

2016

# Intervención Psicosocial en Crisis y Emergencias



**M. Ainhoa Hernández García**

Facultad de Ciencias de la Salud,  
Sección Psicología, Universidad de La  
Laguna

13/06/2016

## ABSTRACT

---

Crisis and emergencies have an important impact not only physically but psychologically as well in victims and their community since they bring to the spotlight the vulnerabilities that normally go unnoticed to the individuals themselves. Hence, and due to the great amount of disasters both of natural or human origin, registered throughout the last years, it is especially relevant to approach and design specific psychosocial interventions destined to diminish the psychological impact and prevent the development of future psychopathologies.

To achieve this goal, the following intervention programme has been designed based on empirically supported variable's modification – such as perceived social support or self-efficacy - that have been proved to be involved on the development of a certain psychopathology product of stress exposure.

Key words: *psychosocial intervention, crisis, emergency, social support, self-efficacy*

## RESUMEN

---

Las crisis y emergencias tienen un importante impacto, no sólo a nivel físico sino también psicológico, en las víctimas y la comunidad a la que pertenecen pues ponen de manifiesto las vulnerabilidades que en un principio pueden pasar inadvertidas por los propios individuos. Por esto, y por la gran cantidad de desastres tanto de origen natural como humano que se han producido a lo largo de los últimos años, resulta especialmente relevante el planteamiento y diseño de una intervención psicosocial capaz de amortiguar el impacto psicológico y prevenir el desarrollo de futuras psicopatologías.

Con este objetivo se ha diseñado el programa de intervención en crisis y emergencias que a continuación se presenta, basado en la modificación de variables – como el apoyo social o la autoeficacia – que han demostrado empíricamente su influencia sobre el desarrollo de una psicopatología producto de la exposición al estrés.

Palabras clave: *intervención psicosocial, crisis, emergencia, apoyo social, autoeficacia*

# ÍNDICE

---

<b>1. Marco Teórico</b>	<b>(pág. 3)</b>
1.1. Relevancia social y psicológica	(pág. 3)
1.2. Estado actual de conocimiento sobre el tema	(pág. 4)
1.3. Antecedentes específicos y planteamiento de los objetivos del proyecto	(pág. 9)
<b>2. Método</b>	<b>(pág. 10)</b>
2.1. Participantes	(pág. 10)
2.2. Organización	(pág. 11)
2.3. Instrumentos y materiales	(pág. 11)
2.4. Diseño de Evaluación	(pág. 12)
2.5. Programa de Intervención	(pág. 13)
2.5.1. Intervención Inmediata	(pág. 14)
2.5.2. Intervención Temprana	(pág. 14)
2.5.3. Sesión 1 - Efectos del Estrés	(pág. 14)
2.5.4. Sesión 2 - Atribuciones y creencias irracionales	(pág. 15)
2.5.5. Sesión 3 - Afrontamiento del estrés	(pág. 15)
2.5.6. Sesión 4 - Activación y participación	(pág. 16)
2.5.7. Sesión 5 - Consolidación	(pág. 16)
<b>3. Resultados Previstos</b>	<b>(pág. 17)</b>
<b>4. Presupuesto</b>	<b>(pág. 17)</b>
<b>5. Referencias</b>	<b>(pág. 17)</b>

## 1. Marco Teórico

El concepto de *crisis* es definido por la Real Academia Española como un cambio profundo y de consecuencias importantes en un proceso o en una situación, o en la manera en que son apreciados.

Del mismo modo, entendemos por *emergencia* cualquier suceso que acontece de forma imprevista capaz de afectar el funcionamiento cotidiano de una comunidad, pudiendo generar víctimas o daños materiales, afectando a la estructura social y económica de la comunidad involucrada, pero que no excede la capacidad de respuesta de los organismos de la localidad. Estas suelen entenderse como la consecuencia de un *desastre*, el cual se define como un hecho natural o provocado por la acción humana que afecta negativamente a la vida y las fuentes de recursos y que conduce a cambios permanentes en la sociedad y en los ecosistemas afectados.

Y a su vez, una *catástrofe* es un suceso de consecuencias desastrosas y que por tanto altera el orden natural provocando múltiples daños, tanto personales como materiales, y que puede ser de origen natural o humano.

Todos ellos son potencialmente capaces de transformarse en un *hecho traumático* que se define como un acontecimiento negativo intenso que surge de forma brusca, que resulta inesperado e incontrolable y que, al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona que se muestra incapaz de afrontarlo, tiene consecuencias dramáticas para la víctima, especialmente de terror e indefensión (Echeburúa, Corral y Amor, 2007).

### 1.1. Relevancia social y psicológica

Como se apunta en la propia definición del término, una crisis “constituye un cambio profundo y de consecuencias importantes”, algo que a lo largo de la vida de una persona puede ocurrir varias veces de forma natural y esperada. Estas son las llamadas crisis evolutivas – como la adolescencia o la jubilación – a las que todo ser humano debe hacer frente al menos una vez en la vida y para las cuales nos preparamos con antelación. Por ejemplo, enseñamos a los niños cuales son los cambios que sufrirán cuando comiencen la pubertad y les educamos en afectividad y sexualidad para asegurar una mejor adaptación. Y sin embargo, a pesar de tratarse de una crisis, en la gran mayoría de los casos no genera ningún tipo de trauma en el individuo, sino al contrario, resulta generalmente adaptativo.

Pero no todas las crisis son crisis evolutivas. Existe otro tipo de crisis, conocidas como crisis circunstanciales, que son inesperadas y para las cuales no estamos preparados en la mayoría de los casos. Una crisis de este tipo puede darse a raíz de distintos tipos de acontecimientos, tanto naturales – como un incendio forestal o una inundación – como de origen humano – como un accidente de tráfico o un desplazamiento forzado –.

A lo largo del año 2013 se registraron un total de 315 desastres naturales en todo el mundo, que afectaron a más de 95 millones de personas y causaron daños que superan los 115 billones de dólares. Aunque la mayor parte de estos desastres ocurrieron en distintas zonas a Asia – 104 en total – y en países no desarrollados o en vías de desarrollo, existe también un importante porcentaje de ocurrencia en países industrializados como China y Japón así como en otros continentes como Europa – que

registró un total de 43 desastres ese año – América – con un total de 64 – y África – con 45, superando ligeramente el número de desastres acaecidos en Europa –.

En cuanto a las crisis de origen humano, solo en España en 2014 se registraron un total de 12.033 accidentes de tráfico con al menos una víctima peatón, de los cuales 263 fueron mortales, constituyendo esta una de las primeras causas de muerte especialmente entre la población joven.

A mayor escala, según datos publicados por ACNUR en 2014, actualmente hay 13 conflictos armados activos en el mundo, concentrándose la mayoría en los continentes asiático – Gaza, Irak, Siria, Yemen, Afganistán y Pakistán – y africano – República Centroafricana, Sudán del Sur, Mali, Somalia, República Democrática del Congo y Nigeria –. A raíz de estos conflictos existen en la actualidad un total de 59.5 millones de desplazados forzados en el mundo, de los cuales solo 126.800 han retornado a sus países de origen.

Asimismo, en los últimos 10 años, alrededor de 900.000 refugiados han llegado a países industrializados a través de programas de reasentamiento. Sin embargo, estos no han sido incluidos en las últimas estadísticas de refugiados ya que han encontrado una solución semipermanente.

Desgraciadamente, también el número total de incidentes relacionados con el terrorismo ha aumentado dramáticamente en los últimos años, registrándose entre 2013 y 2014 un aumento del 80% - el mayor aumento registrado hasta la fecha según los datos de los que dispone *Global Terrorism Database*, que se remontan a 1970 –.

Las crisis y emergencias suponen muchas veces una amenaza para la vida y trastocan el sistema básico de creencias, perdiéndose la percepción de control sobre los acontecimientos cotidianos, así como la creencia de que el mundo es un lugar seguro y justo (Janoff-Bulman, 1992).

Sin lugar a dudas podemos esperar que eventos de estas características sean generadores de efectos psicopatológicos tanto en los primeros momentos tras la crisis como a medio y largo plazo. Así, durante los primeros días o el primer mes posterior a la crisis son comunes las reacciones emocionales agudas mientras que a partir del primer mes se produce un deterioro en la salud tanto a nivel físico como mental y en el bienestar psicosocial mostrándose tendencia hacia la cronificación de los síntomas.

Entre las reacciones emocionales más frecuentes se encuentran el estado de shock, indefensión, desesperanza, ira e irritabilidad, terror, síntomas disociativos, culpabilidad, tristeza entre otras, mientras que a nivel cognitivo encontramos confusión, dificultades en la atención-concentración, distorsión de la realidad, pensamientos intrusos, baja autoeficacia, etc. Asimismo, son muy comunes las quejas somáticas, la fatiga y el insomnio, e incluso la hiperactivación, entre otros síntomas fisiológicos (Cano-Vindel, Dongil-Collado, Iruarrizaga, Salguero-Noguera & Wood, 2011; Shinfuku, 2002).

## **1.2. Estado actual de conocimiento sobre el tema**

Se han detectado diversas variables que median e influyen en la capacidad de adaptación del individuo ante situaciones de crisis. Estas variables podrían ser divididas

en dos grandes categorías: variables *inmodificables*, que se corresponden con todos aquellos parámetros del individuo – como el género y la edad –, o del evento estresante – como la intencionalidad o la presencia de violencia –, que no pueden ser alterados a través de la intervención psicosocial; y variables *modificables* – como el nivel de autoeficacia o las técnicas de afrontamiento –, que pueden ser modificadas mediante la intervención psicosocial. Estas últimas serán sobre las que trabaje el proyecto que aquí se presenta, y por tanto, sobre las que incidiremos en mayor medida dada su importancia para el diseño.

Retomando lo comentado anteriormente con respecto a la sintomatología más común entre la población que ha sido víctima de un suceso traumático y se encuentran envueltos en una situación de crisis, se ha encontrado evidencia de que la mayoría de estos síntomas o reacciones ante el suceso amenazante pueden desencadenar – si se cronifican – el desarrollo de trastornos psicológicos como la depresión o el TEPT que, junto con el trastorno de estrés agudo, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada y el abuso de sustancias, constituyen los problemas de salud mental más comunes tras la exposición a eventos altamente estresantes o de crisis. De hecho, existe un especial riesgo de padecer trastorno de estrés post-traumático crónico en aquellos casos que mostrasen síntomas disociativos junto a una percepción distorsionada del tiempo – la persona siente que el tiempo pasa más rápido o más lentamente de lo normal – así como acompañarse de síntomas depresivos (Fullerton, Ursano, Norwood & Holloway, 2003; Echeburúa, De Corral y Amor, 2002).

Además, tanto los síntomas clínicos como los posteriores posibles trastornos psicopatológicos aparecen independientemente de la causalidad del suceso – natural o humano - y la presencia o no de violencia, tal y como apuntan Echeburúa, De Corral y Amor (2002) aunque en este último caso se deben tener en cuenta otros indicios como son el sentimiento de humillación o vergüenza y la posible aparición de disfunciones sexuales – especialmente en víctimas de agresión sexual.

Sin embargo, no todos los individuos que se enfrentan a este tipo de situaciones sufren necesariamente un trastorno psicológico a largo plazo. La exposición por sí sola no es capaz de explicar la aparición o no de problemas de salud mental tras la vivencia de un suceso traumático, pero sí es una de las muchas variables que intervienen en el proceso de génesis de una psicopatología.

Precisamente por esto resulta de vital importancia para los profesionales de la psicología que trabajan en intervención en crisis conocer cuáles son las distintas variables que median el proceso de reevaluación y adaptación ante una situación crítica con el objetivo de identificar a aquellos individuos especialmente vulnerables bajo dichas circunstancias.

La atribución de intencionalidad del estresor – si se trata de un hecho planificado e intencionado como un atentado, o por el contrario, es un accidente o emergencia derivada de un fenómeno natural – y el significado que a este se le da – ej. aquellos casos en los que se cree que el suceso es una consecuencia de los propios actos - junto a las características personales del individuo y su historia personal son algunos de los factores que median en las respuestas ante el hecho traumático. De este modo, sabemos que el trauma es hasta cuatro veces más frecuente en víctimas de delitos violentos – ej. agresión sexual, maltrato, secuestro, etc. – tras los que hay una clara intencionalidad,

que en víctimas de accidentes de tráfico o catástrofes naturales (Echeburúa, Corral y Amor, 2007).

Además, el sexo de la víctima tiene una influencia importante en la aparición del TEPT o la depresión, siendo estos hasta dos veces más comunes entre las mujeres (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Gonzalez-Ordi, Iruarrizaga, Rudestine, Vlahov & Galea, 2006; John & Russell, 2007; Brewin, Andrews & Valentine, 2000).

Sabemos también que la duración de la exposición al evento estresante es otra variable importante en el impacto traumático de la situación, que además va unida al nivel de amenaza sufrida y la proximidad al suceso amenazante, pues cuanto más tiempo se esté inmerso en una situación de peligro mayor es la probabilidad de sufrir daño tanto físico como psicológico. Esto se traduce en consecuencias psicopatológicas mucho mayores y más persistentes en el tiempo para aquellos cuya exposición ha sido más dilatada. Así, serán las víctimas directas las más vulnerables, seguidas de los profesionales de ayuda de primera línea – bomberos, policías, médicos y paramédicos, psicólogos, etc. -, testigos directos y familiares de las víctimas, la comunidad afectada y, por último la sociedad o población general.

La forma en la que se procesa el trauma es otro factor de riesgo a tener en cuenta (Ehlers & Clark, 2000) dado que los individuos con TEPT persistente realizan una evaluación excesivamente negativa del trauma y/o sus consecuencias que provoca en ellos una constante sensación de amenaza que puede ser externa – ej. “el mundo es ahora un lugar mucho más peligroso” – o interna – ej. la percepción de capacidad y autoeficacia se ve amenazada -.

Otra de las variables mediadoras en la aparición o no de una respuesta desadaptativa es la percepción subjetiva de apoyo social que posean las víctimas. No es tan importante la cantidad real de apoyo sino la percepción del mismo, así como su satisfacción con él. De este modo, las personas que perciben una mayor cantidad y calidad de apoyo social por parte tanto de sus allegados como de los profesionales de ayuda y de su comunidad están más protegidos ante la aparición de síntomas patológicos derivados del suceso traumático a largo plazo que aquellos que carecen de dicho apoyo (Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Echeburúa, Corral y Amor, 2002).

Según el modelo sintetizador de efecto “Buffer” de Cohen (2000), las redes de apoyo social previenen las respuestas adversas ante los sucesos estresantes ya que contribuyen en la elaboración de una evaluación más positiva de la situación, evitando que se desencadene la respuesta de estrés o, en caso de haberse activado, disminuir su intensidad. El apoyo social además se relaciona con la escucha activa y la facilitación de la expresión emocional que tiene un efecto positivo en la recuperación del trauma dado que es capaz de reducir los pensamientos intrusivos que mantienen de forma crónica la respuesta desadaptativa (Cohen, 2000; Shinfuku, 2002; Echeburúa, Corral & Amor, 2007). Esto no es comparable con la técnica conocida como *debriefing* cuya efectividad ha sido puesta en tela de juicio por diversas investigaciones en las que se demuestra que revivir la experiencia traumática podría tener un efecto iatrogénico en las víctimas (Van Emmerick, Kamphuis, Hulsbosch & Emmelkamp, 2002; Rose, Bisson & Wessely, 2003; McNally, Bryant & Ehlers, 2003).

Existen cinco principios apoyados empíricamente que deben ser incluidos en toda intervención en crisis dada su demostrada influencia sobre la recuperación psicológica de la víctima (Hobfoll et al, 2007) de los cuales se han seleccionado cuatro para el diseño de este proyecto.

#### 1. Promocionar el sentido de seguridad

Tal como se ha expuesto anteriormente, las reacciones negativas resultado de la exposición al trauma tienden a mantenerse en condiciones de amenaza prolongada o constante (cita). Cuando las víctimas son trasladadas a un entorno seguro alejado del peligro y/o perciben un cierto grado de seguridad, estas reacciones adversas comienzan a disminuir gradualmente a lo largo del tiempo, e incluso, en las situaciones en las que la evacuación no es posible, aquellos que son capaces de mantener una sensación de seguridad relativa – tal como se demuestra en los estudios realizados por Solomon (1986, 2005) con combatientes en Israel – tiene menor riesgo de desarrollar un TEPT en los meses siguientes a la exposición (Bleich, Gelkopf & Solomon, 2003). Por lo que se hace evidente la necesidad de procurar un entorno seguro a las víctimas en el que poder prestar la ayuda necesaria.

Sin embargo, el sentimiento o sensación de seguridad no deriva únicamente de la propia exposición al peligro, sino también de la exposición al mismo de los seres queridos y la consiguiente preocupación por su seguridad. Por esto es importante mantener los lazos familiares así como las redes de apoyo naturales intactas en la medida de lo posible, procurando la reunificación familiar y proporcionando en todo momento información veraz de lo que está sucediendo así como del paradero de la familia – solo si se conoce –, facilitando los beneficios del apoyo social y evitando la propagación de rumores que tienen un impacto negativo sobre la sensación de seguridad (Pennebaker & Harber, 1993; Bleich, Gelkopf & Solomon, 2003).

#### 2. Promocionar la calma

Durante situaciones de crisis y emergencia es común, y en muchos casos adaptativo, que los individuos experimenten un aumento significativo de la emocionalidad y los niveles de ansiedad y activación, que disparan un estado de vigilancia destinado a prepararnos para responder o huir ante una situación de amenaza. Sin embargo, cuando esta activación – o la respuesta de shock – interfieren con el desarrollo de actividades básicas, la toma de decisiones o incluso la nutrición y el sueño, supone un alto riesgo de sufrir trastornos de ansiedad o de experimentar síntomas adversos como ataques de pánico o síntomas disociativos que pueden desencadenar un TEPT a largo plazo (Shalev & Freedman, 2005; McNally, Bryant & Ehlers, 2003).

Asimismo, se ha encontrado que las emociones positivas – como la alegría, el amor o la curiosidad – pueden llevar a un mejor afrontamiento de la situación (Fredrickson, Tugade, Waugh & Larkin, 2003), por lo que sería adecuado animar a las víctimas a participar en actividades gratificantes que den cabida a este tipo de emociones.

Esta tarea puede ser especialmente complicada si la persona se encuentra inmersa en un estado de extrema activación y vigilancia, por lo que el control de estas



respuestas desadaptativas y la consecución de un estado de relativa calma es necesario para alcanzar este fin. Por esto, muchas intervenciones psicosociales y psicofarmacológicas de eficacia probada tienen como punto común la disminución y el control de las emociones extremas asociadas al trauma (Hobfoll et al, 2007).

A través del entrenamiento en técnicas de relajación – como la relajación muscular progresiva de Jacobson – se puede conseguir una importante disminución de los síntomas de estrés y ansiedad aguda. Del mismo modo, el entrenamiento en técnicas de afrontamiento, especialmente el afrontamiento centrado en el problema, ha mostrado tener un efecto beneficioso en las víctimas. Así se observa como la capacidad de descomponer el problema en pequeñas partes más manejables a las que ir haciendo frente poco a poco supone una disminución de los problemas reales a los que se enfrenta el individuo y aumenta su sensación de control y autoeficacia (Baum, Cohen & Hall, 1993).

### 3. Promocionar la autoeficacia y la eficacia comunitaria

La autoeficacia, tal como la define Bandura (1997) se entiende como la creencia de un individuo de que posee la capacidad de llevar a cabo con éxito una determinada tarea. Sin embargo, se ha visto como tras la exposición a un evento traumático aumenta considerablemente el riesgo de perder esta sensación de capacidad y competencia en el manejo de situaciones amenazantes que, además, puede generalizarse a otras áreas de la vida y situaciones que no están directamente relacionadas con la fuente del trauma (Foa, 1997). Por esto, uno de los pilares centrales de toda intervención en crisis debe ser el cambio de esta percepción negativa sobre el propio rendimiento y la promoción, o protección, de la autoeficacia.

Así se ha visto como la evidencia apunta que no es la autoeficacia en general, sino la autoeficacia específica para el afrontamiento del estrés y el trauma la que resulta beneficiosa, y por tanto, sobre la que se debe trabajar en este tipo de situaciones. Este tipo de autoeficacia – Coping Self-Efficacy en inglés – es definida por Benight & Harper (2002) como la percepción de un individuo de que posee la capacidad suficiente para manejar las demandas postraumáticas que supone haberse visto envuelto en una situación de crisis.

La terapia cognitivo-conductual ha mostrado ser efectiva en cuanto a la promoción del afrontamiento activo, proporcionando a los participantes las herramientas necesarias para discernir cuándo y cómo afrontar eventos traumáticos (Hobfoll et al, 2007).

Unida al concepto de autoeficacia encontramos otro constructo similar conocido como eficacia comunitaria o colectiva, y que se refiere a la creencia sostenida por el individuo de que su comunidad o el grupo al que pertenece son capaces de enfrentarse a una tarea específica de forma adecuada. La percepción de que el grupo al que se pertenece es eficaz ante una determinada situación tiene una implicación directa sobre la percepción de la propia capacidad, pues el individuo forma parte del grupo y tiende a identificarse a sí mismo con las características de su endogrupo.

#### 4. Asegurar la conexión

Se ha evidenciado como la conexión social puede proporcionar a los individuos información esencial para la supervivencia – localización de lugares seguros, agua potable, etc – y una adecuada respuesta ante la crisis – compartir experiencias traumáticas, comprensión y aceptación, normalización –. (Hobfoll et al, 2007)

Como se ha comentado ya, la evidencia presente identifica la falta de apoyo social como un factor de riesgo importante en el desarrollo de trastornos mentales a largo plazo tras la exposición al trauma. Esto deja patente la importancia de la reconexión con los sistemas naturales de apoyo social como son la familia o la comunidad, y abre la puerta a la posibilidad de crear grupos artificiales que aporten ese apoyo en los casos en los que la reconexión con los sistemas básicos no sea posible. Así lo demuestra el trabajo de de Jong (2002) en campos de refugiados, en los que el refugio temporal se configura más como un pueblo que como un campo – con las estructuras sociopolíticas propias a escala – y se promueve la participación en actividades sociales con el resto de ocupantes miembros de la comunidad creada (de Jong, 2002b)

Sin embargo, no todo tipo de apoyo social es bueno. Se ha demostrado que el apoyo social negativo o *negative social support* muestra una fuerte correlación con el estrés postraumático a largo plazo. Este apoyo negativo hace referencia distintas acciones que, aunque bienintencionadas en muchas ocasiones, contribuyen a aumentar la incertidumbre y/o el malestar de la víctima – ej. minimizar el problema; rumores, desinformaciones o informaciones contradictorias sobre el estado de los familiares o el control de la situación –. (Hobfoll & London, 1986)

### **1.3. Antecedentes específicos y planteamiento de los objetivos del proyecto**

El objetivo principal de este proyecto de intervención es la prevención de la cronificación de los síntomas de estrés y posterior desarrollo de una psicopatología derivada del potencial impacto traumático que puede generar una situación de crisis, facilitando el proceso de readaptación.

Para ellos se han establecido unos objetivos secundarios relativos a cada una de las variables que, a través de la revisión teórica llevada a cabo para la elaboración del marco teórico, han demostrado tener el suficiente apoyo empírico y por lo tanto ser imprescindibles en la prestación de ayuda psicosocial en crisis y emergencias.

Así, se ha decidido potenciar la autoeficacia y percepción de control de los participantes en la intervención mediante el cambio hacia un estilo de afrontamiento centrado en el problema y fomentar la conexión social evitando el aislamiento e induciendo un aumento en el apoyo social percibido que ofrecerá una vía de expresión emocional, comprensión e identificación.

## **2. Método**

### **2.1. Participantes.**

Esta intervención está dirigida hacia la población general, dado que iría en contra de la moralidad profesional y personal no prestar ayuda en una situación de esta índole. Si bien es cierto que no se establecerán criterios de exclusión, si será necesario definir claramente aquellas condiciones y/o características que indiquen una mayor gravedad en el estado psicosocial del individuo y que, por lo tanto, marquen un orden prioritario de asistencia. Esto se debe a que, dependiendo de la naturaleza y magnitud de la crisis, es muy posible que no sea posible contar con personal suficiente para atender de forma individual y específica a cada implicado en la situación, generando la necesidad de llevar a cabo el *triaje psicológico* pertinente.

De este modo, se establecerá un primer orden de prioridad basado en la proximidad al suceso traumático – siempre y cuando la vida de la persona esté fuera de peligro, se encuentre consciente y orientado y sus lesiones físicas hayan sido debidamente tratadas–.

Igualmente, se considerarán prioritarios aquellos casos en los que la persona se encuentre aislada de sus redes sociales naturales básicas – separación de la familia y amigos, imposibilidad de reunificación, turistas –, haya experimentado síntomas disociativos o de pánico durante el suceso o inmediatamente después, presenten dificultades para la expresión emocional y/o muestren patrones conductuales extremos – inactividad o excesiva activación –.

Cabe destacar que la prestación de ayuda psicosocial estará condicionada en todo momento por la voluntad del afectado – independientemente de que cumpla o no con los criterios de prioridad –, y será este quien decida si desea beneficiarse de la intervención o no, sin ser forzado en ningún momento por los profesionales. En estos casos se proporcionarán únicamente los recursos que la persona admita y se indicará la forma de contacto.

En la misma línea de lo comentado anteriormente, el número de participantes variará dependiendo de las características de la situación, el personal disponible y la voluntad de los participantes. Tomando esto en cuenta, esta intervención ha sido diseñada para ser lo más flexible posible, pudiendo ser adaptada a la magnitud de la crisis.

Dado que el trabajo de intervención se realizará en sesiones grupales, se recomienda que haya un mínimo de 5 participantes por grupo y un máximo de 10. El establecimiento de estos límites es necesario para garantizar la adecuada atención de las demandas de los participantes sin exceder las capacidades del profesional, evitando la aparición de efectos adversos – saturación o sentimientos de incapacidad o ineficacia por parte del profesional al cargo de la terapia que interferirían en el desarrollo de su función, así como sentimiento de abandono en los participantes que no se sienten escuchados – que perjudicarían tanto el desarrollo del programa como los resultados del mismo.

## **2.2. Organización**

A pesar de que esta intervención no ha sido diseñada para ninguna organización en particular, si es cierto que, dadas las características de la misma y los recursos tanto humanos como materiales que requiere su efectiva implementación, se ajusta más al perfil de una organización sin ánimo de lucro, sea o no gubernamental – como Cruz Roja o Protección Civil – de una cierta envergadura que pudiese contar con el número de profesionales adecuado así como con colaboración de voluntarios – preferentemente profesionales y/o formados en primeros auxilios psicológicos –, acceso a instalaciones seguras y albergues, etc. En definitiva, una organización capaz de asumir no solo el coste monetario de la intervención sino que disponga de los recursos humanos e infraestructuras necesarias para su puesta en marcha.

## **2.3. Instrumentos y materiales**

Para la evaluación de la eficacia de este programa se emplearán los siguientes cuestionarios y escalas, dirigidos a medir cada una de las variables sobre las que se trabaja.

*-Social Support Questionnaire, shortened version (SSQ-6).*

Se ha decidido emplear la versión reducida del cuestionario original que se compone de 6 ítems cuyo objetivo es ofrecer una medida en apoyo social. Cada uno de los ítems exige una doble respuesta según la cual la persona deberá incluir el número de personas de su entorno social que encajen con la descripción dada así como una medida numérica de satisfacción con el apoyo percibido (Sarason, Sarason, Shearin, Pierce, 1987).

*-Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEA).*

Instrumento específico para la evaluación, tanto en investigación como en la práctica clínica, de la autoeficacia percibida en el afrontamiento de eventos amenazantes. Este está compuesto por 8 ítems, de los cuales la mitad están destinados a evaluar el componente de expectativas de eficacia (ítems 2, 4, 5 y 7) y, la otra mitad a evaluar las expectativas de resultado (ítems 1, 3, 6 y 8). Las respuestas se presentan en formato de escala Likert de 5 alternativas de acuerdo con la afirmación presentada. Se obtiene una puntuación total que viene dada a partir de las dos puntuaciones parciales y, a mayor puntuación obtenida, mayor es la confianza en la propia capacidad para hacer frente al estrés (Godoy Izquierdo, Godoy García, López-Chicheri García, Martínez Delgado, Gutierrez Jimenez, Vázquez Vázquez, 2008).

*-Escala de gravedad de síntomas PTSD.*

Tal y como su propio nombre indica, se trata de una escala de evaluación de los síntomas presentes y característicos del trastorno por estrés postraumático y la intensidad de los mismos, siguiendo los criterios propuestos por el DSM-IV. Consta de 17 ítems cuyas respuestas se formulan en formato Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma. De estos 17 ítems, 5 corresponden a síntomas de reexperimentación, 7 a síntomas de evitación y 5 más a los de hiperactivación. La puntuación de la escala global va de 0 a 51, mientras que las puntuaciones de las subescalas de reexperimentación y activación van de 0 a 15 y en evitación de 0 a 21.

Además esta escala cuenta con un subescala complementaria que permite medir las manifestaciones somáticas de la ansiedad compuesta por un total de 13 ítems también de tipo Likert y cuyo rango de puntuación va de 0 a 39 (Echeburúa, de Corral, Amor, Zubizarreta, Sarasua, 1997).

*-Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE-D.*

Este instrumento consta de 60 ítems cuyas respuestas se emiten a través de una escala tipo Likert de 4 alternativas (1="Nunca" a 4="Siempre"). Así se obtienen cuatro puntuaciones totales correspondientes a cuatro tipos de afrontamientos distintos – Afrontamiento positivo (Afposit), Afrontamiento negativo (Afnegat), Afrontamiento centrado en el problema (Afprob) y Afrontamiento centrado en la emoción (Afemoc) –, así como quince puntuaciones parciales que se corresponden con el uso de estrategias concretas pertenecientes a cada una de las subescalas de este cuestionario – Afrontamiento activo (Afactivo), Planificación, Supresión, Afrontamiento demorado (Demorado), Apoyo instrumental (Apinstr), Apoyo emocional (Apemoc), Reinterpretación (Reinterp), Aceptación (Acepta), Religión, Explosión Emocional (Emoción), Negación, Desenganche conductual (Desengcond), Desenganche mental (Desengment), Consumo de sustancias (Consumo) y Humor. (Carver, Scheiery Weintraub, 1989, adaptación Española de Crespo y Cruzado, 1997)

#### **2.4. Diseño de evaluación**

Teniendo en cuenta las características del tipo de situaciones para las que la intervención está diseñada, se nos plantea un importante problema para el diseño de la evaluación del programa de intervención: en ningún caso sería éticamente aceptable utilizar un diseño de grupo control en una situación de emergencia o crisis – suponiendo esto la negación de ayuda a una parte de los afectados –, por lo que resultaría imposible la comparación entre la no percepción de ayuda y la participación en el programa.

Una alternativa posible a este tipo de diseño sería la formación de un grupo de comparación a partir de aquellas personas afectadas por el suceso amenazante que no desean percibir la ayuda que se ofrece y deciden voluntariamente no participar en la intervención pero sí en la recogida de datos. Este grupo podría estar conformado tanto por aquellos que no percibieran ningún tipo de ayuda en absoluto como por aquellos que recibiesen una intervención inmediata – primeros auxilios psicológicos – pero decidieran no continuar más allá.

Otro tipo de diseño posible que también presenta problemas es la comparación del nivel premórbido en las variables elegidas para ser trabajadas durante el proceso de intervención con el nivel obtenido una vez aplicada la misma. Esto resulta obviamente inviable dada la naturaleza inesperada e impredecible de este tipo de situaciones que imposibilitaría la recogida de datos previos. Sin embargo, sí que es posible la recogida de datos posteriores a la implementación del programa y de datos de seguimiento a largo plazo. El problema de esta alternativa radica en que no aporta datos de la eficacia del programa en la modificación de las variables propuestas sino de mantenimiento o modificación de las mismas a lo largo del tiempo tras la intervención.

Por esto, el diseño de evaluación por el que se optará en este caso será el del grupo control configurado por aquellas personas que decidan no percibir ayuda, ya que esto proporcionaría datos más fiables – derivados de la comparación entre grupos equivalentes – respecto a la eficacia del programa.

Siguiendo el modelo propuesto, se tomarán medidas de ambos grupos previamente al comienzo de la implementación del programa, una vez finalizada la etapa de primera ayuda durante la cual se habrán estabilizado las respuestas emocionales, conductuales y físicas más elevadas e intensas. Esto servirá como medida pre para ambas condiciones experimentales, lo que ofrecerá la posibilidad de establecer una comparación con las medidas post que serán tomadas una vez finalizado el programa de intervención. Así, se obtendrán dos tipos de datos: los correspondientes a la comparación de medidas de un mismo grupo – A1 vs A2; B1 vs B2 – y los resultantes de la comparativa entre grupos – A1 vs B1; A2 vs B2; A3 vs B3 –.

Además, con el objetivo de evaluar la estabilidad de los resultados a lo largo del tiempo, se tomarán medidas de seguimiento a ambos grupos. En este caso, el seguimiento de la evolución de los integrantes del grupo de comparación no solo se realiza con el objetivo de obtener medidas de comparación, sino que además se pretende entender la evolución de los procesos psicológicos implicados y se deja abierta la puerta a la investigación posterior con estos datos, así como a la intervención en caso de que se desee.

	Pre	Post	Comparación Intragrupo
Grupo Intervención	A1	A2	A3
Grupo Control	B1	B2	B3

## 2.5. Programa de Intervención

Como se ha comentado anteriormente, este proyecto de intervención en crisis se ha diseñado de forma que sea lo más flexible posible y por tanto, pueda ser adaptado en función de la dimensión y las características de la propia crisis. De este modo, podrá adaptarse tanto para hacer frente a las consecuencias de un accidente de tráfico como de cara a la intervención tras un fenómeno natural adverso como un incendio.

Por este motivo, se trabajarán variables que han demostrado ser determinantes en la prevención del trauma tras la exposición a una situación de crisis tanto de origen natural como humano, y se propone una primera fase de intervención inmediata que vendrá seguida de una segunda fase de intervención temprana, siendo esta última sobre la que se hará mayor hincapié dado que será la que permita trabajar con mayor profundidad y promover el auténtico cambio.

La temporalidad de la intervención oscilará alrededor del mes – teniendo en cuenta que la primera fase dura un máximo de 3 días y la segunda un máximo de un mes –, durante la cual el trabajo se realizará tanto individualmente (intervención inmediata) como en grupos (intervención temprana).

Durante la intervención temprana se llevará a cabo un total de 5 sesiones, recibiendo cada grupo una única sesión semanal, para evitar saturar de información a los participantes y dejar tiempo suficiente para la práctica entre sesiones.

A continuación se pasará a describir en mayor profundidad cada una de las fases de intervención, así como las sesiones y actividades que las componen.

### **2.5.1. Intervención Inmediata**

La primera fase de este proyecto – a la que a partir de este momento nos referiremos como intervención inmediata – tendrá una duración máxima de 72 horas tras el suceso y se centrará únicamente en la prestación de los conocidos como primeros auxilios psicológicos por parte de los diferentes profesionales – siempre correctamente formados – que se encuentren en el lugar. En esta fase de la intervención la finalidad es la de minimizar lo máximo posible el impacto de la crisis sobre el estado psicológico de la víctima, asegurando la supervivencia y seguridad del mayor número posible de víctimas, aportando información veraz y contrastada de forma adecuada (comunicar el estado y paradero de los familiares si se conoce, evitar dar falsas esperanzas, no alarmar, etc.) y controlando los síntomas de estrés agudo y las reacciones extremas que se puedan producir.

### **2.5.2. Intervención Temprana**

Una vez concluidas las 72 primeras horas tras el incidente, se pasará a la segunda fase del proyecto, a la que nos referiremos como intervención temprana. Al inicio de esta fase se constituirán los grupos de intervención – siguiendo criterios de edad y sexo y respetando los límites numéricos mínimos y máximos – y se establecerán los horarios a seguir. Debemos tener en cuenta que la intervención temprana no puede extender su temporalidad más allá del mes tras el acontecimiento traumático, pues una vez pasado este umbral, si los síntomas perduran, se considera que se ha producido la cronificación y consiguiente aparición del trastorno correspondiente, cuyo tratamiento pasa a estar a cargo de los servicios de salud mental.

### **2.5.3. Sesión 1 – Efectos del estrés**

Una vez configurados los grupos se comenzará la intervención temprana con una primera sesión “*de conexión*” que permita establecer una continuidad entre las distintas etapas de intervención.

El objetivo de esta sesión inicial será el de continuar el proceso de normalización, explicando a los participantes cuáles son las reacciones y respuestas que se pueden dar ante una situación estresante – llanto, miedo, parálisis o *shock*, embotamiento emocional – así como los efectos físicos y cognitivos que pueden derivar de la exposición al estrés – insomnio, hiperactivación, fatiga, problemas en atención y concentración –. Asimismo, el profesional a cargo del grupo animará a los participantes a relatar – sólo si lo desean, sin forzarlos – sus reacciones durante el momento de crisis, lo que dará la oportunidad para que tanto el profesional como el resto de miembros de grupo empaticen con la persona y normalicen sus reacciones.

Es importante que durante la narración del participante, si este hace referencia a momentos o situaciones específicas en las que exhibió un comportamiento propio de un

estilo de afrontamiento adecuado, el profesional aproveche para reforzarle positivamente por dichas conductas o pensamientos. Además se procurará animar a los participantes a la recuperación de sus rutinas diarias – ej. horarios de comida y descanso – comenzando desde la sesión inicial y progresando paulatinamente a lo largo del programa.

Además, previamente al comienzo de la sesión, y tras una breve explicación de los objetivos y dinámicas que se desarrollarán en el programa, se pedirá a los participantes que cumplimenten distintos cuestionarios – *Social Support Questionnaire, shortened version (SSQ-6)*; *Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEA)*; *Escala de gravedad de síntomas PTSD* y *Cuestionario de Estilos de Afrontamiento COPE-D* – relativos a las variables centrales que están a la base de los objetivos tanto de cada una de las sesiones como del programa en general.

#### **2.5.4. Sesión 2 – Atribuciones y creencias irracionales**

Esta se centrará en la identificación de atribuciones y creencias irracionales de los participantes, siguiendo el modelo de Terapia Racional Emotiva Conductual propuesto por Ellis, en el que se destacan cuatro creencias irracionales principales – Tremendismo, Baja tolerancia a la frustración, Depreciación global de la vida humana y Demandas o Exigencias – que suelen tomar la forma de pensamientos automáticos. Así se empleará el debate o cuestionamiento de dichas creencias como un primer acercamiento en el que el profesional tratará que el participante perciba lo irracional de sus creencias mediante el aporte de evidencias. Aunque el objetivo sea el de desmontar dichas creencias, en ningún momento el profesional debe forzar o entrar en discusión con el paciente.

El diálogo o debate además servirá de introducción a una explicación práctica de relajación (se recomienda emplear técnicas de relajación como la tensión-distensión muscular o centradas en la respiración abdominal por su sencillez tanto en la aplicación como en el aprendizaje, y por lo tanto pueden ser realizadas a cualquier edad) con el objetivo de enseñar a los participantes a emplear ellos mismo dicha técnica en su vida diaria siempre que aparezcan síntomas de ansiedad o estrés.

Por último, se explicará la técnica de detención de pensamiento – se les recomendará que lleven una goma elástica en una de sus muñecas para que, cada vez que detecten un pensamiento intruso relacionado con alguna de las creencias anteriormente mencionadas o el problema particular, tiren de ella y la suelte rápidamente, sirviendo esto como estímulo distractor que desvíe a la mente de ese pensamiento –. Se les animará a que realicen esta práctica, además de la relajación, a lo largo de la semana y hasta la siguiente sesión.

#### **2.5.5. Sesión 3 – Afrontamiento del estrés**

Como en las sesiones precedentes se iniciará la sesión con un repaso de los contenidos previos y recibiendo feedback con respecto a la práctica de las técnicas aprendidas en la segunda sesión.

En esta tercera sesión se comenzará con el trabajo sobre estilos de afrontamiento. En este bloque se les explicará brevemente qué es el afrontamiento y en qué consiste cada tipo – Afrontamiento positivo, Afrontamiento negativo, Afrontamiento centrado en la



emoción y Afrontamiento centrado en el problema – , haciendo especial hincapié en el estilo centrado en el problema, el cual se intentará potenciar.

Así, se les enseñará como un problema que parece superar las capacidades y los recursos de los que se disponen puede dividirse en partes más pequeñas y abordables. Esto hará que los participantes tengan pequeñas metas que ir alcanzando hasta llegar a conseguir la meta final. De esta forma, a medida que se van consiguiendo estas submetas, aumentará la sensación de control sobre la propia vida y la percepción de autoeficacia a través del cumplimiento de su necesidad de logro.

Esto servirá además para comenzar a introducir la siguiente sesión, en la que se dedicará más tiempo a la activación conductual y la promoción de actividades sociales gratificantes.

#### **2.5.6. Sesión 4 – Activación y participación**

Una vez más se dará comienzo a la sesión recordando lo visto con anterioridad y se empleará como conexión entre sesiones, procurando siempre mantener una continuidad en la intervención.

En esta sesión animará a los participantes a involucrarse en actividades gratificantes, ya sean nuevas o de las que disfrutasen anteriormente en su vida diaria – cocinar, hacer deporte, leer – y además se tratará de incorporar más actividades sociales que generen emociones positivas. Para esto se recomienda tratar al grupo – a pesar de que haya sido creado artificialmente – como a un grupo natural y promover la participación del mismo como tal en actividades de la comunidad.

Esta sesión será más corta que las anteriores no solo por los contenidos de la misma, que son más bien prácticos y se pretende que se realicen fuera del contexto terapéutico como tareas entre sesiones, sino además con el objetivo de empezar a introducir el final del programa.

#### **2.5.7. Sesión 5 – Consolidación**

La quinta y última sesión del programa, al igual que las anteriores comenzará con el repaso de lo adquirido previamente, salvo que en esta ocasión se tratará de un repaso más extenso pues el objetivo primordial de esta sesión es reforzar y consolidar los conocimientos adquiridos a lo largo del programa. Se llevará una vez más a cabo una práctica de relajación así como un recordatorio de la técnica de detención de pensamiento y una breve planificación relativa a las actividades a desarrollar por cada participante una vez finalizado el programa. También se hará un último seguimiento de los logros conseguidos hasta el momento.

Además de esto se añadirá una parte de contenido dedicada a identificar los síntomas de recaídas – ej. reaparición de sueños o pensamientos de contenido traumático, miedo o fobias relacionadas con algún aspecto de la situación crítica, etc – y pautas a seguir si estos síntomas reaparecen.

Por último, se dará por terminada la sesión una vez que los participantes hayan cumplimentado los cuestionarios de apoyo social, autoeficacia, gravedad de síntomas de TEPT y afrontamiento, administrados al comienzo del programa.

### **3. Resultados Previstos**

Se espera que la intervención suponga una disminución de los síntomas clínicos característicos del trastorno de estrés postraumático tanto a corto como a largo plazo en todos los participantes, al igual que los síntomas somáticos derivados de la exposición al estrés.

Además se supone que los participantes mostrarán una mayor satisfacción con el apoyo social percibido en comparación con medidas previas y con el grupo de comparación.

Se espera también que se produzca una diferencia notable – favorable para los participantes en la intervención – entre las puntuaciones obtenidas en ambos grupos en autoeficacia ante situaciones de estrés, especialmente en las medidas tomadas posteriormente a la implementación del programa, así como cambios en el estilo de afrontamiento – se espera que los estilos de afrontamiento predominantes en el grupo de intervención sean el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción –.

### **4. Presupuesto**

Por motivos prácticos, el presupuesto que a continuación se presenta corresponde al grupo mínimo de intervención posible – un único grupo conformado por 5 participantes y guiado por un psicólogo formado en atención psicosocial, preferiblemente en el ámbito de crisis y emergencias –.

Asimismo, se supondrá que los gastos en logística e infraestructuras – alquiler de salones, transporte, etc – quedarán a cargo de la organización, y será esta la encargada de establecer el presupuesto en función de la magnitud de la emergencia y las necesidades que se planteen.

En cuanto a los recursos humanos, se ha establecido un baremo salarial en el que, por cada sesión grupal, el psicólogo percibirá 36€ por participante. De este modo, por la implementación de las 5 sesiones que componen el programa en un grupo mínimo de 5 personas, el profesional percibirá un total de 900€ más un 20% establecido como plus de peligrosidad (1080€).

Además se añadirán al cómputo salarial total los 3 días de intervención inmediata, percibiéndose 150€ por día, que harían un total final de 1530€.

Por último, se contará con un presupuesto aproximado de 50€ destinado a gastos de impresión de los cuestionarios y escalas, además de material de oficina – folios, bolígrafos, etc –.

### **5. Referencias**

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York : W. H. Freeman.

Baum, A., Cohen, L., & Hall, M. (1993). Control and intrusive memories as possible determinants of chronic stress. *Psychosomatic Medicine*, 274-286.

- Benight, C.C & Harper, M.L. (2002). Coping self-efficacy perceptions as a mediator between acute stress response and long-term distress following natural disasters. *Journal of Traumatic Stress*, 177-186.
- Bleich, A., Gelkopf, M., & Solomon, Z. (2003). Exposure to terrorism, stress-related mental health symptoms, and coping behaviors among a nationally representative sample in Israel. *Jama*, 612-620.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 748.
- Cano-Vindel, A.; Dongil-Collado, E.; Iruarrizaga, I.; Salguero-Noguera, J.M. & Wood, C.M. (2011). Consecuencias psicológicas de las crisis y catástrofes: Los atentados del 11-M en Madrid. *Estudos sobre Intervenc o Psicol gica em Situa es de Emerg ncia, Crise e Cat strofe*, 89-105.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 267-283.
- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*. . Oxford University Press.
- Crespo, M., y Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 797-830.
- de Jong, J. T. (2002b). Public mental health, traumatic stress and human rights violation in low-income countries: A culturally appropriate model in times of conflict, disaster and peace. En J. T. de Jong, *Trauma, war and violence: Public mental health in sociocultural context* (p ags. 1-91). New York: Plenum–Kluwer.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2007). Tratamiento psicológico en las fases tempranas. En J. L.-B. Herrán, *Las fases iniciales de las enfermedades mentales. Trastornos de ansiedad* (p ags. 133-141). Barcelona: Elsevier/Masson.
- Echeburúa, E., De Corral, P., & Amor, P. J. . (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 139-146.
- Echeburúa, E.; de Corral, P.; Amor, P. J.; Zubizarreta, I.; Sarasua, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraum tico: Propiedades Psicom tricas. *Análisis y Modificaci n de Conducta*.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 319-345.
- Foa, E. B. (1997). Psychosocial treatment for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 449–480.

- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of personality and social psychology*.
- Fullerton, C. S., Ursano, R. J., Norwood, A. E., & Holloway, H. H. (2003). Trauma, terrorism, and disaster. *Terrorism and disaster: Individual and community mental health interventions*, 1-21.
- Godoy Izquierdo, D.; Godoy García, J. F.; López-Chicheri García, I.; Martínez Delgado, A.; Gutierrez Jimenez, S.; Vázquez Vázquez, L. (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia. *Psicothema*, 155-165.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., ... & Maguen, S. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*, 283-315.
- Hobfoll, S.E & London, P. (1986). The Relationship of self-concept and social support to emocional distress among women during war. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 189-203.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: The Free Press.
- John, P. B., Russell, S., & Russell, P. S. S. (2007). The prevalence of posttraumatic stress disorder among children and adolescents affected by tsunami disaster in Tamil Nadu. *Disaster management & response*, 3-7.
- McNally, R. J., Bryant, R. A., & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological science in the public interest*, 45-79.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Gonzalez-Ordi, H., Iruarrizaga, I., Rudenstine, S., Vlahov, D., & Galea, S. (2006). PTSD and depression after the Madrid March 11 train bombings. *Journal of Traumatic Stress*, 69-80.
- Pennebaker, J. W., & Harber, K. D. (1993). A social stage model of collective coping: The Loma Prieta earthquake and the Persian Gulf War. *Journal of Social issues*, 125-145.
- Rose, S., Bisson, J., & Wessely, S. (2003). A systematic review of single-session psychological interventions ('debriefing') following trauma. *Psychotherapy and psychosomatics*, 176-184.
- Sarason, I. G., Sarason, B. R., Shearin, E. N., Pierce, G. R. (1987). A brief measure of social support: Practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 497-510.
- Shalev, A. Y., & Freedman, S. (2005). PTSD following terrorist attacks: a prospective evaluation. *American Journal of Psychiatry*.

- Shinfuku, N. (2002). Disaster mental health: lessons learned from the Hanshin Awaji earthquake. *World Psychiatry*, 158.
- Solomon, Z., & Benbenishty, R. (1986). The role of proximity, immediacy, and expectancy in frontline treatment of combat stress reaction among Israelis in the Lebanon War. *American Journal of Psychiatry*, 613-617.
- Solomon, Z., Shklar, R., & Mikulincer, M. (2005). Frontline treatment of combat stress reaction: a 20-year longitudinal evaluation study. *American Journal of Psychiatry*, 2309-2314.
- Van Emmerik, A. A., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., & Emmelkamp, P. M. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *The Lancet*, 766-771.