grupos de contraste. Para responder a ella, deberán ser subdivididos cronológicamente en (grf 1) Fase aguda (A), fase de transición (B) y fase de impacto (C). Además serán subdivididos los componentes de las intervenciones orientadas a grupos destinatarios del plan de trabajo estandar en módulos de intervención dirigidas a grupos destinatarios dependientes e independientes del riesgo (grf 2).

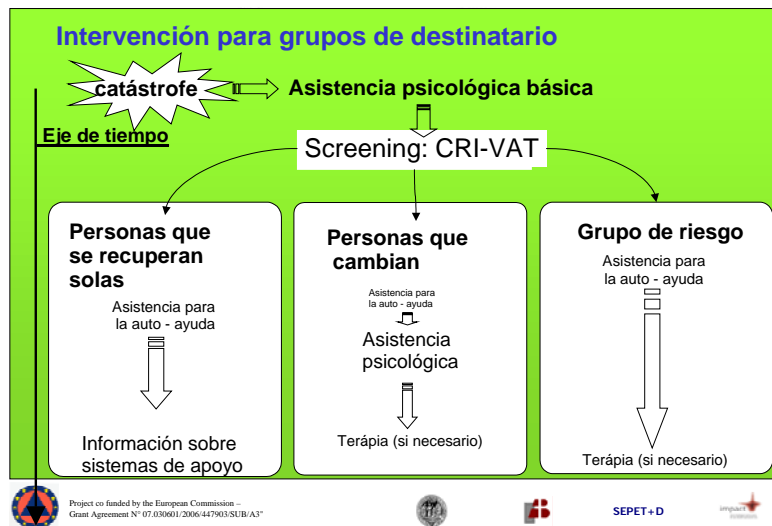
En casos de grandes daños y en catástrofes, hay tres criterios de condiciones que pueden influir en las respectivas planificaciones del trabajo, y que son características para el ZGI:

1. ¿Qué etapa de la evolución recoge la intervención?
2. ¿Bajo que condiciones de la red, se realizará el ZGI?

3. ¿Cuántas personas son afectadas por un suceso crítico?

Justamente el número de afectados y la disponibilidad de ayuda profesional son decisivas para el establecimiento del marco (individual o en grupo) y el alcance de las posibles ofertas de ayuda. El objetivo es que junto con el mejor aprovechamiento de los recursos de personal se ofrezcan las medidas de ayuda más adecuada para evitar las secuelas de larga duración. Así mismo se puede mejorar la atención psicosocial urgente de los grupos de socorro para prevenir las consecuencias psíquicas y mantener la operatividad a largo plazo..

Útil y necesaria es una estrategia de intervención relacionada con los grupos destinatarios para asegurarse en la medida de lo posible de que no sean ni sub ni sobreatendidos los afectados o las fuerzas operativas.



Gráfica 1: Plan de desarrollo estándar de las intervenciones orientadas a grupos destinatarios

La clase de intervención depende de la evolución del proceso. En la fase A la atención urgente ocupa el centro. La fase B describe el periodo de tiempo entre el choque y la fase de impacto temprana. En el centro de la fase B está la psicoeducación y el Screening con el Índice de Riesgo de Colonia. La fase C dirige un plan graduado de intervención según los diferentes grupos, autorecuperables, cambiantes y de riesgo. (Bering et al., 2003)

A las medidas independientes del riesgo pertenecen los primeros auxilios psicológicos (fase A), sólo y cuando ha pasado la fase de choque, se puede seguir con una información orientada a la educación psicológica que entre otros prepare el Screening con el ÍNDICE DE RIESGO DE COLONIA. El comentario sobre los resultados y un asesoramiento breve concluyen en la fase de impacto temprana (B).

A los módulos de intervención riesgo-dependientes pertenecen la vigilancia y el diagnóstico continuado, el asesoramiento individual, el de los allegados y la terapia traumatólogica urgente. En la misma línea se pueden clasificar estas intervenciones de la fase C.. Así mismo se puede orientar el que ayuda en la elección de las intervenciones en el periodo de tiempo y en el perfil de riesgo de los afectados. Debemos separarnos del paradigma somatológico de la medicina de urgencia,

de qué sería posible inferir un diagnóstico en el lugar del accidente. Por ejemplo en los primeros auxilios en el hospital. Mientras que los objetivos en la formación de los médicos de urgencias y cuerpo de enfermeros son, si es posible en el lugar del accidente, identificar e intervenir para salvar vidas, tienen en cambio los terapeutas y el personal de primeros auxilios que observar la evolución general del proceso y procurar evitar una cronificación del trastorno de estrés a través de un proceso de seguimiento. El paradigma somático de la medicina de urgencia, no puede ser aplicado en la misma medida al paradigma psicológico de programas de intervención en crisis.

Seguidamente especificaremos los módulos de intervención de las intervenciones orientadas a grupos destinatarios para caracterizarlas con más precisión.

Las intervenciones en situaciones traumática agudas, en la fase de impacto y en el proceso traumático siguen el epígrafe: tanto como sea necesario, lo menos

Se pueden diferenciar en la planificación de intervenciones, medidas de prevención fundamentales para todos los afectados y medidas graduadas que dependen del perfil de riesgo individual. El contenido básico variará según el punto de intervención por ejemplo si las intervenciones se ofrecen en la fase de

emergencia, la de impacto o en el proceso traumático. La planificación de la intervención en el marco del ZGI que figura a continuación en orden cronológico, en las acciones descritas, dónde tenemos que diferenciar en medidas independientes y dependientes del riesgo.

Medidas de intervención orientadas a grupos destinatarios en los afectados:

Medidas riesgo- independientes	Medidas riesgo-dependientes
<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención de urgencia 2. Atención psíquica de urgencia 4. Información sobre la Psicoeducación 4. Screening con el ÍNDICE DE RIESGO DE COLONIA-D 5. Introducción a la autoayuda 6. Resultados y asesoramiento breve individual 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring 2. Diagnóstico continuado 3. Asesoramiento individual 4. Terapia urgente del trauma (por ejemplo. MPTT) 5. Asesoramiento de los allegados

Grf.2: Medidas riesgo-independientes y riesgo-dependientes en el contexto del ZGI

Antes de realizar intervenciones riesgo independientes graduadas, son válidos independientemente de las condiciones de uso, el punto de intervención y el perfil individual de riesgo junto con la atención médica, medidas básicas relevantes, que deben ser aplicadas en el marco de la prevención secundaria en todos los casos. Los primeros auxilios de los afectados a

través de la seguridades primarias y la atención de emergencia psicológica, y seguidamente, como muy pronto tras la disminución de la fase de choque, la psicoeducación y el Screening con el ÍNDICE DE RIESGO DE COLONIA-Bw, el comentario sobre los resultados el asesoramiento breve y la introducción a la auto-ayuda.

2.1 Medidas independientes el riesgo del ZGI

2.1.1 Primeros-auxilios

En la situación urgente e inmediatamente después se han de aplicar a todos los afectados independientemente de su perfil

de riesgo – Pertenecen a las medidas primarias de atención.

- Atención médica
- Seguridad y protección para los afectados.
- Responsabilidad de gestión en la satisfacción de necesidades primarias (sed, hambre, calor, higiene)
- Alejamiento del lugar del suceso
- Informaciones sobre el estado de los allegados
- Informaciones sobre los ocurrido (factores desencadenantes, dimensiones)
- Facilitar posibilidades de contacto con personas cercanas
- Acompañamiento en la despedida de los fallecidos.
- Informaciones sobre otras ayudas
- Ofrecimiento de entrevistas.

Cuando se trata de hacer frente a grandes daños, la atención médica tiene prioridad, la atención urgente es una parte importante de la asistencia e influye positivamente y de modo duradero en la asimilación de lo vivido. En un primer plano está la recuperación de una relativa seguridad y la asistencia primaria, así como informaciones claras. Otra de las prioridades en esta fase es facilitar la formación de contactos y conexiones

sociales (Hobfall et al., 2007). Una necesidad esencial de las personas es la de información sobre si sus allegados se encuentran bien. La transparencia resulta de gran ayuda así como la justificación y aclaración de (las prácticas médicas, separaciones necesarias de los allegados a causa de las medidas médicas, contactos etc) para prevenir el sentimiento de falta de control sobre lo que les sucede. Las preguntas de los afectados serán contestadas en la medida de lo posible, ya que estos sienten una gran necesidad de información. Estas deben transmitirse de forma clara y concisa, ya que en la fase de choque la capacidad perceptiva está limitada.

La transparencia y el apoyo tranquilizador son asimiladas de forma positiva y estable (Bengel, 2007; Lasogga & Gasch, 2000). Otras medidas como educación psicológica e instrucciones para la auto-ayuda no son indicadas en esta fase temprana y no ofrecen ningún efecto preventivo a largo plazo (vgl. Bäumker & Bering, 2003).

2.1.2 Medidas Psicosociales de Apoyo en la Fase de Impacto Temprana y Posteriormente (Fase B und C)

Al término de la situación aguda, los afectados tienen a menudo y dependiendo de la situación del contexto necesidades que implican tanto la consolidación de su vida cotidiana y sus recursos materiales, como al afianzamiento de la red social.. En este punto es importante dar el asesoramiento y ofrecimiento de apoyo correspondiente (p.e apoyo económico, aclaración de

preguntas legales, búsqueda de desaparecidos) y ayuda en el trato con las autoridades así como la suficiente información sobre todas las posibilidades de ayuda existentes. Según el deterioro del contexto vital, puede necesitarse de este apoyo por un largo periodo de tiempo (de meses hasta años). De este modo necesitan por ejemplo las víctimas de un atentado terrorista a menudo una larga

asistencia jurídica en los procesos contra los culpables. En casos extremos, pueden estos procesos alargarse durante años p. e. Tras el atentado en Bologna 1981. Frecuentemente llevan estos casos asociadas controversias por el pago de las indemnizaciones por ejemplo en las catástrofes técnicas largos procesos de investigación de las causas.

Es preciso igualmente organizar misas funerales, conmemoraciones y asistir eventualmente a los afectados en la organización de un memorial.

Es una meta de la concepción de la atención psicosocial una responsabilidad de gestión sin fisuras tras catástrofes.

Las siguientes medidas de asistencia psicológica presentadas, se centran en sentido estricto en el apoyo individual preventivo secundario para la asimilación de experiencias traumáticas y la reducción de reacciones de carga, así como evitar las secuelas, producidas por el estrés, a largo plazo.

Cuando se va atenuando la reacción de choque pueden aplicarse las primeras medidas psicoeducativas. Si no pudiera ser aplicada una medida temprana de

educación psicológica por razones personales o médicas, esta puede ser ofrecida con posterioridad, en otro momento de la evolución traumática. En el volumen III encontraremos una exposición más detallada del contenido y la aplicación de las medidas psicoeducativas (vgl. Zurek et al., 2008, Band III).

El Screening con el **ÍNDICE DE RIESGO DE COLONIA-D** será aplicado a continuación de la psicoeducación, con él se realizará una evaluación diferenciada del perfil de riesgo individual. Dependiendo de la puntuación en el **ÍNDICE DE RIESGO DE COLONIA** los afectados serán asignados a uno de estos tres grupos: el grupo de los que se auto-recuperan, el grupo de los cambiantes, y el grupo de riesgo. La adjudicación a estos grupos de riesgo de los afectados, basándose en el valor del Índice de Riesgo es el fundamento para las intervenciones orientadas a grupos destinatarios. Los resultados de los formularios serán siempre y exclusivamente comunicados de forma confidencial y personal. Una exposición diferenciada del **ÍNDICE DE RIESGO DE COLONIA** para la utilización en casos de catástrofes se encuentra en el volumen I (vgl. Bering et al. 2008, Band I).

2.1.3 Información y Asesoramiento Breve tras el Screening con el Índice de Riesgo de Colonia - Desastres

Tras el Screening con el **ÍNDICE DE RIESGO DE COLONIA**, que se aplicará de forma ideal como contacto individual en el ámbito de un asesoramiento, será hablado el perfil de riesgo personal y la evaluación pronóstica de cada afectado. Este contacto personal permitirá al asesor

una exploración concisa de los factores de riesgo potenciales y el registro de recursos y necesidades individuales, para el periodo post-expositorio y una primera impresión de estrategias compensatorias del trauma. Según el tiempo disponible, tienen los afectados la posibilidad de

abordar individualmente lo vivido en la experiencia traumática. El asesor debe evitar un ahondamiento emocional en este contexto, intervenir según los recursos y remitir a otros posibles contactos. Aquí es particularmente importante ofrecer las posibilidades de asesoramiento según la demanda, por ejemplo asesoramiento jurídico, ayudas administrativas, asesoramiento especializado en traumas y/o psicoterapia traumática. Se les señalará a los tres grupos, (de auto-curación, cambiante y de riesgo) comportamientos útiles en la fase de impacto por ejemplo hablar con otros sobre la experiencia, darse reposo y retiro, utilizar las redes sociales, acometer actividades físicas razonables, reanudar las actividades cotidianas etc. De gran

utilidad para el proceso natural de auto-curación es proporcionar folletos con instrucciones sobre la auto-ayuda. En el momento de asesorar es importante hablar detalladamente sobre las medidas de apoyo y aclararlas, la transparencia en este campo lleva a alcanzar una compliance mayor.

Al término del procedimiento se les entregará a los afectados individualmente tarjetas de bolsillo con las informaciones esenciales y usted recibirá ofrecimientos de contactos y direcciones a las que podrá acudir en caso de necesidad. Así como los contactos necesarios a los servicios de apoyo profesionales que pueden ser iniciados conjuntamente con los afectados.

Asesoramiento breve para el grupo de auto-recuperación

Al grupo de auto-recuperación se les explica los síntomas de una evolución desfavorable del proceso de asimilación y la posibilidad de apoyo profesional. Se ofrecerá un nuevo contacto en un plazo de 2 a 4 semanas.

Asesoramiento breve para el grupo de los cambiantes

A ellos se les señalará medidas útiles de comportamiento para la fase de impacto por ejemplo hablar con otros sobre sus experiencias, darse reposo y retiro, aprovechar las actividades deportivas etc. Además serán sensibilizados para factores de estrés asociados en la fase de impacto, que pueden favorecer el avance de por ejemplo otras experiencias estresantes, problemas administrativos o sociales, problemas familiares o financieros. Se aclararán los síntomas que pueden llevar a una evolución del proceso de asimilación desfavorable. Se fijará una cita posterior en la fase de impacto.

Asesoramiento breve para el grupo de personas de riesgo

A estas personas se les indicará que a causa de factores biográficos o de situación les puede resultar difícil elaborar la experiencia estresante sin ayuda. A los dos otros grupos anteriores se les señalaron comportamientos útiles en la fase de impacto y las posibilidades de auto-ayuda. Además se concertaron futuras sesiones para una observación continuada del desarrollo evolutivo (por lo menos una a la semana).

Sinopsis de los contenidos del asesoramiento breve

- Notificación del perfil de riesgo individual
- Exploración de recursos y estrategias compensatorias del trauma
- Remisión a los folletos de autoayuda
- Indicación de comportamientos útiles en la fase de impacto
- Sensibilización sobre las formas de desarrollo indeseadas
- Presentación de (parte profesional) ofertas de ayuda y posibilidades de contactos
- Iniciación de contactos de apoyo necesarios (jurídico, ayuda administrativa, económico, terapia post-traumática)

2.1.4 Instrucciones para la auto-ayuda

Una medida más que se puede ofrecer a los tres grupos por igual, es la introducción a la auto-ayuda. A los afectados se les enseñará técnicas para auto-calmarse y para aprender a distanciarse controlando y reduciendo así el material traumático. En estas incluimos para distanciarse (p.e distraerse a través de la informática, mirar, escuchar, sentir) técnicas imaginativas (p.e técnica de flujo, lugar interior seguro, ayudantes interiores) Técnicas de relajamiento e indicaciones a comportamientos reductores de estrés. (Fischer, 2003; Reddemann 2001). Estas técnicas apoyan el proceso natural de asimilación y favorecen el paso a la fase de recuperación. A través de los ejercicios que los afectados realizan experimentan la sensación de que pueden influir en sus emociones y pensamientos. La posibilidad de control cognitivo y emocional es eficaz contra la pérdida de control y el desvalimiento vivido en el trauma. Según la experiencia, los afectados pueden aprovechar las ofertas de las técnicas de forma irregular. Con el fin de que cada uno pueda aprovechar del mejor modo y

elegir la técnica más adecuada es importante ofrecer un amplio espectro de técnicas posibles. Es importante señalar de nuevo la existencia de boletines de auto-ayuda, para suplir las posibles deficiencias causadas por el factor temporal. En estos folletos encontrará el afectado un catálogo completo de ejercicios a realizar y que pueden seleccionar según sus preferencias individuales.

Las técnicas se pueden presentar individualmente o en grupo. Existe el peligro, en las personas de riesgo, de que se desborden emocionalmente con el material traumático, especialmente en ejercicios imaginativos. En el caso de que se ofrezcan técnicas en grupo, deben observarse a las personas de riesgo y con anterioridad y de forma individual haber presentado ya estas técnicas. Es importante, especialmente en los grupos de socorro, incluir ofrecimientos en grupo ya que el apoyo de los colegas refuerza el factor de protección.

2.2 Medidas de Intervención Orientadas a Grupos Destinatarios Riesgo-dependientes

Tras la atención de urgencia, la educación psicológica/información, el Screening, el asesoramiento breve y la introducción a la auto-ayuda se distinguen las medidas de apoyo ofrecidas en dependencia con el perfil de riesgo correspondiente (vgl. grf. 1).

Se puede ofrecer la observación activa y seguimiento, diagnóstico psicotraumático y terapia del trauma.

Observación activa y seguimiento:

El seguimiento activo, puede realizarse en forma de una toma de contacto telefónica o en persona y un interrogatorio posterior. A través del reconocimiento temprano de factores de estrés adicionales, se puede evaluar a tiempo una cronificación de los síntomas y dado el caso iniciarse una terapia.

Diagnóstico:

Para poder evaluar individualmente el proceso de la asimilación del trauma, se utilizan instrumentos de diagnósticos que serán capaces de una respuesta precisa en referencia a la evolución traumática,

así como para encontrar los posibles tratamientos. Un diagnóstico completo debe ser recogido y evaluado exclusivamente por el personal especializado, ya que son imprescindibles conocimientos y experiencia en la disciplina de la traumatología psicológica. Una diagnosis del trauma comprende una anamnesis completa y una serie de procedimientos que proporcionen una descripción general de las dimensiones, de la pretraumatización y la evolución de los síntomas.

Psicoterapia

Para el grupo de riesgo está indicada la psicotraumatología ya en el fase de impacto. En el contexto de la investigación internacional se prefieren las terapias cognitivas-behavioral(Nice-Guideline, 2005, Impact, 2007, Hobfall et al, 2007)y se las elige con frecuencia. Se han recogido así mismo experiencias positivas con procedimientos psicodinámicos (Horowitz, 1976, Fischer, 2000) en especial las que respecta a los trabajos de confrontación con el trauma.

2.2.1 Intervenciones Orientadas a Grupos Destinatarios en el Grupo de Auto-recuperación

Si es asignado un afectado a este grupo, podemos asumir con gran probabilidad que este no desarrollará una sintomática de secuelas de largo plazo, incluso aunque en la evolución natural del proceso de asimilación aparezcan inicialmente síntomas como comportamientos de evitación o intrusiones. Para este grupo podemos ofrecer suficientes medidas para el apoyo del proceso de

asimilación. Es de gran ayuda sensibilizar a los afectados sobre las posibles evoluciones patógenas e indicar las ofertas de apoyo. Puede organizarse una cita tras dos o tres semanas – en persona o telefónicamente -. Para formas de evolución indeseadas y cargas añadidas se pueden intentar otras medidas de apoyo.

2.2.2 Intervenciones Orientadas a Grupos Destinatarios en el Grupo de los Cambiantes

Los afectados que se pueden clasificar en este grupo tienen el riesgo de una evolución cronicada, cuando tras el suceso se añaden otras cargas como la falta de apoyo social, acusaciones injustificadas, litigios, o nuevos traumatismos. Por esta razón, los afectados necesitan de una asistencia completa, que abarque observación y seguimientos activos. El contacto directo en el periodo del impacto traumático y más adelante, posibilita la evaluación de eventuales aumentos del riesgo. Asesoramientos o terapias agudas se pueden ofrecer tempranamente en evoluciones progresivas. Debe concertarse una toma de contacto regular, en las semanas o meses posteriores al suceso ya sea telefónicamente o en persona, a través de un asesor especializado en traumatología psicológica o un psicoterapeuta profesional. La toma de contacto es realizada siempre por el consultor del afectado u otro profesional de confianza, ya que este contacto personal permite evitar las tendencias de evitación inmanentes al trauma, con desarrollos depresivos, con negación y banalización. Es adecuado concertar citas concretas, en persona o telefónicamente, esto transmite seguridad y puede ser un anclaje psíquico para los afectados. En el caso de que algunas de

estas citas no sean atendidas, es responsabilidad de la persona de referencia, aclarar las razones por las que la cita no fue tomada en cuenta. Sólo así pueden reconocerse las tendencias patológicas de negación e intentos de retirada y ser atajados oportunamente.

La frecuencia de los contactos varía según la evaluación del riesgo, para una evolución progresiva es indicado que aumenten los contactos en relación con el peligro del afectado. Así debería bastar una cita al mes en personas con buenos recursos intra-psíquicos y sociales, en personas más expuestas deben realizarse citas cada dos semanas.

„En el caso de que la evolución se incline hacia una cronicación, a causa de condiciones de vida estresantes o la falta de recursos sociales o intrapersonales, será necesario continuar con las medidas. Un diagnóstico clínico diferenciado puede aclarar si se trata de un TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO o de otros trastornos psicósomáticos. Para evitar una cronicación es recomendable en cada caso una terapia de emergencia, es razonable implicar a los allegados en el asesoramiento y la terapia, para reforzar los factores de protección –el apoyo social-.

2.2.3 Intervenciones Orientadas a Grupos Destinatarios en las Personas de Riesgo

Si las personas son asignadas al grupo de riesgo, deben ser iniciadas directamente en las medidas siguientes. Las personas de riesgo deben recibir apoyo de médicos y psicoterapeutas. Junto a un diagnóstico

psicotraumatológico fundado, se ha de ofrecer un asesoramiento individual completo, concertado en varias sesiones. En la fase aguda o en fases de impacto tempranas hay que fortalecer los recursos

y la capacidad de distanciamiento de los contenidos traumáticos. Los mecanismos individuales compensatorios del trauma serán investigados y reforzados y se ofrecerán técnicas que potencien la

estabilidad personal. En una evolución del trauma posterior, se aplicará una terapia urgente focal con elementos exploratorios del trauma.

3. Implementación estructural – planteamientos del problema y enfoque de soluciones

El proyecto EUTOPA se centra en el apoyo de víctimas, allegados y deudos de las catástrofes así como de formar a las organizaciones de ayuda que participan directamente y a largo plazo en la atención de las víctimas. De acuerdo a los resultados para la psicotraumatología especial, las medidas de intervenciones orientadas a grupos destinatarios graduadas del proyecto EUTOPA deben adaptarse a los requisitos especiales de los grupos destinatarios, considerando las posibilidades de atención en los países europeos. La EU pretende optimizar las medidas de las organizaciones de ayuda involucrada en toda Europa, con un aumento de transparencia. Para garantizar una atención bien fundamentada a los afectados, es necesaria una amplia formación de los grupos de trabajo involucrados.

El punto esencial del trabajo de los socios alemanes en el proyecto EUTOPA apunta a mejorar la atención a medio y largo plazo de los afectados en catástrofes, de una manera que permita también en los casos de grandes daños asistir a los afectados de una manera oportuna, adecuada y eficiente. A esto se refiere principalmente nuestra contribución, sobre todo a las intervenciones individuales continuadas, como el Screening, la psicoeducación, la introducción a la autoayuda, el asesoramiento orientado a la

demanda, así como el asesoramiento especializado psicotraumatológico y la psicoterapia.

A la cuestión de la implementación de medidas en conexión con la fase aguda, las reflexiones sobre la participación estructural de la relevancia de la atención a medio y largo plazo y una problemática fundamental en la atención de afectados, habrá de ser discutida: la recurrente problemática del punto de intersección y de la necesidad de la mejora del paso de una atención de urgencia a otra a medio y largo plazo.

La experiencia nos muestra que en una situación de grandes daños a menudo afluye una gran cantidad de personal de ayuda al lugar del suceso y ofrece apoyo psíquico a los afectados. Por lo tanto en una experiencia directa, se ofrece apoyo psíquico (sin juzgar su calidad) incluso de forma desproporcionada. Frecuentemente resulta una tarea difícil la coordinación de los grupos de socorro, la integración útil de estos en las estructuras de seguridad existentes, el trabajo interdisciplinario conjunto y de las organizaciones de ayuda así como el tránsito a la atención continuada. Por esta razón, un grupo de trabajo, se centró en la conferencia de expertos (dirección: Orengo, Schedlich, Vymetal) en la problemática de los puntos de intersección y en el planteamiento de

soluciones. Las consecuencias de una falta de coordinación e integración de los diferentes grupos de trabajo y las redes

estructurales, se pueden resumir, según el criterio de los expertos como sigue:

- Sobreoferta y con ella sobrecarga de los afectados en el lugar de los hechos
 - Disminución de la tolerancia al apoyo psicosocial en los afectados, los servicios de socorro y la población.
 - Falta de atención o vacíos problemáticos en la atención de los afectados por falta de coordinación de los recursos, por culpa de una escasa comunicación y una falta de conocimiento e integración en las estructuras de seguridad.
 - Inseguridad, abandono y rabia en los afectados –la vivencia de una renovada falta de control.
 - Pérdida de la confianza en las instancias políticas.
- (Resultados del primer taller de trabajo en Colonia en noviembre del 2007; Orengo, Schedlich, Vymetal, www.eutopa-info.eu)

Reflexiones esturcturales urgentes deben ir al frente para la integración y coordinación de una atención de emergencia psicosocial, para garantizar una atención diferenciada orientada a la demanda y sin fisuras de los afectados.

La atención de emergencia psicosocial (PSNV) es la estructura completa preventiva así cómo las medidas psicosociales de atención a medio y largo plazo en el contexto de emergencias estresantes por ejemplo situaciones de movilización. PSNV abarca tanto la oferta (p.e, de atención de las fuerzas de socorro, sacerdotes, intervenciones en crisis, primeros auxilios psíquicos, asesoramiento, terapia etc) así como los proveedores, oferentes, cuyas formas de organización y estructuras, así como las reglas legales en cada uno del los diferentes países. Los objetivos primordiales de la atención psicosocial de emergencia son:

- La disposición de apoyo adecuado y ayuda para las personas afectadas y grupos para la asimilación de la experiencia

- La prevención e identificación precoz de secuelas psicosociales tras las emergencias así como

- El tratamiento adecuado de las secuelas del trauma y las molestias psíquicas de las fuerzas de socorro con relación a la misión (vgl. Helmerichs, 2007)

Para el apoyo en el tránsito de la atención de emergencia a la de medio plazo, es de gran ayuda la entrega inmediata de información impresa in situ, así como el ofrecimiento de contacto con personas de las que se tenía la dirección para un posterior contacto. Una posible solución para mejorar la oferta a medio y largo plazo, es la instalación de una oficina de coordinación central, con una tarea prioritaria orientada a la red esta solución es apoyada por muchos expertos de diferentes países europeos. Da cobertura completa y deben ser registrados especialmente ofertas de estructuras especialmente cualificadas a las que se pueda dar salida rápidamente. El establecimiento de una oficina de

coordinación entra dentro de los preparativos en caso de emergencia y deben estar incluidas las consideraciones conceptuales. A nivel europeo deben ser identificados puntos de intersección para mejorar y hacer llegar los recursos disponibles en la atención en situaciones de grandes pérdidas más allá de cualquier frontera europea .

En caso de catástrofe se deberán establecer velozmente, los puntos de partida regionales para la población, donde los afectados puedan recibir apoyo e informaciones sobre otras ayudas con celeridad. Los puntos de partida regionales y la oficina central de coordinación deberán estar vinculados estrechamente, para aprovechar de la mejor manera los recursos disponibles. Es fundamental que junto con la información a los afectados en el lugar de los hechos sobre otras ayudas, la cobertura informativa completa posterior sobre los medios, sobre los contactos y posibilidades de atención, sólo así se puede garantizar que estas informaciones alcancen a todos los potenciales afectados (p.e. las personas ilesas que abandonaron rápidamente el lugar del suceso y no están registradas). En el caso ideal deberá haber personal multidisciplinario especializado (consejeros para lo legal, social y cuestiones financieras, especialistas en psicotraumatología y psicoterapeutas), para satisfacer las complejas necesidades de los afectados.

Para mejorar el trabajo conjunto, la coordinación e integración de las organizaciones de ayuda estatales y no estatales, deberán reunirse regularmente los grupos de trabajo con los representantes de las organizaciones implicadas, tanto a nivel nacional como europeo.

Un componente esencial que garantiza la calidad en la atención psicosocial de emergencia en casos de catástrofes es el desarrollo estándar mínimo para formar a los grupos de trabajo implicados. Esto va desde la cualificación psicosocial de los grupos de socorro, la ayuda de emergencia (p.e sacerdotes de emergencia, psicólogos, grupos de intervención en crisis), El personal en las líneas directas a los ciudadanos hasta asesores especialistas en psicotraumatología y los terapeutas psicotraumatológicos. Es necesaria una cualificación complementaria para especialistas y consultores respectivamente, para psicotraumatología. El diagnóstico clínico en el caso de las personas pertenecientes al grupo de los cambiantes o las personas incluidas en el grupo de riesgo y la terapia psicotraumática solo podrá realizarse por psicólogos clínicos y médicos especializados (vgl. auch Blank und Helmerichs, 2008)

Medidas para la mejora estructural de la atención psicosocial a medio y largo plazo en casos de catástrofes

- Establecimiento de una oficina de coordinación central en los países correspondientes, con tarea prioritaria orientada a la red y registro de ofrecimiento de ayuda cualificada, también para la atención a medio y largo plazo.
- **Creación de puntos de partida regionales para la población con la disposición de ofertas de ayuda multidisciplinarias que se puedan mantener y conservar por un periodo mínimo de un año**
- Informaciones repetidas sobre las posibilidades de contacto y ayuda a través de los Medios
- Utilización de portales de internet para facilitar la información
- Encuentros regulares de los grupos de trabajo con los representantes de las organizaciones involucradas para mejorar la cooperación y coordinación diferenciación de tareas y sincronización de recursos.
- **Desarrollo de un estándar mínimo para la formación cualificada de grupos de trabajo implicados, graduados según el perfil de demanda.**
- Posible aclaración previa a las diversas formas de asumir los costes, a través de la comunidad, autonomías etc.

4. Medidas de Intervención Orientadas a Grupos Destinatarios para la Prevención de Secuelas Psíquicas a Largo plazo en Afectados en Catástrofes

Refiriendonos a las reflexiones estructurales de la mejora de la transición de una atención de urgencia a una a medio plazo y las medidas del ZGI según la corriente de Hobfall et al. (2007) podemos resumir que: Especialmente en el marco de las medidas psicoeducativas, la información completa sobre la situación del proceso traumático, así como las posibilidades de ayuda continua, fortalecen la sensación de relativa seguridad, promueve las competencias compensatorias del trauma así como las operaciones de control cognitivo y con ello la calma y la auto-eficacia. También la

introducción a la auto-ayuda se dirige a aumentar la auto-eficacia. Tanto un asesoramiento especializado orientado psicodinamicamente como una terapia psicotraumática se dirigen a fortalecer el esquema compensatorio del trauma y a operaciones de control y a diferenciar la discrepancia de experimentar la amenaza vivida y las posibilidades de hacerla frente así como el significado personal de los vivido. La disposición de ayuda continua, contienen un principio eficaz comprobado junto con la apreciación de la experiencia, también una oferta social de posibilidades de toma de contacto y participación social

y una terapia psicotraumática. Así podían relativizar la indefensión y la pérdida de control vivido, reforzar la autovalidez y contrarrestar el aislamiento sentido. La imagen de uno mismo y del entorno pueden ser modificadas adecuadamente en el proceso de asimilación.

Precisamente procesos de integración de la imagen modificada de sí mismos y del entorno, la vuelta a la acción y libertad de experiencias, la vivencia de compañía y apoyos institucionales, reconstruye la orientación y la esperanza en el futuro.

5. Bibliografía

- Baum, A., Solomon, S. D., Ursano, R. J., Bickman, E., Blanchard, E., Green, B. L., Keane, T. M., Laufer, R., Norris, F., Reid, J., Smith, E. M., & Steinglass, P. (1993). Emergency/disaster studies. Practical conceptual and methodological issues. In J. P. Wilson, & B. Raphael (Hrsg.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (S. 125–133). New York: Plenum Press.
- Bäumker, B. & Bering, R. (2003). Die Debriefingkontroverse: Eine Literaturanalyse zur Effektivität von Índice de riesgo de Coloniaseninterventionsmaßnahmen, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2003* (S. 13–34). München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bengel, J. (2007). *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. Springer
- Bering, R., Schedlich, C., Hartmann, C., Grittner, G., Zurek, G., Kimmel, E. & Fischer, G. (2000). *Schulungsmanual „Prävention und Behandlung von Psychotraumen“*. Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität zu Köln, Philosophische Fakultät.
- Bering, R., Schedlich, C., Hartmann, C., Grittner, G., Zurek, G., Kimmel, E. & Fischer, G. (2001). *Elektronisches Schulungsmanual eReader 2.0 „Prävention und Behandlung von Psychotraumen“*. Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität zu Köln, Philosophische Fakultät.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G., & Fischer, G. (2003). Zielgruppenorientierte Intervention. Verfahrensvorschläge zur Reformierung des Truppenpsychologischen Konzepts der Bundeswehr, *Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2003* (S. 9–131). München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering, R. (2005). *Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung*. Shaker Verlag: Aachen.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek G. & Fischer, G. (2006). Zielgruppenorientierte Intervention zur Prävention von psychischen Langzeitfolgen für Opfer von Terroranschlägen (PLOT). *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 57–75.
- Bering, R., Schedlich C., Zurek, G., Kamp, M., Grittner, G. & Fischer, G. (2007). *Prävention psychischer Langzeitfolgen für Opfer von Terroranschlägen und deren Angehörige. Manual zur Zielgruppenorientierten Intervention*. Verfügbar unter: www.plot-info.eu
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2007). Zielgruppenorientierte Intervention zur Prävention psychischer Langzeitfolgen in der Allgemeinmedizinischen Grundversorgung. In: R. Bering & L. Reddemann (Hrsg.) *Jahrbuch Psychotraumatologie 2007*. Heidelberg: Asanger.
- Blank, V. & Helmerichs, J. (2008). *Konsensus-Konferenz 2008: Qualitätsstandards und Leitlinien zur Psychosozialen Notfallversorgung in der Gefahrenabwehr in Deutschland*. Unveröffentlichtes Manuskript. Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe.
- Brockhaus, G. (2002). Die Reparatur der Ohnmacht. Zur Psychologie der politischen Reaktionen auf den 11. September 2001. *Politische Studien*, 53386, 42–60.
- Fischer, G., Becker-Fischer, M., & Düchting, C. (1999). *Neue Wege in der Opferhilfe. Ergebnisse und Verfahrensvorschläge aus dem Kölner Opferhilfe-Modell (KOM)*. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.

- Fischer, G. (2000). *Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie - MPTT. Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen*. Heidelberg: Asanger.
- Fischer, G., & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (3. Aufl.). München: Reinhardt.
- Fischer, G. (2003). *Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen*. Düsseldorf: Walther.
- Fullerton, C. S., Ursano, R. J. & Wang, L. (2004). Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *American Journal of Psychiatry*, 161 (8), 1370–1376.
- Helmerichs, J. (2007). Psychosoziale Notfallversorgung im Großschadensfall und bei Katastrophen. In F. Lassoga & B. Gasch (Hrsg.), *Notfallpsychologie* (S. 371–389). Berlin: Springer.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., Friedman, M., Gersons, P. R., de Jong, J. T. V. M., Layne, C. M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A. E., Pynoos, R. S., Reissman, D., Ruzek, J. I., Shalev, A. Y., Solomon, Z., Steinberg, A. M. & Ursano, R. J. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry* 70 (4), 283–315.
- Impact, Dutch knowledge & advice centre for post-disaster psychosocial care. (Hrsg.). (2007). *Multidisciplinary Guideline Early psychosocial interventions after disasters, terrorism and other shocking events*. Verfügbar unter <http://www.impact-kenniscentrum.nl>.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: Free Press.
- Kaiser, C. R., Vick, S. B. & Major, B. (2004). A Prospective Investigation of the Relationship Between Just-World-Beliefs and the Desire for Revenge After September 11, 2001. *Psychological Science*, 15 (7), 503–505.
- Lasogga, F. & Gasch, B. (2007). *Notfallpsychologie*. Springer, Heidelberg
- McFarlane, A. C. (1993). Posttraumatic Stress Disorder Among Injured Survivors of a Terrorist Attack: Predictive Value of Early Intrusion and Avoidance Symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (9), 599–600.
- Melik, M. (1978). Live changes and illness: Illness behaviors of males in the recovery period of a natural disaster. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 335–342.
- National Collaborating Centre for Mental Health, London (2005). Clinical Guideline 26 - Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. Verfügbar unter: <http://www.nice.org.uk/CG026NICEguideline>.
- Norris, F. H., Friedmann, M. J. & Watson, P. J. (2002). 60.000 Disaster Victims speak. Part II. Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry*, 65 (3), 240–260.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., Byrne, C. M., Diaz, E & Kaniasty, K. (2002). 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65 (3), 207–239.
- Philbrick, K.-E. (2003). Emotional Distress in Emergency Service Workers Following a Terrorist Attack: A Test of Model. *Humanities and Social Sciences*, 63 (7A), 2459.
- Pieper, G. (2005). *Hilfen für Opfer von Katastrophen und gezielter Gewalt. Ein Konzept zur Psychotraumatologischen Versorgung*. Unveröffentlichte Dissertation. Albert-Ludwig-Universität, Freiburg.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett Cotta.

- Schedlich, C., Bering, R., Zurek, G., Fischer, G. (2003). Maßnahmenkatalog der Zielgruppenorientierten Intervention zur Einsatznachbereitung. In Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G., & Fischer, G. (2003, S. 89-115).
- Schützwohl, M. (2000). Frühintervention nach traumatischen Erfahrungen: ein Überblick über Maßnahmen und deren Wirksamkeit. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 68 (9), 423–430.
- Shapiro, E. R. (2002). Family Bereavement After Collective Trauma: Private Suffering, Public Meanings, and Cultural Contexts. *Journal of Systemic Therapies*, 21 (3), 81–82.
- Torabi, M. R. & Seo, D.-C. (2004). National Study of Behavioral and Life Changes Since September 11. *Health-Education-and-Behavior*, 31 (2), 179–192.
- Ursano, R. J., Fullerton, C. S. & Norwood, A. E. (Hrsg.) (2003). *Terrorism and Disaster: Individual and Community Mental Health Interventions*. New York: University Press.