

Apéndice E
Manual Adaptado ABCDE

Guía **ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios
Psicológicos ante eventos terroristas en las Fuerzas
Militares y Policía.
Versión adaptada.**

Adaptación por:
Yessenia Milena Argüello Cáceres

Universidad El Bosque
Maestría de Psicología
Bogotá, Colombia
2020

Índice

Fuentes de financiación	1
Conflictos de interés	1
Declaración de independencia editorial	1
Derechos de autor	1
Presentación	3
Agradecimientos	3
Revisión bibliográfica	4
Metodología	4
Antecedentes	6
Cómo utilizar el manual de Primeros Auxilios Psicológicos	19
Glosario y términos	21
Guía ABCDE - Primeros Auxilios Psicológicos	24
Objetivos de los PAP	25
Etapa de preparación	26
A Escucha Activa	29
B reentrenamiento de la (B)entilación	32
C Categorización de necesidades	35
D Derivación a redes de apoyo	37
E Psico-Educación	39
Recomendaciones generales	43
Cuadro resumen	46
Bibliografía	48
¿Qué debo esperar frente a una crisis?	55
¿Dónde pedir Ayuda?	57

Fuentes de financiación

La adaptación de la presente guía no contó con el financiamiento de ninguna entidad pública o privada. Su adaptación se enmarca en el ejercicio académico de trabajo de grado para optar al título de Maestría en Psicología de la Universidad El Bosque (Colombia).

Conflictos de interés

La autora declara que no existió ningún conflicto de interés invalidante de tipo financiero, intelectual, de pertenencia o familiar que hubiese afectado la adaptación de esta guía de intervención.

Declaración de independencia editorial

La presente guía de intervención se desarrolló de manera independiente, transparente e imparcial por parte de la autora previamente mencionada. La autora y su asesor de tesis declaran haber leído y aprobado el contenido del presente documento, el cual mantiene el contenido primordial de la guía original.

Derechos de autor

Los derechos de propiedad intelectual del contenido de este documento son de Cortés-Montenegro, P. y Figueroa-Cabello, R. (2016). Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos en crisis individuales y colectivas. Pontificia Universidad Católica de Chile: Escuela de Medicina, Departamento de Psiquiatría. Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres Naturales (CIGIDEN). 1ª Edición. Fuente de acceso: <https://www.cigiden.cl/wp-content/uploads/2018/12/Manual-ABCDE-para-la-aplicacio%CC%81n-de-Primeros-Auxilios-Psicolo%CC%81gicos.pdf>.

Lo anterior, sin perjuicio de los derechos morales, las citas y referencias bibliográficas enunciadas. La presente adaptación mantiene el contenido práctico, es decir, el paso a paso de la intervención de la guía, sólo complementa la búsqueda de evidencia que soporte la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos ante eventos terroristas.

Presentación

Este manual fue diseñado en el contexto del estudio “*Primeros Auxilios Psicológicos: Ensayo Clínico Randomizado de adultos afectados por un trauma no intencional en una sala de emergencias*”, financiado por el Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres Naturales (CIGIDEN), a través de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) Chile, Programa FONDAP 15110017/2011.

El documento original fue creado por Paula Cortés Montenegro, Psicóloga, Coordinadora de investigación; y Rodrigo Figueroa Cabello, Médico Psiquiatra, Investigador responsable.

La adaptación fue realizada por Yessenia Milena Argüello Cáceres, Psicóloga especialista en Psicología Ocupacional y Organizacional y estudiante de Maestría en Psicología. Se desempeña como Profesional de Defensa 01 del Ministerio de Defensa de Colombia, Obispado Castrense de Colombia.

Agradecimientos

A los psicólogos Humberto Marín Uribe, Ph.D., Nadia Egas Tapia, M.Sc., y Katitzta Marinkovic Chávez, M.Sc., miembros del equipo Kokoronokea (CIGIDEN) por prestar apoyo a la elaboración de este *manual* (original). Este material constituirá un aporte para la implementación del “*Modelo de protección de la salud mental en la gestión del riesgo de emergencias y desastres*” en desarrollo, patrocinado por un proyecto de cooperación internacional entre Japón y Chile.

A la Fundación Científica y Tecnológica de la Asociación Chilena de Seguridad (FUCYT), a través del concurso coordinado por la Superintendencia de Seguridad Social (SUSESO), por brindar apoyo económico para la creación de este material y la investigación de los Primeros Auxilios Psicológicos.

Revisión bibliográfica

Este apartado consta de dos partes, la primera describe la metodología utilizada para la búsqueda y extracción de evidencia relevante que sustente desde lo teórico-práctico la aplicabilidad de los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) en eventos catastróficos, principalmente en eventos terroristas. La segunda es la exposición de los antecedentes encontrados en la búsqueda de la bibliografía, la cual alimenta el paso a paso de los PAP.

Para la adaptación del presente manual, el documento original fue revisado por cuatro evaluadores expertos, todos Psicólogos Clínicos con más de seis años de experiencia en intervención en crisis individuales, tres de ellos con experiencia en el medio de las Fuerzas Militares de Colombia. La revisión indicó aspectos importantes del manual que debían ser mantenidos y otros que requerían ajustes en cuanto a la metodología, la evidencia y el nivel de esta, los criterios e inclusión y exclusión de la evidencia, los beneficios y riesgos de los PAP para las personas y actualización del manual.

Metodología

La búsqueda de literatura se realizó en bases de datos electrónicas, páginas oficiales y en diarios electrónicos.

- a. Bases de datos: Pubmed, Google Scholar, Biblioteca Latinoamericana de Salud, Redyalic, Scielo, Dialnet y Researchgate.
- b. Páginas oficiales: Instituto Nacional de Salud de Colombia, Ministerio de Defensa Nacional de Colombia, Ministerios de la Protección Social de Colombia, Dirección General de Sanidad Militar de Colombia, National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (START), Departamento de Estado de Estados Unidos, Organización de las Naciones Unidas y Organización Mundial de la Salud.
- c. Diarios electrónicos: Diario ABC Internacional, Diario El Herald, Diario El País, Diario El Tiempo, MSN Noticias, Notimérica.

Se diseñaron estrategias de búsqueda con términos controlados para cada base de datos, usando operadores booleanos (AND, OR, NOT, “”). El periodo de búsqueda se estableció entre 1990-2020, y en los idiomas de español e inglés.

La tamización de las referencias se hizo con base en el título y el resumen, y la selección de los documentos para la construcción de los antecedentes se hizo por medio de una revisión exhaustiva de los documentos tamizados en primera instancia. Para el proceso de selección de la evidencia se establecieron criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión
 - Alcance: documentos que discutieran, describieran, realizaran avances metodológicos o de intervención con respecto a los Primeros Auxilios Psicológicos en eventos catastróficos, preferiblemente ataques terroristas.
 - Diseño: estudios descriptivos (cualitativos y cuantitativos), revisiones sistemáticas, estudios cuasi-experimentales.
 - Tipos de artículos: originales, temas de revisión, reporte de acontecimientos (diarios/periódicos), reporte estadísticas.

- Criterios de exclusión
 - Documentos en idiomas diferentes al español o inglés
 - Fecha de publicación antes de 1990

Después de la revisión de la literatura, y de establecer la evidencia que se presenta en el apartado de Antecedentes, se considera, de acuerdo con Manterola y Zavando (2009), muestra un Nivel de Evidencia III (Opinión de expertos, basado en la experiencia clínica, estudios descriptivos, o informes de comités de expertos).

La actualización del manual se realizará cada 12 meses por medio de dos estrategias, la primera es la búsqueda y revisión de la literatura, sobre todo estudios de efectividad, que permitan dar un mayor soporte práctico a los PAP. La segunda estrategia es la revisión

de la guía por parte de un panel de expertos que pueda avalar o recomendar el ajuste del manual en alguna de sus partes.

Antecedentes

El terrorismo, de acuerdo a la Resolución 1566 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (2004), se define como todo acto violento, inclusive contra civiles, que se comete con la intención de causar lesiones graves, tomar rehenes o causar la muerte con el propósito de provocar un estado de terror en la población general, en un grupo de personas determinadas, intimidar o doblegar a una población o a un gobierno para que realizase o se abstenga de realizar un acto determinado.

Para Arcos-González y Castro-Delgado y Martínez-Monzón (2007), el terrorismo está dado por el uso sistemático de la violencia, amenaza de violencia o terror contra individuos, grupos o gobiernos con el fin de obtener un beneficio político. Mientras que para Schmid y Jongman (como se citó en Zuinaga, 2011), el terrorismo es

Un método de reiterada acción violenta inspirado en la angustia, utilizado por personas, grupos, o Estados, de forma (semi) clandestina, por razones idiosincrásicas, criminales o políticas, por medio de los cuales [...] el objetivo inmediato de la violencia no es el objetivo final. Las víctimas de la violencia son elegidas entre la población al azar (blancos de oportunidad) o de forma selectiva (blancos simbólicos o representativos) y se utilizan como generadores del mensaje terrorista. El proceso comunicativo entre el terrorista (u organización terrorista), víctimas (o amenazados) y objetivos principales, basados en la violencia o amenaza de violencia, es utilizado para manipular a esos objetivos principales (audiencia) y convertirlos en blancos del terror, de las exigencias terroristas o de atención, dependiendo de si se busca la intimidación, la coacción o la propaganda (p.18).

A través de los años el mundo ha sido testigo de un sinnúmero de actos de terrorismo, donde las víctimas superan cifras escalofriantes. El Departamento de Estado de los Estados Unidos (1983, 1994, 2001) ha reportado en diversos informes, el número de

eventos terroristas y de víctimas que se han presentado en el mundo. Por ejemplo, para 1983 se reportaron alrededor de 500 eventos terroristas, los cuales dejaron 4.349 heridos y 2093 muertes. En 1994 los eventos fueron 321, con 663 heridos y 314 fallecidos, en 2001 el número de eventos fue 348, con el resultado de 4.655 fallecidos y más de 10.000 heridos.

En el año 2007 las cifras superaron los 14.400 ataques terroristas en todo el mundo, dejando al menos 72.000 personas heridas y alrededor de 22.685 fallecidos (Departamento de Estado, como se citó en Arcos-González, Castro-Delgado, Cuartas-Álvarez, y Pérez-Berrocal, 2009). Por su parte García-Vera, Moreno, Sanz, Gutiérrez, Gesteira, Zapardiel et al (2015), reportaron que entre el 2005 y el 2013, el promedio anual de atentados fue de 11.233 a nivel mundial, convirtiéndose en uno de los problemas más graves y de atención inmediata.

En el contexto colombiano, los ataques terroristas han sido parte de la historia del país en los últimos 60 años, puesto que Colombia ha presentado un conflicto interno con diversos grupos insurgente (guerrillas o paramilitares) así como también carteles de narcotráfico y bandas criminales en general. Los diversos ataques terroristas han dejado víctimas civiles, Fuerza Militar y de Policía. En 1989, en la ciudad de Bogotá, se produjo la explosión de un carro bomba en el edificio del DAS (Departamento Administrativo de Seguridad), que dejó 63 fallecidos y más de 600 heridos. Para el 2003 las FARC (Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia) detonó un carro bomba en el Club El Nogal de Bogotá, en el que fallecieron 36 personas y hubo más de 200 heridos (Noticias Msn, 2015).

En el año 2006 se presentó una explosión a una corta distancia de varios camiones militares, dejando una persona fallecida y más de 20 militares heridos, ese mismo año, las FARC detonó un carro bomba en la Universidad Militar Nueva Granada (Bogotá), con un saldo de dos personas fallecidas y cinco heridas. En el 2008, se dejó un carro bomba cerca al Palacio de Justicia de la ciudad de Cali, se reportaron cuatro personas fallecidas y más de 26 personas heridas (Diario El Herald, 2019).

Para el año 2017, Bogotá volvió a hacer testigo de dos actos terroristas, en febrero, estalló una bomba que dejó un miembro de la policía falleció y más de 26 personas heridas, el ELN (Ejército de Liberación Nacional) se atribuyó el hecho. El segundo ataque

fue en el Centro Comercial Andino, donde se detonó un artefacto explosivo y a causa fallecieron tres mujeres y dejó heridas a siete personas.

En el 2018, en la ciudad de Barranquilla se produjo una explosión cerca de un CAI (Comando de Acción Inmediata), en el cual fallecieron seis miembros de la policía y hubo 47 heridos (Ministerio de Defensa Nacional, 2018; El Herald, 2019). En abril cerca a San Pedro de Urabá (Antioquia), se presentó una explosión que impactó un carro de la Policía y dejó ocho uniformados muertos (Diario El País, 2018). En octubre, cerca al municipio de la Macarena (Meta), integrantes de las disidencias de las FARC, atacaron una patrulla del Ejército, dejando a dos soldados profesionales muertos y tres más heridos (Diario El Tiempo, 2018).

En el 2019, se presentó un atentado en el interior de la Escuela de Cadetes de Policía *General Francisco de Paula Santander*, por parte del ELN, el cual dejó 23 cadetes muertos y 66 personas heridas (ONU, 2019; Organización de las Naciones Unidas). De acuerdo con Janetsky (2019), en Colombia se ha experimentado uno de los mayores impactos del terrorismo, aun cuando éste ha ido en aumento por la violencia de los grupos disidentes de las FARC, actualmente su impacto es menor que en el 2002.

Ante un evento o ataque terrorista las víctimas con afectación física y/o psicológica son numerosas, por un lado están las que experimentan el hecho de forma directa (fallecido o superviviente) o de forma indirecta, un familia o allegado de una víctima del atentado, un profesional de emergencias o rescate que ayudó a las víctimas directas o en la recuperación de la zona afectada, una persona residente en áreas cercanas al lugar del atentado, o una persona de la población general de la comunidad afectada (Barranco de la Hoz, Altungy, Navarro, Gesteira, Morán, Reguera et al., 2018).

Las víctimas y los supervivientes suelen mostrar una mayor afectación que los empleados de emergencias (paramédicos, enfermeras, médicos), bomberos, y/o Policías/Militares, sin embargo, este último grupo a su vez desarrolla más patología que las personas de la población general en que tiene lugar el evento traumático (Iruarrizaga, Miguel-Tobal, Cano-Vindel y González-Ordi, 2004). En la población general que reside cerca al lugar del evento, se presenta un aumento en los niveles de estrés, disminución de los sentimientos de seguridad, mayores percepciones de

amenaza y cambios en el comportamiento (Bleich, Gelkopf y Solomon, 2003).

Las secuelas emocionales, de acuerdo con Esbec (como se citó en Muñoz y Navas 2007) se presentan cuando existe una estabilización del daño psíquico producido por el ataque, que puede llevar a una discapacidad permanente que no se aplaca o disminuye con el paso del tiempo ni con tratamiento. Para el autor, se puede presentar una alteración irreversible del funcionamiento psicológico habitual, como por ejemplo la modificación permanente de la personalidad, es decir, la aparición de rasgos de personalidad nuevos (depresivos, psicasténicos, esquizoide), que se mantienen estables e inadaptativos durante al menos dos años y que llevan a un deterioro de las relaciones interpersonales y a una falta de rendimiento en la actividad laboral.

La afectación psicológica de una persona víctima de un acto violento puede terminar por convertirse en algo persistente e incluso incapacitante, consecuencias que pueden estar moduladas por la vulnerabilidad previa de la víctima, es decir, en sus factores de personalidad y diferentes estrategias de afrontamiento (Baca y Cabanas como se citó en Muñoz y Navas, 2007), en tanto, Rubin y Bloch (2000), consideran que ninguna persona decide conscientemente cómo reaccionar ante una crisis, puesto que su respuesta estará determinada por el tipo de personalidad, la experiencia acumulada durante la vida y su actitud ante el mundo.

Ante un ataque terrorista, las víctimas empiezan a presentar una serie de reacciones psicológicas, unas de forma inmediata y a corto plazo, otras se van presentando y complejizando a la medida que pasa el tiempo. De acuerdo con Muñoz y Navas (2007) entre las reacciones que predominan están la desesperanza, pasividad-ansiedad, fatalismo y somatizaciones. Otros autores destacan una variedad de reacciones físicas (Rubin y Bloch, 2000; Buttler, Panzer y Goldfrank, 2003; Cloack y Edwards, 2004; Williams y Kemp, 2017), emocionales (Rubin y Bloch, 2000; Buttler, Panzer y Goldfrank, 2003; Cloack y Edwards, 2004; Huddy, Feldman, Taber y Lahav, 2005; Ruzek, Brymer, Jacobs, Layne, Vernberg y Watson, 2007; Williams y Kemp, 2017; Colomina, 2019) y cognitivas (Rubin y Bloch, 2000; Cloack y Edwards, 2004; Ruzek et al., 2007) derivadas de las catástrofes (Tabla 1).

Tabla 1. *Reacciones físicas, emocionales y cognoscitivas*

Reacciones Físicas	Reacciones Emocionales	Reacciones Cognoscitivas
Tensión	Estado de shock	Confusión
Fatiga	Miedo	Desorientación
Nerviosismo	Aplanamiento emocional	Indecisión,
Insomnio	Vulnerabilidad	Preocupación
Vértigo	Tristeza	Acortamiento de la atención
Temblor	Culpa del superviviente	Falta de concentración
Dolores generalizados	Impotencia	Pensamientos intrusivos
Sobresaltarse	Desesperanza	Dificultades de memoria
Taquicardia	Entumecimiento	Recuerdos no deseados
Disminución del apetito	Irritabilidad	Hipervigilancia
Disminución del deseo sexual	Aislamiento social	Perturbación del sueño

La mayoría de las reacciones o respuestas psicológicas al trauma son relativamente inmediatas, moderadas y transitorias (Norris et al., 2002), pero un porcentaje significativo de individuos traumatizados experimentan reacciones de estrés más intensas y algunos desarrollan trastorno de estrés postraumático, trastorno depresivo mayor, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia y los trastornos por dependencia del alcohol y sustancias psicoactivas, entre otros tipos de afectación que se vinculan con la problemática (DiMaggio y Galea, 2015).

Cuando se presenta un evento terrorista, las víctimas directas o indirectas, exhiben una serie de reacciones emocionales y comportamientos inmediatos, normales y adaptativos ante la situación; sin embargo al no ser intervenidos de forma temprana y adecuada pueden ser junto con otras variables, una condición previa para el desarrollo de un trastorno de mayor complejidad como el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), el trastorno de adaptación, trastorno de depresión mayor, ansiedad generalizada, entre otros (Breslau et al., 1991; Kessler et al., 1999; Fremont, 2004, como se citaron en Iruarrizaga et al., 2004; Galea et al., 2003; García-Vera. et al., 2015; North et al., 1999). La detección temprana de estos síntomas posterior al evento se hace de extrema importancia pues permite determinar qué personas pueden requerir atención más especializada (Rubin y Bloch, 2000; Williams y Kemp, 2017).

En un estudio desarrollado por Salguero, Fernández-Berrocal, Iruarrizaga, Cano-Vindel y Galea (2011), se estimó que el riesgo de sufrir Trastorno de Depresión Mayor en víctimas directas de un atentado fue del 20 al 30% y en víctimas indirectas del 4 al

10%. En tanto García-Vera et al., (2015) indicaron que el TEPT se ha establecido como uno de los diagnósticos más frecuente en víctimas del terrorismo con casi del 50% en comparación con víctimas de accidentes de tráfico (12%).

Tras los atentados en Madrid del 2004, Hillers y Rey (2006), realizaron una investigación que tuvo por objetivo analizar las reacciones de estrés, dentro de los tres primeros meses, esto debido a que se podría llegar a un estado crónico por la intensidad y gravedad del suceso traumático. A los participantes se les aplicó un cuestionario que indagaba sobre las pérdidas en su vida, antecedentes de su historia de vida, sintomatología inicial, actual y su evolución, la atención por parte de las instituciones de salud mental, entre otros.

En la investigación participaron 346 personas, de las cuales el 66% fueron víctimas, el 25% testigos directos y el 9% testigos indirectos. Los resultados indicaron que un alto porcentaje presentaba sintomatología compatible con el Trastorno por Estrés Agudo (TEA) y el 33% de los participantes síntomas relacionados con TEPT. Para las personas que recibieron atención en salud mental (psicológica, psiquiátrica, o ambas, médico de atención primaria, etc.), el 82% informó la disminución de los síntomas iniciales, el 12% no presentó cambio alguno y el 5% manifestó mayor presencia de síntomas propios del TEPT.

En cuanto al TEPT en militares, en Estados Unidos se ha encontrado que aproximadamente el 13% de los veteranos de Irak o Afganistán (Kok, Herrell, Thomas y Hoge, como se citó en Steenkamp, Litz, Hoge, y Marmar, 2015), el 10% de los veteranos de la Guerra del Golfo que experimentaron combate tienen TEPT (Kang, Natelson, Mahan y Lee, como se citó en Steenkamp, Litz, Hoge, y Marmar, 2015), y el 11% de los veteranos de Vietnam continúan reportando síntomas de TEPT aún después de 40 años (Marmar, et al., como se citó en Steenkamp, Litz, Hoge, y Marmar, 2015). En Colombia González-Penagos, Moreno-Bedoya, Berbesi-Fernández y Segura-Cardona (2013), realizaron un estudio en personal militar, y en el que encontraron una prevalencia del TEPT del 52.2%.

Corzo (2009) señala que los veteranos de guerra son el claro ejemplo en el que se puede visibilizar la relación entre una situación traumática y el riesgo de sufrir problemas psicológicos posteriores. La exposición a un evento crítico el terrorismo, las catástrofes, entre otras, pueden generar estrés debido al malestar significativo que supera los

mecanismos habituales de afrontamiento. Si la reacción persiste y no se resuelve se puede desarrollar un TEPT, en el cual se altera el equilibrio psicológico del individuo, los mecanismos habituales de afrontamiento no funcionan o fracasan y hay malestar, deterioro y disfunción de manera significativa.

Después del ataque o evento terrorista las víctimas se encuentran inmersas en una crisis, la cual por definición es una alteración en el equilibrio cuando se fracasa en una aproximación tradicional de resolución de problemas que genera desorganización, desesperanza, tristeza, confusión y pánico (Lillibridge y Klukken, como se citó en Rubin y Bloch, 2000).

Para Slaikeu (1996) la crisis es un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a sobrevivir un suceso traumático, de modo que la probabilidad de efectos debilitantes (estigmas emocionales, daño físico) se minimiza y la probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas y opciones en la vida) se maximiza.

Después de un suceso traumático, de acuerdo con Echeburúa y de Corral (2007), lo más habitual es que desborde la capacidad de respuesta de una persona, que puede sentirse sobrepasada para hacer frente a las situaciones que se ve obligada a afrontar. Ante tal situación de crisis las personas son incapaces de adaptarse a la nueva situación y pueden sentirse indefensas y perder la esperanza en el futuro, lo que les impide conducir con éxito sus propias vidas, y con el tiempo pueden llegar a presentar problemas adicionales (malestar emocional, abuso del alcohol, dificultades en las relaciones interpersonales e interferencia en la actividad laboral o académica).

Cuando se presenta una situación que sobreexcede el repertorio cognoscitivo y conductual de una persona, como suele suceder en las crisis que se generan en los ataques terroristas, es imperante que se ponga en marcha la intervención de crisis. Es importante entender que esta, de acuerdo con Slaikeu (1996), se subdivide en dos fases, la intervención de primera instancia denominada Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) y la intervención de segunda instancia denominada terapia para crisis.

La primera ayuda psicológica necesita brindarse de forma inmediata y de forma física, es decir, presencial para ayudar tanto a víctimas directas como indirectas. Los PAP toman poco tiempo (horas o uno o dos días), y pueden ser proporcionados por profesionales de la salud y asistentes comunitarios que estén capacitados en dicho tipo de

intervención. La segunda ayuda en crisis está encaminada a facilitar la resolución psicológica de la crisis. Esta toma más tiempo (semanas o meses), y la proporcionan terapeutas y consejeros con conocimiento específico en técnicas de evaluación y tratamiento (Slaikou, 1996; Fernández, 2010).

En una crisis por un evento catastrófico se hace imperante un proceso activo de apoyo y ayuda emocional, de acuerdo con Donoso (2012), este proceso permite la disminución del estrés agudo que vive la víctima inmediatamente posterior al evento y semanas después, ayudándola a restaurar el funcionamiento previo al evento y contribuir a la prevención de posibles secuelas del trauma psicológico.

Es importante mencionar que en referencia a los PAP existe una falta de consenso teórico y empírico respecto de cuál es la intervención temprana más efectiva y segura para restablecer el bienestar emocional y la funcionalidad de una persona recientemente afectada por una situación potencialmente traumática, así como para prevenir el desarrollo de secuelas emocionales de largo plazo, sin embargo, Brymer, Jacobs, Layne, Pynoos, Ruzek, Steinberg, et al., (2006) y Pekevski (2013), indican que los PAP es un enfoque basado en la evidencia de información que busca apoyar a las personas después de un evento de crisis complejo o grave.

El término "basado en evidencia de información" es una referencia al hecho de que muchos de los componentes de los PAP se han derivado de la investigación y que existe un consenso general entre los expertos en el campo de la salud mental de desastres, de que estos componentes son efectivos para ayudar a los sobrevivientes a manejar la angustia posterior al desastre (Pekevski, 2013).

Los Primeros Auxilios Psicológicos es un tipo de intervención en crisis que se aplica inmediatamente después del impacto del ataque terrorista. Para Everly y Flynn (2005), las intervenciones tempranas pueden estar dirigidas a la prevención de un trastorno, tratamiento de un trastorno, proveer información/educar, proveer confort y apoyo, acelerar la recuperación y promover la salud mental.

En los PAP se aplican un conjunto de estrategias dirigidas a reducir el estrés y atender a las necesidades básicas de los individuos tras los acontecimientos traumáticos, a través de ocho principios básicos (Brymer et al., como se citó en Gesteira, 2016):

1. Contactar con las personas de forma no intrusiva;
2. Proporcionar seguridad inmediata y proveer apoyo físico y emocional;
3. Estabilizar (en caso de que sea necesario) a los supervivientes que están sobrepasados emocionalmente;
4. Recopilar información para determinar las necesidades inmediatas de cada persona;
5. Proveer de asistencia práctica a los supervivientes;
6. Conectar al superviviente con sus redes sociales;
7. Proveer información sobre las principales reacciones de estrés y mecanismos de afrontamiento; y
8. Vincular al superviviente con los servicios adecuados.

Los PAP son, de acuerdo con el Instituto Nacional de Medicina de los Estados Unidos (como se citó en Everly y Flynn, 2005; Brymer et al., 2006; Pekevski, 2013), un conjunto de técnicas que tienen por objetivo limitar la angustia y los comportamientos negativos, y promover un funcionamiento y afrontamiento adaptativo, tanto a corto como a largo plazo. Entre las técnicas resaltan la psicoeducación sobre respuestas psicológicas normales a eventos estresantes y traumáticos; habilidades para escuchar activamente; comprender la importancia de mantener la salud física y el sueño normal, la nutrición y el descanso, y comprender cuándo buscar ayuda profesional (Pekevski, 2013).

Los PAP buscan ofrecer ayuda de manera práctica y no invasiva centrándose en las necesidades y preocupaciones inmediatas de las personas y atenderlas en la medida de lo posible; escuchar al afectado sin sobre estimular a hablar sobre el tema; reconfortar a las personas y ayudar a la calma con técnicas de relajación; y psicoeducar, entre otras actividades. Parte importante de esta técnica es estar disponible para aquellos que necesiten apoyo y ayuda, sin forzarlos u obligarlos si se han negado a recibirla (OMS, 2012; Organización Mundial de la Salud).

Para Brymer et al., (2006) los núcleos centrales de acción de los PAP se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. *Núcleos de acción en PAP*

Núcleos de acción	Objetivo
Contacto y compromiso	Responder a los contactos iniciados por los supervivientes, o iniciar contacto en una forma no intrusiva, compasiva y servicial.
Seguridad y confort	Mejorar y mantener la seguridad inmediata, y proveer confort físico y emocional
Estabilización	Tranquilizar y orientar a sobrevivientes emocionalmente abrumados o desorientados
Recopilación de información	Identificar necesidades y preocupaciones inmediatas, recopilar información adicional, y adaptar la intervención de PAP
Asistencia práctica	Ofrecer una ayuda práctica al sobreviviente para abordar las necesidades y preocupaciones inmediatas
Conexión con apoyo social	Ayudar a establecer contactos cercanos o relativamente cercanos como persona de apoyo primario y otras fuentes de apoyo, incluidos familiares, amigos y ayuda comunitaria
Información y apoyo de afrontamiento	Proveer información sobre las reacciones al estrés y el afrontamiento para reducir la angustia y promover el funcionamiento adaptativo
Vinculación con servicios colaborativos	Vincular a los sobrevivientes con servicios disponibles que se puedan necesitar en el futuro

Así mismo Raphael (como se citó en Everly y Flynn, 2005) señala que el proveer apoyo psicológico en los PAP está diseñado para lograr:

1. Fomentar el proceso de "elaboración" reforzando el afrontamiento adaptativo.
2. Ayudar a las víctimas a restablecer un sentido de dominio (autoeficacia).
 3. Facilitar el acceso al siguiente nivel de atención, si es necesario.
 4. Facilitar la reintegración social.

Como se mencionó anteriormente, los PAP es un tipo de intervención en crisis, basada en la evidencia, para proveer apoyo a individuos que están viviendo una crisis seria y compleja. La elección de las estrategias y técnicas establecidas por Brymer et al., (2006) se hizo con base en los cinco principios básicos que han recibido apoyo empírico para la intervención en las etapas intermedias posteriores a un desastre. Estos principios fueron identificados por Hobfoll, et al (2007), y son (a) promover el sentido de la seguridad, (b)

promover la calma, (c) promover el sentido de la autoeficacia y la eficacia de la comunidad, (d) promover la conectividad, y (e) infundir esperanza.

Para Ruzek et al, (2007) y Brymer et al, (2006), los principios y las acciones de los PAP cumplen cuatro principios básicos:

1. Es consistente con la evidencia de investigaciones sobre el riesgo y la resistencia después del trauma (es decir, evidencia informada),
2. Aplicable y práctico en entornos de campo (a diferencia de un consultorio médico/profesional de la salud),
3. Apropiado para las etapas del desarrollo a lo largo de la vida (existen diferentes técnicas disponibles para apoyar a niños, adolescentes y adultos), y
4. Culturalmente informado y proporcionado de manera flexible, puesto que a menudo son aplicados por los miembros de la misma comunidad.

En relación con el último punto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), al presentarse un evento catastrófico es posible que el número de personas involucradas en él, tanto de forma directa como indirecta, sea alta, y por lo tanto considera que la accesibilidad de los PAP es un factor importante, y por lo tanto considera que éste puede ser dado por diferentes personas capacitadas como los paramédicos, bomberos, policías, militares, defensa civil, personas que trabajan en centros médicos, refugios, líneas de emergencia o crisis, entre otros, todo con el objetivo de poder abarcar el mayor número de personas posibles y aplicar los PAP lo más rápido posible.

Aún cuando no se han desarrollado estudios de efectividad con respecto a los PAP en eventos catastróficos, es importante recalcar que los PAP son un tipo de intervención en el cual las técnicas y estrategias aplicadas han sido determinadas de acuerdo a la evidencia científica para cada una éstas, tal como lo reportan Brymer et al, (2006), Hobfoll, et al (2007), Forbes et al., (2011) y Pekevski (2013).

Por su parte Everly y Flynn (2005) indican que en la literatura se encuentra un amplio consenso y respaldo a los PAP por parte de autoridades relevantes como el Centro para el Trastorno de Estrés Postraumático, el Instituto de la Salud Mental del Desastre de la Universidad del Sur Dakota, la Federación Internacional de la Cruz Roja y Sociedades de

la Media Luna Roja, y en el caso de la Asociación de Psicología Americana (APA), entre otras (Fox et al., 2011).

El vacío en la evidencia de efectividad ha llevado a diversos investigadores como Brymer et al., (2006) y Hobfoll et al., (2007), a buscar información, basada en la evidencia, sobre intervenciones psicosociales post catástrofes. Para establecer el sustento teórico-práctico de los PAP, Hobfoll et al., (2007) extrapolaron evidencia de otros campos de investigación para poder:

1. Crear prácticas basadas en la evidencia,
2. Llegar a un consenso entre investigadores y profesionales del campo del trauma y recuperación post catástrofes, con respecto a lo que es viable, e
3. Identificar los principios básicos relacionados con la intervención que tienen un mayor sustento en la literatura para promover la resiliencia después de la exposición al estrés extremo.

Entre las conclusiones más importantes del estudio de Hobfoll et al. (2007), fue reconocer que, como los eventos traumáticos son diferentes entre sí, se hace necesario mantener la flexibilidad; cualquier guía de intervención debería ser adaptable a circunstancias específicas. Por lo tanto, en lugar de proponer intervenciones específicas, se debería aplicar varios principios generales para una intervención exitosa, formulándolos de forma tal que permitan un traslado fluido y acorde a circunstancias específicas.

A pesar de contar con un marco teórico consistente, su efecto benéfico no está demostrado por evidencia empírica. Dada esta situación, en 2015 un equipo de CIGIDEN y del Departamento de Psiquiatría UC implementó un estudio, cuyo objetivo fue determinar la efectividad y seguridad de los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) como herramienta de prevención secundaria del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y otros síntomas en población afectada por un trauma no intencional reciente.

Al alero de este estudio surgió la primera versión del presente *manual*, el cual fue utilizado por los reclutadores en los distintos servicios de urgencia de cinco hospitales públicos y privados de la ciudad de Santiago de Chile. En ese contexto, el objetivo del

manual fue orientar el trabajo de campo de los reclutadores, que pudiera facilitar la aplicación del protocolo de estudio y de los PAP.

En este estudio, los pacientes que recibieron PAP se recuperaron más rápido que los que recibieron una intervención de psicoeducación, desarrollando menos síntomas de reexperimentación como pesadillas, recuerdos, sensaciones físicas, o flashbacks durante el primer mes luego de la experiencia traumática. Además, reportaron un mayor bienestar subjetivo luego de la intervención.

La adaptación de la presente guía tiene por objetivo establecer el marco de referencia teórico-práctico para la aplicación de los PAP en crisis grupales e individuales en miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía ante ataques o eventos terroristas, como primera medida de intervención temprana.

Cómo utilizar el manual de Primeros Auxilios Psicológicos

La presente adaptación se realiza para establecer una guía de intervención inmediata (Primeros Auxilios Psicológicos) en miembros de las Fuerzas Militares y de Policía de Colombia ante un ataque terrorista. Esta versión adaptada mantiene las directrices principales de aplicación del manual original (Cortés-Montenegro, P. y Figueroa-Cabello, R. (2016).

El manual está diseñado para ser utilizado por cualquier persona que participe como apoyo asistencial a la crisis, sin ser necesariamente profesional de la salud mental (psicólogo o psiquiatra), sin embargo, se considera de suma importancia que quienes hagan uso de este manual, participen en las jornadas de capacitación y entrenamiento programadas con el propósito de consolidar un apoyo psicológico más riguroso y alineado con la praxis profesional del área de salud mental.

Puesto que este manual se adapta para su aplicación en las Fuerzas Militares y de la Policía, las personas capacitadas y entrenadas serán miembros oficiales y civiles que laboren en estas instituciones. La intervención por medio de los PAP se hará a todo miembro de las Fuerzas Armadas y/o de Policía, y a civiles cuando estos hayan sido víctimas directas del ataque terrorista.

Recuerde que el manual lo guía a través de una serie de pasos que deben ser abordados con respeto y responsabilidad, autores como McNally, Bryant y Ehlers (2003); Ruzek et al., (2007), Schafer, Snider y Sammour (2016) indican que no es útil, por el contrario, puede ser perjudicial, alentar directamente a las víctimas de un evento traumático a hablar sobre lo que les sucedió si no lo desean. Si una persona quiere discutir sus experiencias, es útil brindarles apoyo, pero se debe hacer con empatía y no empujándolos a discutir lo que tal vez no quieren o no pueden.

A continuación, se encontrarán una serie de términos relacionados a la crisis, ataques terroristas y al trauma psíquico que pueden ser de utilidad. Luego, se expone la etapa preparatoria a la implementación de la técnica, seguido del PAP paso a paso. Esta guía es

de índole práctica, por lo que se encontrará con diversas frases útiles que pueden ayudarlo al momento de estar apoyando a la persona en crisis.

Finalmente, se pone a disposición una serie de recursos útiles para la aplicación de los PAP, entre los que se encuentran enlaces de interés en la web que buscan complementar la tarea hacia la comprensión del trauma psíquico, ejemplos de folletería para ser entregada a los afectados que reciban los PAP, así como ofrecer material multimedia de calidad e información sobre centros de apoyo en diversas áreas.

Glosario y términos

Los siguientes conceptos son comúnmente utilizados en situaciones de crisis individual y colectiva. Algunos hacen referencia a intervenciones preventivas y otras de reparación.

⊕ **Critical Incident Stress Debriefing (CISD):** Es un tipo de intervención en crisis que se realiza en forma grupal, centrada en la discusión de un evento traumático, cuyo objetivo es la disminución del estrés y la restauración de la cohesión grupal mediante el uso de la catarsis. Puede ser descrito también como un proceso psicoeducativo en el que se cuenta la historia y experiencia del evento traumático, combinada con la entrega de información práctica para normalizar las reacciones de estrés y así facilitar su recuperación.

A pesar de que su uso podría parecer razonable y apela al sentido común sobre lo que podría ayudar a los afectados, existen ensayos clínicos que desaconsejan su utilización porque no han encontrado que sea efectivo e incluso podría tener un efecto iatrogénico al aumentar la incidencia de TEPT (Rose, Bisson, Churchill & Wesseley, 2002).

⊕ **Resiliencia (individual).** Se refiere a la capacidad de mantener y/o recuperar precozmente el funcionamiento saludable a lo largo del tiempo luego de un incidente crítico, así como la capacidad para generar experiencias y emociones positivas, por lo que es el resultado de un proceso exitoso de adaptación frente a un evento adverso (Bonanno, Westphal y Mancini, 2011).

⊕ **Trauma.** Experiencia de riesgo de muerte, lesiones físicas graves o violencia sexual, ya sea como víctima directa, testigo, familiar de la víctima o profesional interviniente. Las causas más frecuentes de trauma en nuestra realidad son experiencias médicas extremas o muy dolorosas, accidentes (de tránsito u otros), abuso sexual,

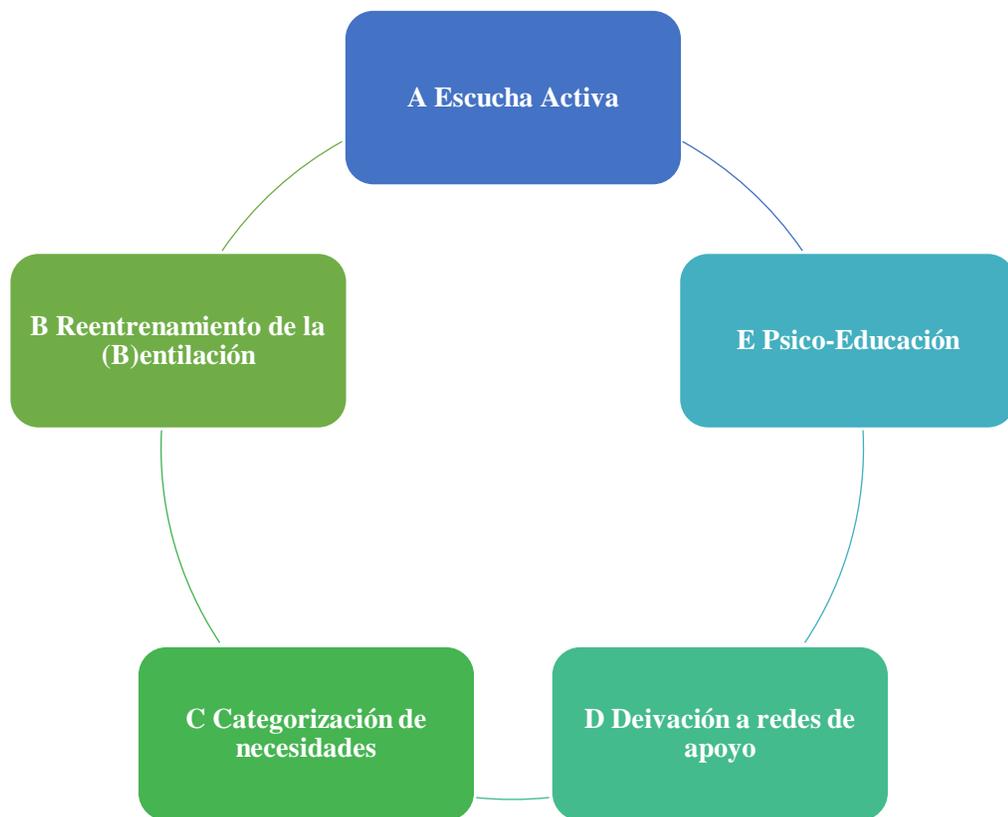
delincuencia, enterarse repentinamente de la muerte, enfermedad o accidente grave de un ser querido o desastres naturales. En un sentido más amplio, también pueden considerarse “traumas” otras experiencias fuertemente estresantes desde el punto de vista subjetivo, como algunos procedimientos médicos, la muerte de una mascota o atorarse fuertemente con la comida. En cualquier caso, lo central del trauma es que la experiencia es extremadamente estresante para la persona y percibe que no tiene control sobre ésta.

- ⊕ **Crisis.** La crisis es una alteración en el equilibrio cuando se fracasa en una aproximación tradicional de resolución de problemas que genera desorganización, desesperanza, tristeza, confusión y pánico (Lillibridge y Klukken (1978, como se citó en Rubin y Bloch, 2000).
- ⊕ **Trastorno de Estrés Agudo (TEA).** Según el CIE-10 (F43.0), puede definirse como una reacción transitoria al estrés provocado por un evento excepcional que afecta el plano psíquico y físico y que dificulta la capacidad adaptativa de la persona. Los síntomas se configuran en un cuadro de presentación cambiante, y por lo general remiten en el plazo de horas o días. Puede manifestarse en un estado inicial de aturdimiento cognitivo, con cierta constricción del campo de la conciencia y con estrechamiento de la atención, incapacidad para captar estímulos y desorientación. También puede haber presencia de reacciones del sistema nervioso autónomo, como signos de pánico (taquicardia, sudor, rubor). Si los síntomas persisten en el tiempo y en intensidad, debe considerarse un cambio de diagnóstico por TEPT.
- ⊕ **Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).** Según el CIE-10 (F43.1), puede definirse como una respuesta tardía a un evento estresante de naturaleza amenazante o catastrófica, situación que causaría reacciones de angustia generalizada en casi cualquier persona. Se observan episodios vívidos como una repetición del trauma a través de pensamientos intrusivos, sueños o pesadillas, experimentados en un fondo de aplanamiento emocional, desapego, anhedonia, y un estado de alerta excesiva y persistente (hipervigilancia, insomnio). La ansiedad y la depresión se asocian con

frecuencia al resto de los síntomas, siendo frecuente la presencia de ideación suicida. El comienzo del trastorno sigue a la ocurrencia del evento traumático, con periodos de latencia que varían entre semanas a meses, e incluso años.

- ⊕ **Terrorismo.** Se define como una expresión máxima de violencia, que, de acuerdo con Zuniaga (2011), sirve como instrumento o medio para influir sobre un determinado grupo, sembrando miedo y terror (Rodríguez, 2012), aspectos que pueden afectar la psiquis de las víctimas, y convertirse en un factor clave para el éxito del grupo terrorista. Para Musitu (1997), el terrorismo es todo acto violento e intencional de uno o más individuos, que haciendo uso ilegítimo de la fuerza, ocasiona daño físico o psicológico a otros individuos y es, además, percibido como intencional por los receptores o potenciales receptores.

Guía **ABCDE** - Primeros Auxilios Psicológicos



Objetivos de los PAP

- ⊕ Brindar alivio emocional y seguridad de forma inmediata.
- ⊕ Recopilar información para determinar las necesidades inmediatas.
- ⊕ Un funcionamiento y afrontamiento adaptativo, tanto a corto como a largo plazo.
- ⊕ Prevenir el desarrollo de psicopatologías relacionadas con la crisis y el trauma (TDA, TEPT, TED, entre otros).

Etapa de preparación

Antes de aplicar los PAP, es necesario tomar unos minutos para prepararse y chequear una serie de antecedentes que pueden ser de utilidad:

- 1. Entrenamiento:** Lo primero es contar con un entrenamiento adecuado en PAP. En la sección “*Recursos en línea*” se puede encontrar lugares donde se realiza un entrenamiento certificado. Estos recursos son complementarios a las capacitaciones y entrenamientos que provean las Fuerzas Militares y la Policía.
- 2. Coordinación con su equipo (u otros):** Es recomendable establecer comunicación constante con otras personas de la institución que hagan parte del grupo de entrenamiento en PAP, puesto que la labor desarrollada en el contexto Colombiano, se enmarca en situaciones en las que las experiencias traumáticas son frecuentes. Antes de intervenir, se debe procurar coordinar con otros organismos que están participando en la respuesta a la emergencia o situación de crisis (bomberos, paramédicos, defensa civil, cruz roja, etc.). Una intervención que no se encuentra bien articulada con el resto del sistema de respuesta es altamente probable que sea inefectiva.
- 3. ¿Estoy en condiciones?:** Es necesaria una auto-evaluación de la condición personal frente a la crisis. Si se encuentra afectado por alguna situación personal (ej. duelo, crisis familiar, experiencia traumática reciente), es recomendable no efectuar la intervención a un tercero. De esta manera, evitará consecuencias negativas sobre sí mismo y sobre la persona afectada.
- 4. Infórmese sobre la situación:** Si como voluntario o por asignación, usted será parte del grupo que intervenga con los PAP, es muy importante que anticipadamente recabe la mayor cantidad de información sobre la situación desde fuentes confiables. Es

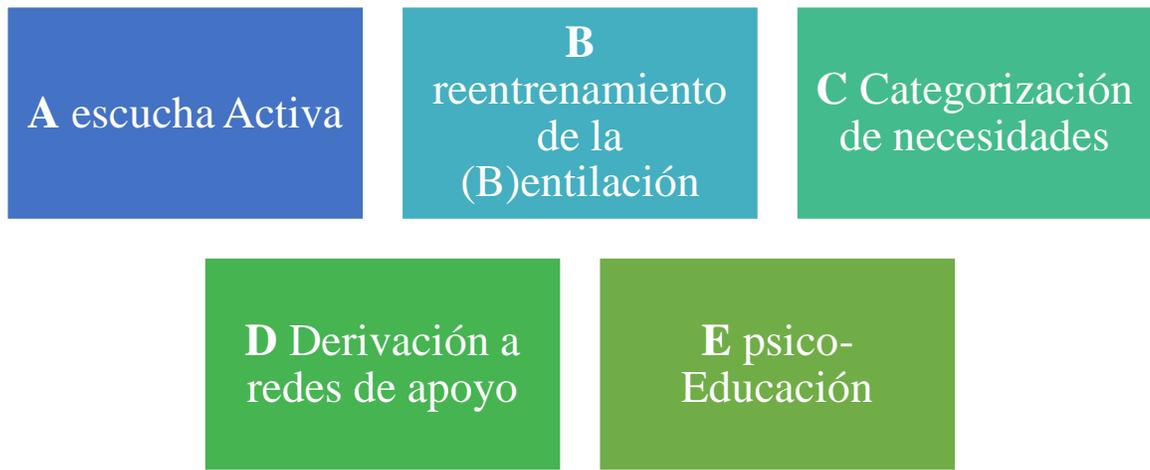
recomendable llegar bien preparados, con un amplio conocimiento acerca de los recursos disponibles en el lugar de la emergencia, de ese modo podrá entregar una mejor orientación al afectado. Estar informado reducirá su ansiedad y lo ayudará a tomar mejores decisiones junto al afectado.

5. **Evalúe aplicabilidad:** No todas las personas que experimentan una crisis van a necesitar PAP. Es muy importante respetar las decisiones y recursos personales del afectado, así como comunicar que usted estará disponible para ofrecer ayuda si la necesita más adelante. No olvide observar si la persona se encuentra en una situación de emergencia psiquiátrica, pues en ese caso, la aplicación y los resultados de este protocolo pueden ser ineficaces.

6. **Identifíquese:** Es fundamental compartir con el afectado su nombre, su institución y las razones de su presencia en ese lugar. Esto creará un ambiente de seguridad para la persona, facilitando la aplicación de los PAP. Es indispensable portar alguna credencial que lo identifique y que señale la organización a la que pertenece. Así como es necesaria su presentación, también lo es conocer el nombre y datos generales acerca del afectado en el lugar de la emergencia o desastre (ej. Quién es, qué estaba haciendo allí, quién lo acompaña, etc.).

Recomendamos seguir los siguientes pasos en orden, evitando siempre forzar a la persona afectada a aceptar cada una de las actividades. En este sentido, cada paso constituye una oferta, no una obligación. Adicionalmente, y de acuerdo con las necesidades particulares de cada beneficiario, es posible saltarse pasos o invertirlos.

A continuación, se presenta el protocolo organizado en 5 letras “**ABCDE**”, que sirven como ayuda memoria de cada uno de los pasos del protocolo.



A Escucha Activa

Este paso puede tomar entre 10 a 20 minutos. Saber comunicarse con una persona angustiada, ansiosa o alterada es fundamental. **En este estado, la persona puede querer o no contarle su historia.**

Escuchar ese testimonio puede ser de gran ayuda para calmar a la persona afectada, por lo cual es esencial dar espacio para que ella cuente de manera espontánea lo que le está ocurriendo, **pero sin presionarlo**. Para otras personas guardar silencio será preferible: permanecer a su lado, en silencio, puede ser de gran ayuda. Lo central de la escucha activa es ser capaz de transmitirle a la otra persona que allí hay un ser humano que está *comprendiendo* lo que le pasa.

Cúidese del *furor curandis*, un impulso irreflexivo por “*hacer algo*” por quien está sufriendo. Esta condición podría hacerlo decir o hacer cosas que dañen a la persona, aunque no haya sido su intención.

El lenguaje corporal es una herramienta fundamental para transmitir *comprensión* y *empatía*. Utilizar las posturas, los gestos y el contacto visual son parte esencial de esta técnica. Guíe la escucha activa con la siguiente tabla:

LO QUE DEBE HACER O DECIR	LO QUE NO DEBE HACER O DECIR
<p>Hágale entender al afectado que está escuchándolo. Resuma las causas del sentimiento utilizando el estilo del relato y considerando las palabras referidas por el afectado (parafrasear).</p> <p>Asienta con la cabeza o diga: <i>“mmm...claro, sí”</i></p> <p>otra alternativa:</p>	<p>No se distraiga.</p> <p>No mire el reloj ni mire insistentemente hacia otro lado.</p> <p>No se apresure a dar una solución si la persona quiere ser escuchada.</p>

<p>LO QUE DEBE HACER O DECIR</p>	<p>LO QUE NO DEBE HACER O DECIR</p>
<p><i>“entonces usted me dijo que...”</i></p> <p>Tenga paciencia con el relato, sin preguntar por detalles que la persona no ha referido. Tolere los espacios de silencio, la pena o el llanto.</p> <p>No se precipite a decir algo inapropiado <i>“por hacer algo”</i>.</p> <p>Controle el <i>furor curandis</i>.</p>	<p>No juzgue lo que la persona hizo o no hizo, sintió o no sintió:</p> <p><i>“usted no debió haber hecho eso...”</i></p> <p><i>“no debería sentirse así...”</i></p>
<p>Si es señalado, pregunte por la situación de otras personas si es el caso. Por ejemplo:</p> <p><i>“¿y se encuentra bien su hija?”</i></p>	<p>No cuente la historia de otra persona o la suya propia.</p>
<p>Permanezca cerca a la persona, sentado a su lado y mirando al rostro. Sólo toque a la persona en actitud de apoyo si está confiado de que será bien recibido por ésta. Puede preguntarle si le incomoda.</p>	<p>No toque a la persona si no está seguro de que sea bien recibido.</p>
<p>Utilice técnica reflejo, adoptando posturalmente una actitud similar a la del afectado, que le comunique que usted está en la misma <i>“sintonía afectiva”</i>. Hágale saber que comprende su sufrimiento y que entiende que se puede estar sintiendo muy mal, sin ser autorreferente:</p> <p><i>“Esto debe ser difícil para usted...”</i></p>	<p>No minimice ni dé falsas esperanzas:</p> <p><i>“puedo asegurarle que usted va a salir adelante”</i></p> <p><i>“afortunadamente no fue para tanto”</i></p> <p><i>“ahora tiene un angelito que la cuida”</i></p> <p><i>“no te preocupes... eres joven, y ya vas a ver qué vas a encontrar pareja pronto”</i></p> <p><i>“Dios sabe por qué hace las cosas”</i></p> <p><i>“no hay mal que por bien no venga”</i></p> <p><i>“todo pasa por algo”</i></p>

Si la persona está muy angustiada, ayúdele a calmarse. Ofrezca un vaso de agua si es posible o avance al siguiente paso reentrenamiento de la (B)entilación.

B reentrenamiento de la (B)entilación

Algunas personas que han vivido una crisis pueden mostrarse ansiosas o alteradas, sintiendo confusión o encontrándose sobrepasadas por la situación, observándose temblorosas, teniendo dificultades para respirar o sintiendo su corazón muy agitado. Por esta razón, los PAP contemplan unos minutos para enseñar y practicar reentrenamiento de la (B)entilación y así ayudar a las personas a tranquilizarse. Este paso toma *10 minutos*, aunque habrá personas que necesitarán más tiempo. Recuerde que este y otros pasos pueden aplicarse *siempre y cuando la persona quiera recibirlo*.

Explique que la forma como respiramos influye en nuestras emociones, y que es por eso que en el yoga y la meditación se trabaja con la respiración.

Técnicas de Respiración:

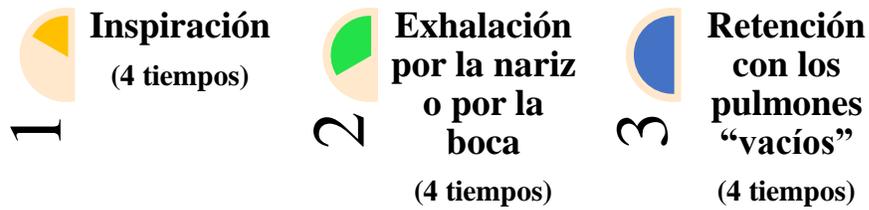
1. Diríjase a la persona y dígame

“Ahora ensayaremos el re-entrenamiento de la respiración: consiste en inspirar, exhalar y luego esperar un momento con los pulmones vacíos hasta volver a inspirar... lo importante es la pausa luego de vaciar los pulmones”.

2. Puede pedirle que lo practiquen juntos.

3. Para empezar, pídale a la persona que adopte una postura relajada y cómoda, poniendo los pies en el piso y sintiendo ese contacto.

“Si lo desea y se siente cómodo, puede cerrar los ojos o mirar un punto fijo con la mirada baja. Ahora vamos a intentarlo...”



Los **4 tiempos** no siguen necesariamente el tiempo real (*en segundos*). La duración de los tiempos es variable, según el estado de agitación de la persona. Acomode la duración de los tiempos para que el afectado se sienta cómodo y no se quede sin aire.

“Para ayudarse, puede repetir mentalmente y de forma lenta la palabra calma o tranquilo cada vez que bote el aire o puede imaginar que la tensión se escapa con el aire que bota. Intentémoslo de nuevo...”

Una vez que el afectado haya comprendido la mecánica puede dejar que continúe solo por 10 minutos, reforzando lo bien que lo está haciendo:

“muy bien... está haciéndolo excelente”

Adicionalmente, también puede guiarse utilizando las pautas adaptadas de Foa, Hembree y Rothbaum (2007) para el reentrenamiento de la respiración, que siguen la misma lógica anteriormente expuesta:

- Explique detalladamente la lógica del ejercicio:

“La forma como respiramos modifica nuestras emociones. Cuando botamos el aire nos relajamos más que cuando inspiramos (al contrario de lo que se suele creer), por lo que podemos entrar en un estado de calma si prolongamos el tiempo en que nuestros pulmones están vacíos...”

- Explique y demuestre la mecánica del ejercicio:
“El ejercicio se trata de que usted inspire en cuatro tiempos, exhale en cuatro tiempos y aguante cuatro tiempos más antes de volver a inspirar”. Ahora mire como yo lo hago... [Hágalo usted mismo].
- Acompañe a hacer el ejercicio:
“Ahora lo hará usted, y yo lo acompañaré recordándole cómo debe hacerlo. Inspire... dos, tres, cuatro... exhale, dos, tres cuatro... aguante, dos tres, cuatro...” [repita el ciclo por uno o dos minutos acompañando al afectado]. “Mientras exhala puede pensar en la palabra calma”.
- Indíquele al afectado que lo haga diariamente por diez minutos, tres veces al día (mañana, tarde y noche) y cada vez que se sienta angustiado. Puede ayudarse con las aplicaciones Breath Pacer o Paced Breathing disponible para teléfonos inteligentes:
“Le voy a pedir que realice este ejercicio durante 10 minutos todos los días en la mañana al despertar, en las horas de la tarde, antes de irse a dormir y cada vez que sienta que está comenzando a angustiarse mucho. Mientras más use esta técnica, más fácil será la próxima vez que la use”. “Usted puede ayudarse con algunas aplicaciones disponibles gratuitamente para celulares, como una llamada Breath Pacer y otra llamada Paced Breathing.”

C Categorización de necesidades

Luego de un evento traumático es común que se produzca confusión mental y las personas tengan dificultades para ordenar los diferentes pasos que deben seguir para solucionar sus problemas (ej. denuncia de siniestro, llamada a familiares, búsqueda de pertenencias, trámites legales, etc.). Usted puede ayudar mucho a la persona acompañándola en el proceso de jerarquización de sus necesidades, para luego ayudarla a contactar los servicios de salud y seguridad social que podrán serle de ayuda. Recuerde que esta es una intervención breve, y su trabajo se centra en ayudar a identificar las necesidades y jerarquizarlas. Es importante que la persona utilice sus propios recursos o los de sus redes de apoyo personales o comunitarias para hacer frente a la crisis que está viviendo, de manera que lo logrado se mantenga luego de que usted termine su trabajo.

LO QUE DEBE HACER O DECIR	LO QUE NO DEBE HACER O DECIR
<p>Escuche el relato e identifique las preocupaciones del afectado:</p> <p><i>“¿Qué es lo que le preocupa o necesita ahora?”</i></p> <p><i>¿Puedo ayudarlo(a) a resolverlo?”</i></p>	<p>Decidir cuáles son sus necesidades, sin prestar atención al relato del afectado.</p> <p><i>“Antes que me diga nada, yo creo que lo más importante que usted debe hacer es...”</i></p>
<p>Ayude a las personas a priorizar sus necesidades: Se les puede pedir que distingan entre lo que necesitan solucionar inmediatamente y lo que puede esperar:</p> <p><i>“... me doy cuenta de que son muchas las cosas que le preocupan. ¿Le parece si vamos paso a paso y nos enfocamos primero en lo más urgente?”</i></p>	<p>Resolver las necesidades a medida que el afectado las va mencionando, sin organizar ni jerarquizar.</p>

Ud. puede intentar también con las siguientes frases (disponibles en Figueroa, Cortés, Accatino y Sorensen, 2016):

- *“¿Cuál cree que es el problema más importante de resolver primero?”*
- *“¿Qué cosas le han ayudado en el pasado cuando ha tenido que lidiar con tanto estrés?”*
- *“Obviamente son muchos problemas juntos que sería bueno ordenar para ir uno por uno... si quiere puedo ayudarle a hacerlo”.*
- *“Entiendo que se sienta sobrepasado. Veamos si podemos identificar al menos tres cosas sobre las que tiene actualmente control para focalizarnos en ellas”.*

D Derivación a redes de apoyo

Una vez identificadas estas necesidades, ayude a la persona a contactar a las personas y/o servicios de apoyo social que podrán ayudarle a satisfacer dichas necesidades ahora y más adelante, junto al material *Servicios y Redes de Apoyo* (ver Anexo).

Recuerde siempre que la primera red de apoyo es la familia y los amigos. Para este paso es indispensable que antes de contactar al afectado haya estudiado bien la oferta de servicios de apoyo social disponibles en el lugar donde proveerá los PAP.

LO QUE DEBE HACER O DECIR	LO QUE NO DEBE HACER O DECIR
<p>Facilite el contacto con sus familiares, amigos y/o trabajo. Sugiera llamarlos si es necesario (identifique teléfonos públicos disponibles o gestione un teléfono móvil con su institución).</p>	<p>Tomar la iniciativa “ayudar” a la persona con asuntos que él mismo puede hacer.</p> <p><i>“Voy a ir con la asistente social para preguntarle sobre la situación de su madre”</i></p>
<p>Haga sugerencias prácticas sobre cómo recibir la ayuda necesitada. Utilice la información de contacto disponible en el material <i>Servicios y Redes de Apoyo</i>.</p>	<p><i>“Páseme el celular, yo llamaré a su hijo para contarle lo que pasó”</i></p>

Puede ayudarse con las siguientes frases útiles (disponibles en Figueroa, Cortés, Accatino y Sorensen, 2016):

- *“¿Su familia sabe lo que sucedió y que usted está aquí?”*
- *“Se ha visto que ayuda mucho para estar mejor compartir con compañeros y familiares... pasar tiempo juntos, acompañados, ¿existirá algún momento en la semana en el que pueda dedicarse regularmente a compartir con su familia y compañeros?”*

- *“Entiendo que quizás usted desconfíe de los servicios públicos de apoyo, pero si más adelante cambia de opinión, quisiera que sepa cómo contactarlos”*
- *“No tengo información sobre la situación de sus compañeros, pero veamos si podemos averiguar algo sobre ellos en las páginas de búsqueda de personas o con la policía...”*
- *“Si le surge alguna duda más adelante, puede venir a preguntarme, o quizás se anime a llamar al teléfono gratuito 57 031 3680311 donde alguien podrá orientarle de lunes a viernes en el horario laboral o buscar ayuda con el profesional de psicología o el orientador espiritual de su unidad”*

E Psico-Educación

Para finalizar, promueva estrategias de respuesta positivas ante el estrés, explicando y entregando una copia del material, *¿Qué puedo esperar frente a una crisis?* (ver Anexo). Revise el material con el afectado, y resuelva sus dudas.

Puede ayudarse con la siguiente tabla, la cual es de utilidad para conocer las reacciones normales frente al estrés o a experiencias traumáticas recientes.

Es muy importante que usted normalice aquellas reacciones emocionales que – aunque por cierto incómodas– son normales en situaciones de crisis, como labilidad emocional, dificultad para pensar, insomnio, angustia, entre otras. De esta manera la persona no interpretará lo que le ocurre como una señal de estar “perdiendo la cabeza”. Enfatícele que lo más probable es que el malestar que siente se vaya pasando sin necesidad de ayuda en algunas semanas, muéstrole cómo ayudarse a sí mismo y a sus conocidos, cuáles son las señales de alarma, y qué hacer si aparecen.

Tabla 3. Reacciones emocionales, cognitivas, físicas e interpersonales comunes frente a experiencias traumáticas recientes.

Reacciones Emocionales	Reacciones Físicas
Estado de shock	Fatiga, cansancio
Terror	Insomnio
Irritabilidad y rabia	Taquicardia o palpitaciones
Sentimiento de culpa (hacia sí mismo y hacia otros)	Sobresaltos
Dolor o tristeza	Exaltación
Embotamiento emocional	Incremento de dolores físicos
Sentimientos de impotencia	Reducción de la respuesta inmune
Pérdida del disfrute derivado de actividades familiares	Dolores de cabeza
Dificultad para sentir alegría	Perturbaciones gastrointestinales
	Reducción del apetito
	Reducción del deseo sexual
	Vulnerabilidad a la enfermedad

Reacciones Emocionales	Reacciones Físicas
Dificultad para experimentar sentimientos de amor y cariño por otros	

Continuación Tabla 1.

Reacciones Cognoscitivas	Reacciones Interpersonales
<p>Dificultades para concentrarse</p> <p>Dificultades para tomar decisiones</p> <p>Dificultades de memoria</p> <p>Incredulidad</p> <p>Confusión</p> <p>Pesadillas</p> <p>Autoestima decaída</p> <p>Noción de autoeficacia disminuida</p> <p>Pensamientos culposos</p> <p>Pensamientos o recuerdos intrusivos sobre el trauma</p> <p>Preocupación</p> <p>Disociación (ej. Visión túnel, estado crepuscular de conciencia, sensación de irrealidad, dificultades para recordar, sensación de separación del cuerpo, etc.)</p>	<p>Incremento en conflictos interpersonales</p> <p>Retraimiento social</p> <p>Reducción en las relaciones íntimas</p> <p>Alienación</p> <p>Dificultades en el desempeño laboral o escolar</p> <p>Reducción de la satisfacción</p> <p>Desconfianza</p> <p>Externalización de la culpa</p> <p>Externalización de la vulnerabilidad</p> <p>Sensación de abandono o rechazo</p> <p>Sobrepotección</p>

Nota: Adaptado de Common Reactions After Trauma (2015), del National Center for PTSD, U.S Department of Veterans Affairs.

Al momento de utilizar el material gráfico (ver Anexos), puede utilizar las siguientes frases para orientar la psicoeducación:

- *“Todas esas sensaciones que está experimentando son muy comunes después de una experiencia así. La mayoría de las personas que han vivido una situación tan estresante las presentan por días e incluso semanas, pero luego se van yendo. No significan que esté perdiendo la cabeza o que sea débil...”*.
- *“Preocuparse de usted, y pasar un tiempo de relajación junto a su familia puede ser muy útil durante estos días difíciles”*.
- *“Afortunadamente los seres humanos solemos salir adelante de este tipo de situaciones, por más duras que parezcan, por lo que tengo confianza en que usted podrá superar todo esto...”*.
- *“Iremos controlando su evolución en las próximas semanas. Normalmente este malestar va disminuyendo con los días y semanas, por lo que tengo confianza en que todo esto irá pasando poco a poco”*.
- *“Lo felicito... todo eso que ha hecho le ayudará a salir adelante. Me alegro de ver cómo va tomando decisiones y saliendo adelante”*.
- *“Durante estas dos primeras semanas evite pasar pegado a la tele viendo noticias sobre el terremoto... y evite que sus niños hagan lo mismo”*.
- *“Estar más emotivo, quizás con un poco de insomnio, no poder parar de pensar en lo que pasó, más temeroso, más irritable, por momentos más retraído... todo eso es normal. Preocúpese si con los días eso no va pasando o si aparecen ganas de morir, hacerle daño a otros, si aparecen crisis de pánico repetidas, si ve que algún conocido suyo pierde contacto con la realidad... en esos casos venga o tráigalo inmediatamente”*.
- *“Durante estos días pueden darle más ganas de beber alcohol, fumar o quizás usar otra droga... Evítelo y reemplácelo por deporte, algún hobby, yoga o meditación, que se ha visto son más efectivos para superar momentos difíciles”*.

PARA EL PROVEEDOR

- Permanecer en constante auto-observación con el fin de identificar signos de Burnout, un síndrome que aparece como señal de estar sobrepasado y exhausto por el trabajo.
- Procurar realizar actividades de autocuidado, a nivel individual y como de equipo. Los PAP usted también puede usarlos consigo mismo o con sus compañeros.

Es relevante señalar que si en cualquier momento de la intervención, el afectado evidencia alguno de estos criterios, será necesario derivar a urgencia psiquiátrica:

- Ideación suicida
- Agresividad hacia sí mismo y terceros
- Catatonia (alteración en el control sobre los movimientos voluntarios)
- Psicosis (perdida del juicio de realidad)
- Trastorno psiquiátrico previo grave en riesgo de descompensación severa a producto del trauma (ej. Esquizofrenia, trastorno bipolar, dependencia de sustancias).

Recomendaciones generales

Tomado de Mental Health Academy (2020) de Australia.

- ⊕ Trate a las personas que se le acercan como la máxima prioridad para comprometerse.
- ⊕ Las primeras impresiones cuentan, y si el encuentro es positivo para la persona, estará dispuesta a recibir más ayuda más adelante.
- ⊕ Si inicia el contacto, pida permiso para hablar con la persona durante unos minutos y llámela por su título (es decir, generalmente "Sr." o "Señora") y apellido.
- ⊕ Hable lento y claro, su voz de estar tranquila y bien modulada (no fuerte ni agitada) ayudará a construir la confianza necesaria para aceptar su ayuda.
- ⊕ Si su oferta de ayuda es rechazada, avísele a la persona dónde puede encontrar ayuda psicológica, en caso de que la necesite más tarde.
- ⊕ Dadas las circunstancias del evento, busque un lugar lo más privado posible para poder hablar con tranquilidad.
- ⊕ Ponga toda su atención en la persona.
- ⊕ Explore si existe alguna necesidad apremiante que requiera atención inmediata (las necesidades médicas tienen la máxima prioridad).
- ⊕ Preste atención a las necesidades de salud de los sobrevivientes, algunos pueden tener problemas físicos, presión arterial o problemas respiratorios, susceptibilidad a caídas, pérdida sensorial (visual o auditiva), problemas de movilidad o problemas cognitivos (como problemas de atención, memoria, o concentración).
- ⊕ Póngase en contacto con familiares o personal adecuado, si es posible, para obtener más información sobre las necesidades nutricionales y de medicamentos que puedan tener los sobrevivientes.
- ⊕ Quédese con cualquier persona que requiera atención médica urgente hasta que llegue la ayuda.
- ⊕ Esté atento de aquellas personas que no están afrontando la situación, ya sea porque están amenazando a otras personas o a sí mismas, o porque están en estado de shock

(identificable por piel pálida, húmeda, pulso débil o rápido, mareos, ojos vidriosos, respiración superficial o irregular, falta de respuesta o falta de control de la vejiga/intestino). Si alguien está agitado, inquieto o confundido, busque atención médica inmediata.

- ⊕ Si en su juicio las personas a las que se está asistiendo pueden recibir información (es decir, parece capaz y listo para comprenderlo), bríndeles información sobre:
 - ⊕ El desastre (si aún se está desarrollando)
 - ⊕ Qué se está haciendo para ayudarlos
 - ⊕ Que servicios hay disponibles
 - ⊕ Qué estrés y reacciones emocionales pueden estar experimentando
 - ⊕ Lo que necesitan hacer a continuación
 - ⊕ Cómo cuidarse a sí mismos y a sus compañeros
- ⊕ Use un lenguaje claro y simple, evite términos técnicos y responda preguntas y preocupaciones urgentes, pero solo con la información que realmente tenga. ¡La información de "invención" no ayudará!
- ⊕ Ayude a evitar que los medios de comunicación, los espectadores y cualquier abogado perturben la privacidad de los sobrevivientes.
- ⊕ Disuadir a los sobrevivientes y a las personas afectadas de que vean de forma excesiva noticias sobre el evento en los diferentes medios de comunicación.
- ⊕ Reconozca la intensidad y la variación de los sentimientos, que van desde la negación, la ira, la culpa, la desesperación, la preocupación, la conmoción, y la esperanza que se alternan con la desesperanza, que experimentan los sobrevivientes cuando no se tiene información de un compañero o un ser querido. Asegúreles que la Fuerza Pública (Militares y/o Policía) y otros trabajadores de desastres, están haciendo todo lo posible para localizar a la persona desaparecida.
- ⊕ Reconozca que los sentimientos pueden variar desde tristeza, ira, culpa, arrepentimiento hasta extrañar a la persona que ha muerto y verla en sueños; La intensidad que es común en la etapa de duelo agudo es una respuesta saludable, que marca la importancia de la muerte.
- ⊕ Todos los que están profundamente afligidos deben ser tratados con compasión, respeto y dignidad, y se deben aceptar todas las reacciones de duelo.

- ⊕ Si bien no hay una forma "correcta" de llorar, el dolor pone en riesgo a las personas por un mayor uso de sustancias, incluidos medicamentos, alcohol y tabaco, y estas definitivamente no ayudan al sobreviviente. Ayude a las personas desconsoladas a comprender la importancia de cuidarse bien y de buscar ayuda profesional si es necesario.
- ⊕ Tranquilice a los sobrevivientes haciéndoles saber que sus experiencias y reacciones son normales y esperadas, y que los períodos de tristeza, enojo y/o soledad pueden continuar por algún tiempo.
- ⊕ Hágales saber que si se sienten mal (es decir, deprimidos), si tienen problemas con el funcionamiento diario, deben hablar con un profesional del área de la salud mental, y que pueden obtener referencias de servicios a través de su servicio médico, profesionales de salud mental del dispensario médico de la unidad, entre otros.

Cuadro resumen

Para facilitar la aplicación de esta técnica, a continuación, se presenta el protocolo de actividades paso a paso.

Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)

A Escucha Activa

Ofrezca escucha activa y escuche por 10-20 min según necesidad. Utilice la siguiente frase para invitar a comenzar el trabajo.

“Mi nombre es ___ y hoy estoy aquí para ofrecerle mi ayuda. Primero, y solo si usted desea hablar de ello, vamos a conversar sobre lo que le ha pasado. Luego, si Ud. lo acepta, le enseñaré algunas sencillas técnicas de relajación que le serán muy útiles.

Finalmente, veremos en conjunto cómo puede acceder a algunos servicios sociales según sean sus necesidades.

¿De acuerdo, alguna pregunta?...

¿Quisiera contarme algo?”.

B Entrenamiento de la (B)entilación

Ofrezca técnica de respiración y aplíquela por 10 min adaptando a necesidades de la persona. Recuerde dejar instrucciones de continuar usándola en la casa tres veces al día (mañana, tarde, noche, por 10 min cada vez) más cada vez que se sienta desbordado emocionalmente.

“Quizás yo podría ayudarlo(a) a estar un poco más tranquilo(a) luego de lo que Ud. ha vivido con algunos ejercicios de respiración que podría enseñarle.

¿Le gustaría que los practiquemos?... podrá utilizarlos más tarde en su casa si lo desea, lo que podría ayudarlo(a) a estar más tranquilo(a) en los próximos días también”.

<p>C Categorización de necesidades</p> <p>Identifique y ordene necesidades básicas (agua, comida, abrigo, techo, salud, información, protección, conexión con redes de apoyo...).</p>	<p><i>“Me gustaría saber si quizás hay algo que Ud. esté necesitando en este momento en lo que yo pueda ayudarle... tal vez necesite hablar con su familia, o quizás necesite contactar a carabineros, o información respecto a su situación de salud. Intentemos poner en orden lo que necesita para ir paso a paso solucionando los problemas, partiendo primero por lo más urgente, ¿le parece?”.</i></p>
<p>D Derivación a redes de apoyo</p> <p>Ayude a satisfacer necesidades básicas utilizando el material “<i>Servicios y Redes de Apoyo</i>”.</p>	<p><i>“OK... ahora que hemos visto algunas de sus necesidades, me gustaría contactarlo con algunos servicios específicos que podrían serle de ayuda...”.</i></p>
<p>E Psico-Educación</p> <p>Trabaje junto al afectado el material de psicoeducación y explíquelo: “¿Qué puedo hacer frente a una crisis?”.</p>	<p><i>“Ahora, quisiera entregarle este folleto [pasarle el folleto informativo], el cual contiene información sobre psicoeducación en crisis, además de algunos contactos importantes con instituciones y redes de servicio psicológico y legal que puedan brindarle ayuda si llega a necesitarla a futuro.” “Por ejemplo, aquí [señalar] usted podrá encontrar información sobre lo que puede esperar durante los días que vienen...”.</i></p>

Bibliografía

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Arcos-González, P., Castro-Delgado, R., Cuartas-Álvarez, T., & Pérez-Berrocal, A. (2009). Terrorismo, salud pública y sistemas sanitarios. *Revista Española de Salud Pública*, 83 (3), 361-370.
- Arechabala Mantuliz, M. C., & Miranda Castillo, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la Región Metropolitana. *Ciencia y enfermería*, 8 (1): 49-55.
- Barranco de la Hoz, A., Altungy, P., Navarro, R., Gesteira, C., Morán, N., Reguera, B., García-Vera, M. P. & Sanz, J. (2018). Consecuencias negativas del terrorismo en la salud de sus víctimas: consumo de tabaco y relación con la sintomatología emocional, la disfuncionalidad y la exposición al atentado. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 18: 13-30.
- Bisson, J. I., & Lewis, C. (2009). Systematic review of psychological first aid. Geneva: WHO.
- 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. *Journal of the American Medical Association*, 290: 612-620.
- Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual review of clinical psychology*, 7: 511-535.
- Breslau, N. (2001). The epidemiology of posttraumatic stress disorder: What is the extent of the problem? *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (17): 16-22.
- Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., et al. (2006). *Psychological First Aid: Field Operations Guide*. 2da Edición. Washington, D.C. National Center for PTSD.
- Butler A., Panzer, A. & Goldfrank, L. (2003). *Preparing for the Psychological Consequences of Terrorism: A Public Health Strategy*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Carlson, E. B., Smith, S. R., Palmieri, P. A., Dalenberg, C., Ruzek, J. I., Kimerling, R., et al. (2011). Development and validation of a brief self-report measure of trauma exposure: The Trauma History Screen. *Psychological assessment*, 23 (2): 463.
- Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE - 10) (s.f). Recuperado de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/>
- Cloak, N. & Edwards, P. (2004). Psychological first aid: Emergency care for terrorism and disaster survivors. *Current Psychiatry*, 3 (5): 12-23.

- Colomina, A. (2019). *Guía para la atención de calidad a víctimas de terrorismo*. Consejo General de Colegios de Psicólogos. España. Recuperado de http://www.cop.es/pdf/Guia_atencion_victimas_terrorismo.pdf
- Consejo de Seguridad Naciones Unidas. (2004). *Resolución 1566*. Recuperado de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2005/3745.pdf>.
- Corzo, P. (2009). Trastorno por estrés postraumático en psiquiatría militar. *Revista Med*, 17 (1): 81-86.
- Department of State. (1983). *Patterns of Global Terrorism 1983*. United States. Recuperado de <https://www.hsdl.org/?lists&id=2040>
- Department of State. (1994). *Patterns of Global Terrorism 1994*. United States. Recuperado de <https://www.hsdl.org/?lists&id=2040>
- Department of State. (2001). *Patterns of Global Terrorism 2001*. United States. Recuperado de <https://www.hsdl.org/?lists&id=2040>.
- Diario El Herald. (2019). *Ocho atentados terroristas que han marcado en los últimos años al país*. Recuperado de <https://www.elheraldo.co/colombia/ocho-atentados-terroristas-que-han-marcado-en-los-ultimos-anos-al-pais-589499>
- Diario El País. (2018). *Ocho policías muertos en un ataque con explosivos en el noroeste de Colombia*. Recuperado de https://elpais.com/internacional/2018/04/11/actualidad/1523466441_441141.html
- Diario El Tiempo. (2018). *A disidencias de Farc atribuyen muerte de dos soldados en La Macarena*. Recuperado de <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/muerte-de-dos-soldados-en-la-macarena-281668>.
- DiMaggio, C., Galea, S. & Li, G. (2009). Substance use and misuse in the aftermath of terrorism. A Bayesian meta-analysis. *Addiction*, 104: 894–904.
- Dieltjens, T., Moonens, I., Van Praet, K., De Buck, E. & Vekerckhove, P. (2014) A systematic literature search on psychological first aid: Lack of evidence to develop guidelines. *PLoS ONE*, 9 (12): e114714.
- Donoso, R. (2012). *Psicología en la Fuerzas Armadas*. Ministerio de Defensa. Recuperado de <https://publicaciones.defensa.gob.es/media/downloadable/files/links/P/D/PDF405.pdf>
- Echeburuúa, E. & de Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15 (3): 373-387.
- Everly, G. & Flynn, B. (2005). *Principles and practice of acute psychological first aid after disasters*. En G. Everly y C. Parker (Eds.). Capítulo 6. *Mental Health Aspects of Disaster: Public Health Preparedness and Response*. 2da Edición. The Johns Hopkins Center for Public Health Preparedness: Maryland.
- Everly, G. S., & Mitchell, J. T. (2000). The debriefing "controversy" and crisis intervention: A review of lexical and substantive issues. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2 (4): 211-226.

- Fernández, M. (2010). *Modelo de intervención en crisis; en busca de la resiliencia personal*. Recuperado de <https://orientacascales.files.wordpress.com/2014/05/trab-modelo-de-intervencion-en-crisis-lourdes-fernandez.pdf>.
- Figuroa, R. A., Cortés, P. F., Accatino, L. & Sorensen R. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: Orientaciones de manejo. *Revista Médica de Chile*, 144: 643-655.
- Figuroa, R. A., Repetto, P., & Bernales, M. (2014). [Incorporation of psychological first aid to the undergraduate curriculum]. *Revista Médica De Chile*, 142 (7): 934-5.
- Flannery, R. B., & Everly, G. S. (2000). Crisis intervention: A review. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2 (2): 119-126.
- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R.A. & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28 (9): 750-69.
- Foa, E., Hembree, E. & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences therapist guide*. Oxford University Press.
- Forbes, D., Lewis, V., Varker, T., Phelps, A., O'Donnell, M., Wade, D., et al. (2011). Psychological First Aid Following Trauma: Implementation and Evaluation Framework for High-Risk Organizations. *Psychiatry* 74 (3): 224-239.
- Fox, J. H., Burkle, F. M., Bass, J., Pia, F. A., Epstein, J. L. & Markenson, D. (2012) The effectiveness of psychological first aid as a disaster intervention tool: research analysis of peer-reviewed literature from 1990-2010. *Disaster Medicine Public Health Preparation*, 6 (3): 247-52.
- Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Ahern, J., Susser, E., Gold, J. et al. (2003). Trends of Probable Post-Traumatic Stress Disorder in New York City After the September 11 Terrorist Attacks. *American Journal of Epidemiology*, 158 (6): 514-524.
- García-Vera, M., Moreno, N., Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., Zapardiel, A & Marotta-Walters. (2015). Eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para las víctimas adultas de atentados terroristas: una revisión sistemática. *Psicología Conductual*, 23: 215-244.
- Gartlehner, G., Forneris, C.A., Brownley, K.A., Gaynes, B.N., Sonis, J., Coker-Schwimmer, E., et al. (2013) *Interventions for the Prevention of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults After Exposure to Psychological Trauma*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US).
- Gesteira, C. (2016). *Eficacia de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para trastornos por estrés traumático, depresivos y de ansiedad a largo plazo en víctimas de atentados terroristas*. Tesis doctoral. Universidad Complutense De Madrid.
- González-Penagos, C., Moreno-Bedoya, J., Berbesi-Fernández, D. & Segura-Cardona, A. (2013). Factores laborales asociados al riesgo de estrés postraumático en uniformados de un sector de Medellín. *Revista de Salud Pública*, 15 (3): 335-341.

- Green, B. L., Lindy, J. D., Grace, M. C., & Leonard, A. C. (1992). Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180 (12): 760-6.
- Hillers, R. & Rey, B. (2006). Seguimiento de los afectados por los atentados del 11-M en Madrid desde el Dispositivo de Atención Psicológica del SUMMA 112. *Anales de Psicología*, 22 (1): 1-10.
- Hobfoll, S., Watson, P., Bell, C., Bryant, R., Brymer, M., Friedman, M., et al. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry Interpersonal & Biological Processes* 70 (4): 283-369.
- Hoge, E. A., Worthington, J. J., Nagurney, J. T., Chang, Y., Kay, E. B., Feterowski, C. M., et al. (2012). Effect of acute posttrauma propranolol on PTSD outcome and physiological responses during script-driven imagery. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 18 (1): 21-7.
- Huddy, L., Feldman, S., Taber, C. & Lahav, G. (2005). Threat, Anxiety, and Support of Antiterrorism Policies. *American Journal of Political Science*, 49 (3): 593–608.
- Iruarrizaga, I., Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A. & González-Ordi, H. (2004). Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-m en Madrid en víctimas, familiares y allegados. *Ansiedad y Estrés*, 10 (2-3): 195-206.
- Janetsky, M. (2019). *How to Keep the Colombian Peace Deal Alive*. Foreign Policy. Recuperado de <https://foreignpolicy.com/2019/09/08/how-to-keep-the-colombian-peace-deal-alive-farc-duqueuribe-colombia/>.
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (Suppl5): 4-12.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52 (12): 1048-60.
- Manterola, C., y Zavando, D. (2009). Cómo interpretar los "Niveles de Evidencia" en los diferentes escenarios clínicos. *Revista Chilena de Cirugía*, 61 (6): 582-595.
- McNally, R. J., Bryant, R. A., & Ehlers, A. (2003). ¿Does Early Psychological Intervention Promote Recovery from Posttraumatic Stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4 (2): 45-79.
- Mental Health Academy (2020). *Psychological First Aid Course*. Mental Health Academy. Australia.
- Ministerio de Defensa Nacional. (2018). *Logros de la política de defensa y seguridad*. República de Colombia. Recuperado de https://www.mindefensa.gov.co/irj/go/km/docs/Mindefensa/Documentos/descargas/estudios_sectoriales/info_estadistica/Logros_Sector_Defensa.pdf.
- Ministerio de Salud de Chile (2008). Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/cargaenf2008/minuta21-07-2008.pdf>.

- MSN Noticias (2019). *Los peores atentados terroristas que ha sufrido Bogotá*. Portal de Noticias de Microsoft News. Recuperado de <https://www.msn.com/es-co/noticias/nacional/los-peores-atentados-terroristas-que-ha-sufrido-bogot%C3%A1/ss-BBEfhRN#image=17>
- Muñoz, J. & Navas, N. (2007). EL daño psicológico en las víctimas del terrorismo. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 7: 147-160.
- Musitu, G. (1997). Violencia y terrorismo: un análisis desde la perspectiva ecológica. *Alternativas: Cuadernos de Trabajo Social*, 5: 37-56.
- Norris, F., Friedman, M., Watson, P., Byrne, C., Diaz, E. & Kaniasty, K. (2002). 60000 disaster victims speak: Part I and II. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry Interpersonal & Biological Processes* 65 (3): 207-39.
- Norris, F. H., Murphy, A. D., Baker, C. K., Perilla, J. L., Rodriguez, F. G., & Rodriguez, J. et al. (2003). Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *Journal of Abnormal Psychology*, 112 (4): 646-56.
- North, C., Nixon, S., Shariat, S., Mallonee, S., McMiller, J., Spitznagel, E. & Smith, E. (1999). Psychiatric Disorders Among Survivors of the Oklahoma City Bombing. *The Journal of the American Medical Association*, 282 (8):755-62.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Psychological first aid: Guide for field workers. Organización Mundial de la Salud, Trauma Foundation y World Vision International.
- Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation, & Visión Mundial Internacional. (2012). Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. Ginebra: OMS.
- Organización de las Naciones Unidas. (2019). *Comunicado de prensa del consejo de seguridad sobre el atentado en Bogotá*. Departamento de asuntos políticos. Recuperado de: <https://colombia.unmissions.org/comunicado-de-prensa-del-consejo-de-seguridad-sobre-el-atentado-en-bogot%C3%A1>.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129 (1): 52-73.
- Pekevski, J. (2013). First responders and psychological first aid. *Journal of Emergency Management*, 11 (1): 39-48.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H. U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101 (1): 46-59.
- PTSD: National Center for PTSD - Reacciones Comunes después de un trauma (2015). Consultado el 28 de diciembre de 2015, en http://www.ptsd.va.gov/public/spanish/common_reactions_after_trauma_spanish.asp

- Ramos-Brieva, J. A. & Cordero-Villafáfila, A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 14: 324-34.
- Rodríguez, T. (2012). El terrorismo y nuevas formas de terrorismo. *Espacios Públicos*, 15 (33): 72-95.
- Rose, S., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD000560.
- Rothbaum, B. O., Kearns, M. C., Price, M., Malcoun, E., Davis, M., Ressler, K. J., et al. (2012). Early intervention may prevent the development of posttraumatic stress disorder: A randomized pilot civilian study with modified prolonged exposure. *Biological Psychiatry*, 72 (11): 957-63
- Rubin, B. y Bloch, E. (2000). *Intervención en crisis y respuesta al trauma*. Descleé de Brouwer Editores: España.
- Ruzek, J., Brymer, J., Jacobs, A., Layne, C., Vernberg, E. y Watson, P. (2007). Psychological First Aid. *Journal of mental Health Counseling*, 29 (1): 17-49.
- Salguero, J., Fernández-Berrocal, P., Iruarrizaga, I., Cano-Vindel, A., y Galea, S. (2011). Major depressive disorder following terrorist attacks: A systematic review of prevalence, course and correlates. *BMC Psychiatry*: 11 (96): 1-11.
- Schafer, A., Snider, L. y Sammour, R. (2016). A reflective learning report about the implementation and impacts of Psychological First Aid (PFA) in Gaza. *Disaster Health*, 3 (1): 1–10.
- Schelling, G., Roozendaal, B., Krauseneck, T., Schmoelz, M., D. E., Quervain, D., & Briegel, J. (2006). Efficacy of hydrocortisone in preventing posttraumatic stress disorder following critical illness and major surgery. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071: 46-53.
- Slaikue, K. (1996). *Intervención en crisis. Manual para la práctica y la investigación*. 2da edición. Manual Moderno: México.
- Steenkamp, M., Litz, B., Hoge, C. & Marmar, C. (2015). Psychotherapy for Military-Related PTSD A Review of Randomized Clinical Trials. *Journal of the American Medical Association*, 314 (5): 489-500.
- Stein, M. B., McQuaid, J. R., Pedrelli, P., Lenox, R., & Mc-Cahill, M. E. (2000). Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. *General Hospital Psychiatry*, 22 (4): 261-9.
- Vázquez, C. & Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10: 58-81.
- Vera-Villaruel, P., Zych, I., Celis-Atenas, K., Córdova-Rubio, N., & Buela-Casal, G. (2011). Chilean validation of the posttraumatic stress disorder checklist-civilian

- versión (PCL-C) after the earthquake on February 27, 2010. *Psychological Reports*, 109 (1): 47-58.
- Wade, D., Howard, A., Fletcher, S., Cooper, J. & Forbes, D. (2013) Early response to psychological trauma—what GPs can do. *Australian Family Physician*, 42 (9): 610–614.
- Watson P. J., Brymer M. J. & Bonanno G. A. (2011). Postdisaster psychological intervention since 9/11. *American Psychologist*, 66 (6): 482-494.
- Williams, R. & Kemp, V. (2017). Principles for designing and delivering psychosocial and mental healthcare. *Journal of the Royal Army Corps*.
- Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Rioseco, P., & Saldivia, S. (2006). Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. *Psychological Medicine*, 36 (11): 1523-33.
- Zuinaga, S. (2011). El terrorismo, una aproximación teórica en cuanto a su definición. *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, 17 (2): 11-26.

¿Qué debo esperar frente a una crisis?

Reacciones normales (esperables):

- Temblores, dolores de cabeza, sensación de agotamiento, pérdida de apetito.
- Ansiedad, estar “en guardia”, miedo.
- Llanto, tristeza, decaimiento.
- “*Guardarse todo para dentro*”, estar muy quieto.
- Irritabilidad, enojo.
- Insomnio, pesadillas.

Es esperable que estos síntomas disminuyan con el paso de los días y que al cabo de semanas ya no estén presentes. Todos son normales, por lo que no son una señal de que usted esté con un problema de salud mental.

Es importante ayudarse con las siguientes estrategias de respuesta positivas frente al estrés:

- Intente descansar (entre 7 a 8 horas continuas en la noche).
- Recuerde utilizar las técnicas de respiración.
- Comparta con familia y amigos.
- Realice actividades que le ayuden a relajarse: caminar, rezar, meditación, salir en bicicleta, etc.
- Intente realizar actividad física recurrente (4 o más veces por semana).
- Procure establecer rutinas de actividades diarias.
- Evite el consumo de alcohol o drogas.

Aun siguiendo estas recomendaciones, en ciertas personas los síntomas no se irán fácilmente. Identifique si quizás:

- Los signos y síntomas se mantienen o aumenta su intensidad después de un mes del evento.
- Cree que perdió la capacidad de cuidar de sí mismo (dejar de bañarse o comer) o de otros (bebés, niños).
- Es atormentado recurrentemente por imágenes o recuerdos del evento traumático.
- Tiene la sensación de “*no poder dar vuelta la página*”
- Se desconecta de sus emociones y recuerdos.
- Se aísla de sus seres queridos.

Si es así, usted debe acercarse a su centro de salud habitual y solicitar atención médica, por un médico o psicólogo/a. Este tipo de reacciones tienen buen tratamiento cuando se abordan a tiempo.

¿Dónde pedir Ayuda?

Tabla 3

¿Dónde pedir Ayuda?

Línea única de emergencias Nacional 123

<i>Entidad</i>	<i>Dirección en Bogotá</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Página web</i>
Aeronáutica Civil	Av. El Dorado 103 - 15	(57 1) 296 30 44	www.aerocivil.gov.co
Armada Nacional	Carrera 54 N° 26 – 25 CAN	(57 1) 315 34 24	www.armada.mil.co
Consejo Colombiano de Seguridad	Carrera 54 # 26 - 50 CAN	(57 1) 288 63 55	www.ccs.org.co
Cruz Roja Colombiana	Av. Cra. 68 # 68 b -31 Bloque norte	(57 1) 428 11 11	www.cruzrojacolombiana.org
Defensa Civil Colombiana	Calle 52 No. 14-67	(57 1) 319 90 00	www.defensacivil.gov.co
Dirección General Marítima (Dimar)	Carrera 54 No 26 - 50 CAN	(57 1)220 04 90	www.dimar.mil.co
Dirección Nacional de Bomberos	Carrera 30 # 85A – 39	(57 1) 634 63 42	bomberos.mininterior.gov.co
Ejército Nacional de Colombia	Carrera 54 N 26 25 CAN	(57) 320 239 84 54	www.ejercito.mil.co
Fuerza Aérea Colombiana	Avenida El Dorado Cra. 52 CAN	(57 1) 315 98 00	www.fac.mil.co
Ministerio de Defensa Nacional	Carrera 54 N° 26 – 25 CAN	(57 1) 315 01 11	www.mindefensa.gov.co obispadocastrensecolombia.org
Obispado Castrense de Colombia	Avenida Carrera 28 N°37-17	(57 1) 3680311	
Policía Nacional de Colombia	Carrera 59N° 26-21, CAN	(57 1) 3159018	www.policia.gov.co