

Adaptación y validez de contenido de la guía ABCDE para la
aplicación de primeros auxilios psicológicos ante eventos
terroristas en las Fuerzas Militares y de Policía

Ismael Hernán Ravelo Contreras (Director)

Yessenia Milena Argüello Cáceres

Universidad El Bosque
Facultad de Psicología
Maestría en Psicología
Bogotá, D.C., Julio de 2020

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
TRABAJO DE GRADO

NOTA DE SALVEDAD

La Facultad de Psicología de la Universidad El Bosque informa que los conceptos, datos e información emitidos en el trabajo de grado titulado:

**Adaptación y validez de contenido de la guía ABCDE para la
aplicación de primeros auxilios psicológicos ante eventos
terroristas en las Fuerzas Militares y de Policía**

Presentado como requisito para optar por el título de Magíster en Psicología, son responsabilidad de los autores quienes reconocen ante la Universidad que éste trabajo ha sido elaborado de acuerdo con los criterios científicos y éticos exigidos por la disciplina y la Facultad.

Agradecimientos

Agradezco al Ministerio de Defensa Nacional – Obispado Castrense de Colombia, por brindarme la oportunidad de poder continuar con mis estudios académicos y también por permitirme conocer la realidad de muchos hombres y mujeres que integran las Fuerzas Militares y de Policía en Colombia.

Agradezco a las personas que hicieron parte de este sueño: a mis asesores del trabajo de grado por sus conocimientos y por el apoyo recibido. A mis colegas quienes con su participación voluntaria brindaron sus conocimientos y experiencia dedicando su valioso tiempo haciendo un gran aporte al trabajo que se desarrolló.

A mis compañeros de estudio y profesores de la maestría con quienes pude compartir y crear lazos de amistad e hicieron que muchos momentos de estudio fueran agradables.

Finalmente, al Doctor Rodrigo Figueroa de la Universidad Católica de Chile por su amabilidad al confiarme su trabajo para que yo lo pudiera seguir con este proyecto.

Dedicatoria

Dedico este trabajo de grado en primer lugar a Dios al guiar mi camino y regalarme esta bendición.

A mi esposo Jesús Archila, quien siempre me apoya en todos mis proyectos y ser el principal promotor en este paso tan importante, siendo ese compañero que me orienta y escucha cuando más lo necesito.

A mis padres Jacobo Argüello y Cecilia Cáceres que han hecho lo posible por mi crecimiento profesional, dándome todo sin esperar nada a cambio y sobre todo por creer en mí y darme esperanza para continuar.

Dedico también este proyecto a todos los hombres y mujeres que han ofrendado su vida sirviendo a nuestro país.

Adaptación y validez de contenido de la guía ABCDE para la aplicación de primeros auxilios psicológicos ante eventos terroristas en las Fuerzas Militares y de Policía

Ismael Hernán Ravelo Contreras¹, Yessenia Milena Argüello Cáceres²

Resumen

El objetivo del presente estudio fue adaptar y establecer la validez de contenido de la *Guía ABCDE para la Aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) en Crisis Individuales y Colectivas* para su aplicación en miembros de la Fuerza Pública ante atentados terroristas. La guía original se sometió a evaluación por medio del instrumento AGREE-II. Los evaluadores indicaron que la guía se recomendaba para su uso, sin embargo, requería de modificaciones que permitiera mejorar su claridad y rigurosidad en cuanto a la evidencia y la metodología. Con base en las modificaciones descritas por los evaluadores se hizo la adaptación lingüística (lenguaje castrense) y los ajustes de contenido; posteriormente, la guía adaptada se sometió a evaluación (4 evaluadores) y se encontró que, en comparación con la guía original, las modificaciones realizadas aumentaron significativamente la calidad de la guía en todos los dominios que evalúa el AGREE-II: alcance y propósito (85% vs 100%), claridad de presentación (96% vs 100%), aplicabilidad (50% vs 91%), independencia editorial (48% vs 90%) participación de los implicados (65% vs 86%) y el rigor de la elaboración (19% vs 86%). Se concluye que la guía adaptada cumple con los criterios teóricos y metodológicos más importantes para establecer una práctica de intervención, que orienta y brinda las herramientas y estrategias más adecuadas para ayudar o asistir profesionales de la salud mental y/o voluntarios capacitados en la intervención temprana ante una situación catastrófica como un atentado terrorista. Es importante conformar grupo coordinado, estructurado y ampliamente capacitado para emplear dichas herramientas o estrategias.

Palabras clave: primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis, terrorismo, adaptación, validación, AGREE.

¹ Director Trabajo de Grado

² Psicóloga candidata al título de Magister en Psicología, Universidad El Bosque.

Tabla de contenido

Capítulo primero	
Introducción	7
Justificación	17
Objetivo general	18
Objetivos específicos	18
Capítulo segundo	
Primeros Auxilios Psicológicos ante eventos terroristas en la Fuerza Pública	19
Terrorismo	19
Causas y clasificación del terrorismo.	22
Consecuencias del terrorismo.	25
<i>Afectación económica y sanitaria.</i>	25
<i>Afectación física.</i>	27
<i>Afectación psicológica.</i>	28
Intervención en crisis	33
Primeros Auxilios Psicológicos	37
Validación guía de intervención por AGREE-II	43
Planteamiento del problema	49
Capítulo tercero	
Método	50
Tipo de estudio y diseño	50

Participantes	50
Instrumentos	50
Procedimiento	52
Consideraciones éticas	54
Capítulo cuarto	
Resultados	56
Adaptación lingüística	56
Evaluación AGREE-II: manual original	57
Evaluación AGREE-II: manual adaptado	64
Capítulo quinto	
Discusión	71
Referencias	78
Apéndices	91

Lista de tablas

Tabla 1	
<i>Núcleos de Acción de los PAP</i>	39
Tabla 2	
<i>Lenguaje castrense para uso de la guía</i>	57
Tabla 3	
<i>Dominio 1. Alcance y propósito</i>	58
Tabla 4	
<i>Dominio 2. Participación de los involucrados</i>	59
Tabla 5	
<i>Dominio 3. Rigor de desarrollo</i>	60
Tabla 6	
<i>Dominio 4. Rigor de la presentación</i>	61
Tabla 7	
<i>Dominio 5. Aplicabilidad</i>	62
Tabla 8	
<i>Dominio 6. Independencia editorial</i>	62
Tabla 9	
<i>Evaluación global</i>	63

Tabla 10	
<i>Dominio 1. Alcance y propósito (versión adaptada)</i>	64
Tabla 11	
<i>Dominio 2. Participación de los involucrados (versión adaptada)</i>	65
Tabla 12	
<i>Dominio 3. Rigor de desarrollo (versión adaptada)</i>	66
Tabla 13	
<i>Dominio 4. Rigor de la presentación (versión adaptada)</i>	67
Tabla 14	
<i>Dominio 5. Aplicabilidad (versión adaptada)</i>	68
Tabla 15	
<i>Dominio 6. Independencia editorial (versión adaptada)</i>	69
Tabla 16	
<i>Evaluación global (versión adaptada)</i>	69

Lista de Apéndices

Apéndice A

**Autorización derechos de autor para adaptación y validación de la guía
ABDCE**

Apéndice B

Consentimiento informado

Apéndice C

Metodología para la revisión y la validación de la guía (AGREE-II)

Apéndice D

Instrumento AGREE-II

Apéndice E

Manual adaptado ABDCE

Capítulo primero

Introducción

A lo largo de la historia se ha podido visibilizar la inconformidad de algunos sectores o grupos con respecto a una determinada entidad, ideología, religión, entre otras, que ha llevado al desarrollo de disputas tanto a nivel nacional como internacional, en las que, al pretender resultados favorables a sus causas, han llegado a cometer actos de extrema violencia y crueldad en contra de la población civil, entidades y personal gubernamental así como también a las Fuerzas Militares y/o de Policía.

Estos actos de terror se han propagado por todo el mundo cada vez con más fuerza, más violencia y con métodos más inhumanos y sanguinarios, siempre con una justificación política, social o cultural, declarándolo un acto justo y necesario, acorde a los objetivos que se quieren alcanzar, independientemente de las consecuencias que se acarrearán para las personas o para una institución privada o del estado.

La psicología ha sido una de las áreas que ha desarrollado investigaciones que han permitido, en primera instancia, el entendimiento del porqué de la ejecución de actos terroristas, las motivaciones personales y el estado mental y socio-afectivo de quienes los diseñan y quienes los llevan a cabo, así como también el diseño y desarrollo de estrategias y técnicas que ayuden a las víctimas en los procesos tempranos de intervención (primeros auxilios psicológicos), así como también en los procesos terapéuticos a largo plazo, cuando las secuelas son moderadas o graves.

Diversos autores se han interesado por estudiar los procesos que median el desarrollo o la presencia de secuelas inmediatas y/o aquellas que se mantienen o se agravan con el tiempo ante la experiencia de un atentado terrorista (Bleich, Gelkopf,

Solomon, 2003; Muñoz y Navas, 2007; Buttler, Panzer y Goldfrank, 2017; Colomina, 2019), y que impactan de forma negativa la calidad de vida del individuo; así mismo, ha estudiado el diseño de estrategias y técnicas de intervención temprana (Primeros Auxilios Psicológicos) que ayuden en el afrontamiento de la crisis de la forma más adecuada posible (Everly y Flynn, 2005; Brymer, Jacobs, Layne, Pynoos, Ruzek, Steinberg, et al., 2006; Hobfoll, Watson, Bell, Bryant, Brymer, Friedman, et al., 2007) y que disminuyan las probabilidades de desarrollar trastornos graves del estado de ánimo, trastorno de estrés postraumático, trastornos de personalidad u otros trastornos que conlleven procesos terapéuticos más largos.

El terrorismo, desde principios del siglo XX ha sido una constante en la historia de casi todos los países del mundo, en los cuales se ha tenido por objetivo derrocar un gobierno, recuperar la independencia de un territorio, el cambio de las ideologías políticas, culturales, étnicas o religiosas de una sociedad, entre muchas otras justificaciones que no han medido la fuerza ni la brutalidad de los actos para poder conseguir dicho objetivo.

De acuerdo con la Resolución 1566 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (2004), el terrorismo 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 realice o se abstenga de realizar un acto determinado.

En tanto Arcos-González y Castro-Delgado y Martínez-Monzón (2007), consideran que 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. Sin embargo, la definición más clara sobre el terrorismo la entregan Schmid y Jongman (como se citó en Zuinaga, 2011), quienes indican que 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 –a diferencia del asesinato– el objetivo inmediato de la violencia no es el objetivo final. Las víctimas humanas 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).

Con el devenir de los años el mundo ha sido testigo de un sinnúmero de eventos terroristas, donde las víctimas (sobrevivientes o fallecidos) 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, en 1983 se reportaron alrededor de 500 atentados terroristas, los cuales dejaron 4.349 heridos y 2093 fallecidos. En 1994 los atentados fueron 321, con 663 heridos y 314 fallecidos, para el 2001 el número de atentados supero los 348, con alrededor de 4.655 fallecidos y más de 10.000 heridos.

En el 2007 las cifras superaron los 14.400 atentados terroristas en todo el mundo, dejando al menos 72.000 personas heridas y alrededor de 22.685 muertes (Secretaria de Estado, como se citó en Arcos-González, Castro-Delgado, Cuartas-Álvarez, y Pérez-Berrocal, 2009). En un estudio realizado por García-Vera, Moreno, Sanz, Gutiérrez, Gesteira, Zapardiel et al (2015), se encontró 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.

Por su magnitud, localización geográfica, método implementado, número de víctimas (fatales o heridas), entre otras, la historia ha registrado atentados terroristas que han tenido mayor notoriedad que otros (sin restarles importancia). El diario Español de noticias ABC Internacional (2015), recopiló los principales atentados terroristas de los últimos tiempos desde el suscitado en las Torres Gemelas en New York (11 de septiembre de 2001), el cual dejo más de 2.700 fallecidos y más de 9.000 heridos, siendo, hasta la fecha, uno de los mayores ataque terrorista de la historia.

Para el 2004 Europa presencié dos ataques terroristas sin precedentes, el primero el 11 marzo en Madrid (España), un ataque a cuatro trenes de cercanías llevadas a cabo por una célula terrorista de tipo yihadista, éste ataque dejó 191 fallecidos y más de 2.600 heridos. El segundo ataque fue el 01 de septiembre en la región de Osetia (norte de Rusia), en el cual un grupo terrorista musulmán incursionó en un colegio y tomó como rehenes a toda la comunidad educativa, en una posterior incursión de las fuerzas armadas rusas se presentó un tiroteo que dejó 334 fallecidos (186 menores de edad) y alrededor de 700 heridos (Diario ABC Internacional, 2015).

En Asia, el 02 de marzo se presenta un atentado en Irak con al menos 171 fallecidos en dos localidades diferentes. En 2014 un grupo talibán abrió fuego contra una escuela en Peshawar (Pakistán), dejando 126 muertos, en su mayoría menores de edad. En la región de Saná (Yemen), el 19 de marzo de 2015, dos atentados suicidas dejó 154 fallecidos en dos mezquitas chitas. En el continente africano, en el 2015 los eventos más importantes fueron en el Centro comercial Westgate de la ciudad de Nairobi (Kenia), en la que el grupo Al-Shabab mato a más de 73 personas; y el otro se presentó en la Universidad de Garissa (Kenia), el mismo grupo (Al-Shabab) dejó al menos 147 fallecidos (Diario ABC Internacional, 2015).

En América Latina, se han presentado cinco atentados terroristas que han marcado la historia del continente. La Agencia de Noticias Europa Press a través de su Portal Notimérica (2015), describió dichos atentados. El primero se presentó en Cuba en 1976, cuando una aeronave que llevaba dos artefactos explosivos se activó y dejó 73 personas fallecidas; el segundo fue en el año de 1992, en la ciudad de Buenos Aires (Argentina), en donde se detonó un artefacto explosivo en la embajada de Israel, con 22 fallecidos y más de 242 heridos.

En ese mismo año (1992), la ciudad de Lima (Perú) sufrió el mayor atentado terrorista de su historia, al detonarse dos carros bomba que dejó 25 fallecidos y más de 200 heridos. El cuarto atentado fue en 1994, un carro bomba se estrelló contra la Asociación Mutual Israelita Argentina (AMIA), en el cual 85 personas fallecieron y 300 más resultaron heridas; el quinto atentado se presentó en Santiago de Chile el 08 de septiembre de 2014, donde explotó un carro bomba, hiriendo gravemente a 14 personas.

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 insurgentes (guerrillas o paramilitares) así como también carteles de narcotráfico y bandas criminales en general. Los diversos ataques terroristas han dejado víctimas civiles y de la Fuerza Pública (militares y policías).

El portal de Noticias MSN (2015) de la Cadena Microsoft News, resaltó que Bogotá ha sido testigo de varios atentados, entre los que caben mencionar la explosión de un carro bomba en el edificio del DAS (Departamento Administrativo de Seguridad) en 1989, dejando 63 fallecidos y más de 600 heridos, todo por orden de Pablo Escobar. Para el año 2003 el grupo subversivo de las FARC (Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia) detonó un carro bomba en el Club El Nogal, en el que fallecieron 36 personas y hubo más de 200 heridos.

El Diario El Heraldio (2019), describió algunos de los atentados terroristas que han marcado al país en los últimos 15 años. El 31 de junio de 2006 se presentó una explosión cerca a varios camiones militares y dejó como saldo una persona fallecida y más de 20 militares heridos, el 19 de octubre del mismo año, el grupo de las FARC hizo explotar un carro bomba en la Universidad Militar Nueva Granada que dejó dos personas fallecidas y cinco heridas. En la ciudad de Cali, en el 2008, se dejó un carro bomba cerca al Palacio de Justicia de la ciudad, se reportaron cuatro personas fallecidas y más de 26 personas heridas.

Para el año 2017, Bogotá volvió a hacer testigo de dos actos terroristas, en el primero estalló una bomba que dejó un miembro de la Policía Nacional fallecido y más de 26 personas heridas, el grupo ELN (Ejército de Liberación Nacional) se atribuyó el hecho. El segundo ataque fue en el Centro Comercial Andino, donde se detonó un artefacto explosivo en un baño de mujeres, en este atentado fallecieron tres mujeres y siete personas más resultaron heridas.

Para el 2018, se presentaron tres atentados terroristas, en los cuales miembros de las Fuerzas Militares y/o de Policía, fueron los principales objetivos. En la ciudad de Barranquilla, explotó un artefacto cerca de un Comando de Acción Inmediata (CAI), este atentado reportó seis miembros de la policía fallecidos y 47 heridos (Ministerio de Defensa Nacional, 2018; El Heraldio, 2019). Cerca de la carretera principal del municipio

de San Pedro de Urabá (Antioquia) se detonaron varias cargas de explosivos impactando un carro de la Policía, el saldo fueron 8 uniformados muertos (Diario El País, 2018).

El tercer atentado en el 2018 se presentó en el municipio de la Macarena (Meta), en el que integrantes de las disidencias de las FARC, atacaron una patrulla del Ejército, dejando dos soldados muertos y tres más heridos (Diario El Tiempo, 2018). El último atentado de mayores cifras de fallecidos y heridos se presentó en el 2019, la ONU (2019; Organización de las Naciones Unidas), informó que a la Escuela de Cadetes de Policía General Francisco de Paula Santander ingreso un carro bomba que dejó 22 cadetes muertos y 66 personas heridas, el ELN se hizo responsable del atentado.

Ante un atentado terrorista, las víctimas pueden sobrevivir o fallecer. Quienes sobreviven sufren un impacto físico y/o psicológico. En cuanto al impacto físico, las lesiones dependerán del método utilizado en el atentado así, por ejemplo, si el método es con explosivos, las víctimas podrían sufrir algún tipo de mutilación, presentar traumas craneoencefálicos o torácicos graves, fracturas, entre otros.

Con respecto al impacto psicológico, Esbec (como se citó en Muñoz y Navas 2007) indica que las secuelas emocionales se presentan cuando existe una estabilización del daño psíquico producido por el ataque, y que puede llevar a una discapacidad permanente que no se modera o disminuye con el paso del tiempo ni con tratamiento. Así mismo, estas secuelas pueden alterar, de forma irreversible, el funcionamiento psicológico habitual, presentándose una 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 deficiencias en el rendimiento laboral.

De acuerdo con Baca y Cabanas (como se citó en Muñoz y Navas, 2007), la afectación psicológica de una persona víctima de un acto violento puede terminar por convertirse en algo persistente e incluso incapacitante, lo cual puede depender de la vulnerabilidad previa de la víctima, es decir, en sus factores de personalidad y diferentes estrategias de afrontamiento. Para Rubin y Bloch (2000), ninguna persona decide conscientemente cómo reaccionar a una crisis vital o al trauma, su respuesta estará determinada por el tipo de personalidad, la experiencia acumulada durante la vida y su actitud ante el mundo.

Inmediatamente después del atentado o con el tiempo, las víctimas empiezan a presentar diversas reacciones psicológicas. Según Muñoz y Navas (2007) entre las reacciones que predominan están la desesperanza, pasividad-ansiedad, fatalismo y somatizaciones. Otros autores destacan una constelación de reacciones y consecuencias psicológicas entre las que destacan: (a) aplanamiento emocional, (b) perturbaciones del sueño (pesadillas), (c) irritabilidad, (d) pensamientos intrusivos, (e) olvido y pérdida de concentración, (f) culpa del superviviente (g) aislamiento social (h) aumento de consumo de alcohol o sustancias psicoactivas (i) hipervigilancia, (j) sentimientos de vulnerabilidad (k) vértigo, temblor, mareo (l) taquicardia (m) tristeza, y (n) nerviosismo, inquietud (Rubin y Bloch, 2000; Ruzek, Brymer, Jacobs, Layne, Vernberg y Watson, 2007).

La mayoría de las reacciones o respuestas psicológicas al trauma son relativamente inmediatas, moderadas y transitorias (Norris, Friedman, Watson, Byrne, Díaz y Kaniasty, 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).

Dada la constelación de reacciones emocionales que pueden presentar las víctimas de atentados terroristas, se hace imperativo y necesario la intervención inmediata por parte de expertos en el área de la salud mental (Psicólogos y Psiquiatras) o de personas entrenadas en Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) que puedan ayudar a las víctimas, así como también contribuir a la disminución de las probabilidades para desarrollar problemas de salud mental de proporciones moderadas o graves.

Para la intervención temprana o inmediata en víctimas de un evento traumático se han propuesto dos modelos relacionados, los PAP y la intervención en crisis. De acuerdo con Slaikeu (1996), los PAP es la intervención que se hace en primera instancia, la más inmediata, y busca restablecer el afrontamiento inmediato ante la crisis que se está viviendo, en tanto la intervención en crisis es la intervención de segunda instancia que busca brindar a las personas, que así lo requieran, un proceso psicoterapéutico dirigido a ayudar a las víctimas a integrar los sucesos del evento de forma adecuada a su vida, sin impacto traumático.

Los PAP son un conjunto de estrategias dirigidas a reducir el estrés y atender las necesidades básicas de los individuos después de un acontecimiento traumático, a través de ocho principios básicos (Brymer et al., 2006; 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.

Pekevski (2013), indica que los PAP son un tipo de intervención basada en la evidencia, que busca apoyar a las personas después de un evento de crisis complejo o grave. El término "basado en la evidencia" 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.

Es claro que las secuelas psicológicas que deja un ataque terrorista se diversifican en un gran espectro de reacciones que pueden traer, si no se intervienen a tiempo, una variedad de trastornos que impactan negativamente diferentes áreas de funcionamiento de un individuo (personal, familiar, social, profesional, laboral). Por lo tanto, la psicología cumple un rol importante en los procesos de valoración de cada víctima de un atentado terrorista, que permita establecer estados, actitudes y reacciones estándar con las cuales se puedan diseñar y desarrollar estrategias o técnicas de intervención tempranas o inmediatas así como optimizar o mejorar las ya existentes, que contribuyan a prevenir dichos trastornos psicológicos, que por sus características pueden limitar o menoscabar el

bienestar físico y psicológico de la persona, e impactar negativamente en su calidad de vida.

Justificación

Los ataques terroristas se han convertido en una problemática sociopolítica de interés mundial, estudiada desde diversas áreas (psicología, sociología, economía, entre otros), y que busca comprender los límites existentes o no que median dicha opción para conseguir el objetivo que se ha propuesto una persona o un grupo determinado. Así mismo, se han estudiado las variables o factores que median todo el proceso pos-trauma de un ataque terrorista, desde las características personales de la víctima que pueden facilitar o dificultar el proceso de intervención inmediato o a largo plazo (Rubin y Bloch, 2000), las características propias del ataque (método, magnitud; Arcos-González, Castro-Delgado y Cuartas-Álvarez, 2007), hasta las diferentes opciones de intervención más eficaces que podrían beneficiar la salud mental de las víctimas, brindándoles bienestar y calidad de vida (Brymer et al, 2006 y Hobfoll et al, 2007).

De acuerdo con el National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (START, 2018), en los últimos años Latinoamérica ha sido la región con menos reportes de atentados terroristas comparado con regiones como el medio oriente o Europa. Sin embargo, de los países de la región, Colombia fue el país que tuvo un mayor número de atentados, entre los 2013-2017. Registrando un total de 604 incidentes terroristas, y un registro de 305 fallecidos y 679 heridos. Al profundizar en las estadísticas, se encontró que la Policía Nacional recibió el 26% del total de los atentados terroristas, dejando 164 fallecidos y 492 heridos (entre policías y población civil).

Los suministros de energía (estaciones eléctricas o torres de electricidad) se vieron afectadas con el 23% del total de los atentados, los cuales dejaron 5 fallecidos y 8 heridos. En tercer lugar, la población civil fue objeto del 20% del total de los atentados, con 103 fallecidos y 329 heridos. Las regiones más afectadas fueron Norte de Santander, Cauca, Arauca, Antioquia y Nariño. Los datos suministrados muestran que los grupos terroristas que perpetraron un mayor número de ataques fueron las FARC (287 ataques), el ELN (208 ataques) y los disidentes de las FARC (15 ataques).

La historia de ataques terroristas en Colombia se remonta hacia finales de 1800 cuando se exacerbaban las diferencias políticas e ideológicas entre liberales y conservadores, una historia de violencia que fue escalando con los años, recrudeciendo los métodos para provocar terror y el número de población civil y de la Fuerza Pública afectada, así como en los daños estructurales y económicos que el país ha tenido que costear (Rodríguez, 2016). Ante el uso reiterado del terrorismo en el conflicto armado colombiano, el Instituto Nacional de Salud (2017) indicó que éste ha tenido un impacto amplio y catastrófico, tanto para el Estado como para la población civil, por su magnitud y profundidad del daño causado.

De acuerdo con la Resolución 60/1 de la Cumbre Mundial de la Organización de las Naciones Unidas (2005; p.25), la cual señala “la importancia de asistir a las víctimas del terrorismo y de ayudarlas, a ellas y a sus familias, a sobrellevar sus pérdidas y su dolor”, es importante para dar cumplimiento al postulado anterior, la capacitación y/o entrenamiento de profesionales de diversas áreas en PAP, sean estos civiles o de la Fuerza Pública, del área de la salud o afines, que por definición deban ser los primeros en dar respuesta inmediatamente después de un atentado terrorista.

Los PAP, de acuerdo con Echeburúa y de Coral (2007), Santacruz (2008); Fernández (2013), y Hernández, Gutiérrez y Estrada (2014), como primera medida de intervención tienen como propósito proporcionar apoyo psico-emocional por medio del acompañamiento a las víctimas para garantizar que reciban los servicios básicos de comida e hidratación, contactarlos con servicios de urgencias médicas o asistencia legal, enlazar con sus redes de apoyo; establecer una comunicación empática con el interviniente, proporcionar un ambiente de seguridad y confidencialidad para expresar sentimientos; restablecer el equilibrio psicológico, buscando mejorar la capacidad para enfrentar la situación; disminuir la probabilidad de ocurrencia de consecuencias poco saludables (abuso de alcohol, ideaciones suicidas, trastornos psicológicos, etc.) y aumentar la probabilidad de crecimiento personal que favorezca la capacidad de resiliencia de la víctima.

La Fuerza Pública de Colombia, ha sido uno de los sectores que más se ha visto perjudicado por los atentados terroristas, puesto que, por su intensidad, duración y objetivo, el conflicto interno del país ha impactado en la salud física y mental de cada uno

de los miembros de la Fuerza Pública, acarreado, como se dijo anteriormente, secuelas psicológicas que terminan expresándose en la vida militar o en diferentes aspectos de la vida personal.

Con el objetivo de poder dar solución a la problemática de salud mental que se acarrearán por estos atentados para los miembros de las Fuerzas Militares y/o de Policía, el Plan Maestro de Salud Mental de la Dirección General de Sanidad Militar (2012; p.251, ha indicado que se debe

Formular estrategias, programas, proyectos específicos de promoción, prevención, intervención, rehabilitación e investigación como marco de referencia a las Fuerzas Militares en las áreas de Salud Mental, orientados a fomentar condiciones y estilos de vida donde se reconozca el bienestar biopsicosocial acorde con la naturaleza y la misión de la Institución y del contexto nacional.

El Plan Maestro de Salud Mental (2012) establece diferentes estrategias de intervención que guían a los profesionales de la salud mental a generar acciones concretas y efectivas para la prevención de trastornos mentales y sus consecuencias en las diferentes áreas de ajuste los uniformados y civiles miembros o empleados de las diferentes dependencias militares. El Plan fija cinco ejes de intervención que apoyan la prevención y promoción de la salud mental: (a) crisis humanas, (b) el sentido del trabajo, (c) el desarrollo humano, (d) la vigilancia epidemiológica, y (e) la intervención temprana en situaciones de crisis.

En Latinoamérica, y especialmente en Colombia, el diseño y desarrollo de guías de Primeros Auxilios Psicológicos como estrategia de intervención temprana ante una catástrofe no ha sido muy amplia, y aquellas que se han desarrollado tienen como objetivo la población civil; sin embargo, en Colombia, un país en conflicto con diversos grupos al margen de la ley (guerrillas, paramilitares, carteles de drogas, bandas criminales, etc.), y donde las Fuerzas Militares y/o de Policía son uno de los principales objetivos de los atentados, actualmente no se cuenta con directrices o guías de PAP que permitan, sobre todo en zonas apartadas del casco urbano, dar una atención prioritaria, rápida y adecuada.

Por lo tanto, y teniendo en cuenta las directrices del Plan Maestro de Salud Mental (2012), el presente estudio tiene como propósito aportar al eje de intervención temprana en situaciones de crisis por medio de la adaptación de una guía que desarrolle el paso a paso de los PAP en caso de un atentado terrorista, y que sean los mismos miembros (activos o retirados) de las Fuerzas Militares y/o de Policía o civiles que laboren dentro de las instalaciones de estas entidades, quienes se entrenen/capaciten para ser los primeros en dar asistencia psicológica.

Objetivo General

Adaptar y establecer la validez de contenido de la *Guía ABCDE para la Aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos en Crisis Individuales y Colectivas* para su aplicación en miembros de la Fuerza Pública de Colombia ante ataques terroristas.

Objetivos específicos

Evaluar los aspectos conceptuales y semánticos de la guía que puedan diferir entre (a) Colombia y Chile, y (b) entre el lenguaje cotidiano y el lenguaje castrense, que permita establecer las palabras que deban ser modificadas para un mayor entendimiento de cada uno de los postulados de acuerdo con el contexto.

Establecer la validez de contenido por medio del Instrumento AGREE II (*Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation*, 2003; Flórez y Montoya, 2011) para Guías Clínicas Prácticas, por medio de evaluadores expertos.

Adaptar la estructura y contenidos de la *Guía ABCDE para la Aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos en Crisis Individuales y Colectivas* ante eventos de terrorismo en la Fuerza Pública.

Capítulo Segundo

Primeros Auxilios Psicológicos ante eventos terroristas en la Fuerza Pública

Para comprender el contexto de los Primeros Auxilios Psicológicos y su aplicabilidad y efectividad en circunstancias catastróficas, como un ataque terrorista, diversos autores han buscado establecer los conceptos, las estrategias y técnicas más adecuadas que han permitido, hasta la fecha, establecer los PAP como una intervención inmediata de amplia funcionalidad que apoye el pronto afrontamiento del evento catastrófico, y ayudar en la prevención de la salud mental de éstas mismas y de sus familias.

En este apartado se hará una revisión del concepto de terrorismo, sus causas y las secuelas o consecuencias que se pueden llegar a presentar en las víctimas, con énfasis en las implicaciones psicológicas, o en los países donde se han presentado los ataques, así mismo se describirán los procesos terapéuticos más utilizados en estos eventos, entre ellos los Primeros Auxilios Psicológicos, donde se describirá su definición, sus objetivos, estrategias y técnicas más aplicados, Finalmente, se describirá el proceso de adaptación y validación de una Guía Clínica Práctica (GPC) por medio del instrumento AGREE II, como se ha definido en el objetivo del presente estudio.

Terrorismo

El terrorismo, ha sido un método efectivo utilizado desde siglos atrás. De acuerdo con Laqueur (2007), el terrorismo tiene referencia en los frecuentes asesinatos políticos, inclusive asesinatos sistemáticos tanto en la cultura Griega como en la Romana, como

por ejemplo, el asesinato de Julio Cesar. Posteriormente, surgieron grupos pequeños involucrados en terrorismo sistemático en diversas regiones del mundo, como se evidencio entre el siglo VIII y XIV, una rama de los ismailíes musulmanes ubicados en lo que hoy es Irak e Irán, mataron gobernadores, prefectos, califas y un rey cruzado de Jerusalén.

Para el siglo XIX el terrorismo fue más notable, se presentó el asesinato del Zar Alexander II de Rusia, así como el de muchos ministros, reyes (Umberto de Italia), generales, presidentes (Estados Unidos: William McKinley; Francia: Sadi Carnot; España: Antonio Canovas) y archiduques, como el de Franz Ferdinand que inició a la primera guerra mundial en 1914 (Laqueur, 2007). De acuerdo con este autor, el terrorismo se volvió a activar en forma masiva, más cruel y sangrienta desde finales de 1970, donde la Guerra Fría fue una batalla constante entre el capitalismo y el comunismo, invadiendo territorios, y arrastrando consigo conflictos ajenos, que eventualmente, se transformaron en la motivación de grupos de islamistas para liberar sus territorios y hacer respetar su historia, cultura y religión.

De acuerdo con Laqueur (2007) y Alshdaifat (2014), existe una diferencia entre el terrorismo que se perpetraba antes en comparación con el de ahora, y es que antes existía un respeto especial por la población en general, es decir, los eventos terroristas se accionaban en contra de líderes tales como reyes, militares de alto rango, ministros, presidentes u otro tipo de figuras públicas, sin embargo, actualmente, y sin importar la localización, el grupo o la motivación, el terrorismo tiene por objetivo la población general, y en menor medida a los políticos o miembros de las Fuerzas Militares o de LA Policía Nacional, sin embargo, los ataques dependen del contexto del momento.

El terrorismo, actualmente es definido independientemente de su objetivo, 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. Por su parte Balencie (como se citó en Rodríguez, 2012) define el terrorismo como

Una secuencia de actos de violencia, debidamente planificada y altamente mediatizada, que toma deliberadamente como blanco a objetivos civiles y

militares a fin de crear un clima de miedo e inseguridad, impresionar a la población e influir en los políticos con la intención de modificar los procesos de decisión (ceder, negociar, pagar, reprimir) y satisfacer unos objetivos (políticos, económicos o criminales) previamente definidos.

Autores como Musitu (1997), definió el terrorismo como 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. Para este autor, el terrorismo es el comportamiento humano más obstructor para la realización personal y la convivencia social.

En tanto, para Mercado, González y Olvera (2009), el objetivo del terrorismo es extender el caos por el territorio, dar un golpe psicológico que desestabilice a la sociedad, exponer las debilidades del enemigo, y crear una violencia simbólica que genere un sentimiento de inseguridad en los individuos, es decir, alterar el orden del sistema. El terrorismo implica “utilizar cualquier método de guerra que consista en atacar intencionalmente a quienes no deberían ser atacados” (Gilbert, 1998, p.24; como se citó en Mercado, González y Olvera, 2009).

El terrorismo se ha propagado por todo el planeta como uno de los accionares coercitivos de mayor uso con el objetivo de dar cumplimiento a una meta establecida bajo una justificación, según la visión de cada persona o grupo terrorista, como legítima o no. Las estadísticas que se han presentado con anterioridad permiten dimensionar la problemática con la que cientos de países ha tenido que lidiar a lo largo años, sin percibir un cambio favorable o la disminución de los conflictos o de los ataques terroristas.

Las últimas estadísticas globales sobre el terrorismo son del año 2018, y las cuales han permitido conocer que, de un total de 138 países, 44 han presentado un impacto negativo entre moderado y muy alto, a consecuencia del terrorismo, siendo Afganistán, Irak, Nigeria, Siria, Pakistán, Somalia, India, Yemen, y Filipinas los países que encabezan la lista, Colombia ocupó el puesto 19, con impacto moderado (Institute for Economics & Peace, 2019).

De igual forma se encontró que para ese mismo año, el número de muertes totales por ataques terroristas declino por cuarto año consecutivo, pasando a 15.952 muertes,

mientras que en el 2014 el número supero las 33.500. Esta reducción se debe a la disminución o al debilitamiento del conflicto en Oriente Medio, y el subsecuente debilitamiento del grupo terrorista Estado Islámico (EI). De igual forma se presentaron disminuciones en el número de muertes por terrorismo en Norte América, Europa, Asia-Pacífico, en un 30% en comparación con el 2017 (Institute for Economics & Peace, 2019).

En cuanto a los países que presentaron un mayor incremento de muertes por terrorismo el Institute for Economics & Peace (2019), reporta que Afganistán ocupó el primer lugar, donde el número de personas asesinadas aumento en 2726, seguido por Nigeria con un aumento de 508 muertes, Mali con 286 muertes, Colombia ocupó la sexta posición con un aumento de 37 muertes, y Venezuela el octavo lugar con 24 muertes.

En los últimos años, y de acuerdo con Janetsky (2019), en Colombia se ha experimentado el mayor impacto del terrorismo, sin embargo, aunque el terrorismo ha ido en aumento, su impacto es más bajo ahora que en el 2002. La violencia de los grupos terroristas de Colombia ha aumentado aún con la implementación de los acuerdos de paz con las FARC. En 2018 las disidencias de las FARC perpetraron 34 ataques, en los cuales fallecieron 24 personas, en tanto el ELN en el mismo año, perpetró 87 ataques, en los cuales fallecieron 48 personas.

Causas y clasificación del terrorismo.

Los predictores o acontecimientos que pueden llevar al surgimiento del terrorismo que se han estudiado hasta la fecha son diversos, y hacen parte de un sistema que al interactuar puede llevar a una o varias expresiones de terrorismo, de acuerdo con Schmid (2005), Krieger y Meierrieks (2011) y Bjørgo y Silke (2018), este sistema se compone de precondiciones, causas inmediatas y precipitantes. Las precondiciones, según Bjørgo y Silke (2018) por sí solas, no son suficientes para que emerja o se presente el terrorismo; sin embargo, son factores que, sumado a otros, incrementan las posibilidades de los ataques terroristas. Las precondiciones más comunes son (a) falta de democracia, (b) libertades civiles y estados de derecho debilitados, (c) gobiernos ilegítimos y corruptos (a veces respaldadas por gobiernos extranjeros), (d) discriminación basada en el origen étnico o religioso, (e) percepción de injusticia social, y (f) experiencia histórica de conflictos violentos.

En el caso de las causas inmediatas destacan (a) disminución de la cobertura mediática, (b) problemas de cohesión interna del grupo, (c) conflicto de baja intensidad que se intensifica, (d) escalada de conflictos políticos violentos, y (e) incursión de un nuevo actor en una situación de conflicto existente (Schmid, 2005). Finalmente, se tienen los incidentes específicos que motivan directamente el surgimiento del terrorismo, los precipitantes. Estos pueden expresarse a nivel macro, meso y micro. A nivel macro se encuentran las condiciones sistémicas de la sociedad y/o el estado como, por ejemplo, la guerra civil o los conflictos profundamente arraigados, la invasión y ocupación por parte de fuerzas militares extranjeras, el subdesarrollo económico, el mal gobierno y la corrupción. A menudo en este nivel están las causas fundamentales del terrorismo (Bjørge, como se citó en Bjørge y Silke, 2018).

En el nivel meso, se encuentran las condiciones, desarrollos y procesos en un nivel intermedio, como los movimientos sociales, instituciones, organizaciones y grupos; en este nivel aplican las actividades de organizaciones terroristas, líderes carismáticos que movilizan seguidores en masa o movimientos de paz. El nivel micro, se relaciona con los individuos y la interacción cara a cara en pequeños grupos, siendo en ocasiones los grupos que se radicalizan y a veces incluso se involucran en un activismo violento (Bjørge y Silke, 2018).

Para Gurr (como se citó en Krieger y Meierrieks, 2011), el terrorismo podría tener sus raíces en la privación económica, es decir, la pobreza y desigualdad existente en un país. De acuerdo con el autor, la violencia se genera cuando existe una discrepancia entre lo que los individuos piensan que merecen y lo que realmente reciben a través del proceso económico (distributivo). Las malas condiciones económicas estructurales crean frustración, lo que a su vez hace que la violencia sea más probable.

Existen otros predictores del terrorismo, Sánchez-Cuenca (2009), menciona que un indicador importante del terrorismo reside en el tamaño de la población de un país. A mayor población menor control del gobierno a grupos alineados con un objetivo terrorista, así como también mayor serán los efectos de todos los demás predictores (macro, meso y micro). Por otro lado, y en relación con las libertades civiles y los derechos humanos, se ha encontrado, según Piazza (como se citó en Bjørge y Silke, 2018), que cuanto más represivo un estado, mayor es la probabilidad de que surja el terrorismo. La represión se

puede medir de varias maneras, pero puede incluir la pérdida de libertades civiles, la restricción de la libertad de expresión y un aumento de los abusos contra los derechos humanos.

En países donde se restringen severamente la democracia presentan mayores probabilidades de que emerja el terrorismo interno. Cuando las instituciones gubernamentales tienen representación política de un determinado grupo de partidos políticos (gobiernistas), esto proporciona un predictor del terrorismo futuro. Cuanto menor sea el número de partidos presentes, mayor el riesgo de que el terrorismo interno estalle en esa cultura. (Piazza, como se citó en Bjørge y Silke, 2018).

En cuanto a la clasificación del terrorismo, Rodríguez (2016) estableció cuatro categorías: por su origen, por función, por sus efectos, por su naturaleza. En cuanto al origen, éste hace referencia a los objetivos de los ataques terroristas, es decir, qué se quiere conseguir al llevarlos a cabo. El origen puede ser político (modificar el panorama político del país) o puede ser económico (beneficio monetario). Por su función, el objetivo del terrorismo es más claro y específico. En este grupo están los movimientos separatistas, los cuales, al conseguir su objetivo, por lo general, suelen terminar con su actividad terrorista como sucedió con el IRA (Irish Republican Army) que al conseguir sus objetivos y al poder entrar al sistema político del país cesó todo ataque terrorista.

En relación con la categoría de por sus efectos, la autora indica que, los grupos terroristas tienen la finalidad de mantener durante un tiempo el terror en la sociedad, como mecanismo generador de miedo, con el que la población deberá, según ellos, convivir durante el mayor tiempo posible, dado que sus requerimientos no son específicos, sino generales. Por ejemplo, AL Qaeda utilizó el miedo como método terrorista, tratando de demostrarle a los Estados Unidos su debilidad en cuanto a la seguridad. La última categoría, por su naturaleza, Rodríguez (2016), considera que el terrorismo suele tener su causa, principalmente, en la religión, y basados en ella y sus postulados, cometen actos terroristas justificados ante Dios, por lo que es común escuchar que un terrorista islámico ejecutó un ataque en nombre de Alá, se inmolan en su nombre y materializan así aquella premisa de morir como un mártir.

Por su parte, Rodríguez (2012) y Mercado, González y Olvera (2009) han establecido una clasificación según la localización del atentado, así entonces, estos pueden ser

nacionales (o regionales) e internacionales. El terrorismo nacional o regional se concentra en un lugar específico y con un enemigo definido según las necesidades sociopolíticas del momento, de tal forma que sus acciones van dirigidas solo a la población de ese territorio. En tanto, el terrorismo internacional, refiere a los actos terroristas llevados a cabo en un país determinado por personas o grupos de otros países, con el objetivo de castigarlos por su intromisión en sus territorios, políticas, cultura o creencias religiosas. De este tipo de terrorismo, el más claro ejemplo fue el atentado a las torres gemelas el 11 de septiembre de 2001 por yihadistas de diversos países del medio oriente (Rodríguez, 2012).

Consecuencias del terrorismo.

Todos los países y personas que han sufrido el flagelo del terrorismo han tenido que afrontar diversos tipos de consecuencias, en el caso de los países el terrorismo tiene un impacto principalmente económico, en la salud pública y en los servicios sanitarios, en tanto el impacto en las personas es principalmente, físico o de salud mental.

Afectación económica y sanitaria. De acuerdo con el Institute for Economics & Peace (2019), los países que sufren conflictos armados experimentan un impacto económico significativamente mayor a causa del terrorismo. Por ejemplo, para el 2018, Afganistán fue el país más afectado por el terrorismo en alrededor un 19.4% de su Producto Interno Bruto (PIB), un aumento de siete puntos porcentuales desde 2017. Así mismo el informe reporta que ningún otro país experimentó un costo superior al 5% de su PIB. Cuando se midió el impacto económico del terrorismo, se encontró que para el año 2014 este fue de 111 billones, mientras que en el 2018 fue de 33 billones de dólares. En Colombia, según Álvarez (2015), se destinan del presupuesto general de la nación aproximadamente 22 billones de pesos colombianos anuales al sector de seguridad y defensa, por lo que en los últimos 10 años el conflicto le ha costado a Colombia, aproximadamente 220 billones de pesos.

El terrorismo y el miedo al terrorismo alteran el comportamiento económico de las regiones y de los países, principalmente al cambiar los patrones de inversión y consumo, así como el desvío de recursos públicos y privados de las actividades productivas hacia medidas de protección. El terrorismo y el miedo al terrorismo también generan

importantes pérdidas de bienestar en forma de déficit de productividad, ingresos no percibidos y gastos distorsionados, lo cual termina afectando el precio de los bienes y servicios (Gupta, Clement, Bhattacharya y Chakravarti, 2002; Institute for Economics & Peace, 2019).

En cuanto al crecimiento económico de un país o una región, varios estudios han permitido conocer cifras que develan el impacto del terrorismo. Por ejemplo, en el País Vasco (España), cuando se presenta el estallido del terrorismo por parte de Euskadi Ta Askatasuna (ETA) a finales de 1960, el crecimiento económico de la región disminuyó en un 10% (Abadie y Gardeazabal, 2003), en Israel, el ingreso per cápita podría haber sido 10% más si el país hubiese evitado el terrorismo entre 2001-2004 (Eckstein y Tsiddon, 2004).

Con respecto a los mercados financieros y a la inversión extranjera los países también suelen tener repercusiones. Con respecto al primero, Drakos (2010), realizó un estudio en el que encontró que los mercados de las economías desarrolladas son más resistentes a las crisis terroristas, mientras que en los mercados emergentes tienen un mayor impacto tanto en los rendimientos como en la volatilidad de éstos, en tanto Gupta, Clement, Bhattacharya y Chakravarti (2002) y Blomberg y Mody (2005) encontraron que la inversión extranjera disminuye para un país si aumentan de los ataques terroristas en este, y afecta más aún a los países en desarrollo.

En cuanto a los servicios sanitarios, Arcos-González, Castro-Delgado y Martínez-Monzón (2007), refieren que estos también se ven afectados por los ataques terroristas puesto que menoscaban el funcionamiento habitual de los servicios y las instalaciones de salud. En caso de que la demanda de asistencia sanitaria producida por los ataques sea alta y de forma aguda, se puede llegar al colapso funcional de los servicios, especialmente en aquellos casos en que no existe un Plan de Emergencia previo.

Teniendo en cuenta lo anterior, en Israel, por ejemplo, Levav, Novikov, Grinshpoon, Rosenblum y Ponizovsky (2006), reportaron que el estrés producido por los ataques terroristas hizo que las consultas por problemas médicos sin mayor relevancia disminuyeran mientras que las consultas por problemas psicopatológicos como ansiedad o somatización desbordaron el sistema.

Afectación física. La afectación física que se puede presentar en un ataque terrorista estará directamente relacionada con el método utilizado para infligir daño, y del cual podrán resultar personas fallecidas o heridas. En la literatura se encuentra mayor detalle de los atentados por dispositivos explosivos que por otro tipo o métodos de terrorismo. En el caso de las bombas (dispositivos explosivos), Arcos-González, Castro-Delgado y Cuartas-Álvarez (2007), indican que el número de muertes inmediatas que se presentan, se relacionan con la magnitud de la explosión, la proximidad de las víctimas potenciales, si los edificios se derrumban o no, y si el entorno donde explota la bomba es cerrado o abierto.

En este sentido, Arnold, Halpern, Tsai y Smithline (2004), realizaron una revisión de 29 ataques terroristas donde el método utilizado fueron los dispositivos explosivos, y se reportaron víctimas en masa. Los investigadores encontraron que una de cada cuatro personas fallece en el acto cuando hay un derrumbe estructural, una de cada doce en espacios cerrados, y una de cada veinticinco en entornos abiertos.

En cuanto a las personas heridas en los ataques con dispositivos explosivos, se ha encontrado que las explosiones en espacio cerrado tienen una mayor incidencia las lesiones de cabeza, tórax y pulmón, sin embargo, los pacientes con lesiones de cabeza, debido a su gravedad, suelen fallecer, de igual forma se presentan lesiones de perforación de oído, perforación intestinal (Katz, Ofek, Adler, Abramowitz, Krausz, 1989). Los heridos por explosión de un artefacto explosivo presentan de forma regular múltiples heridas que requiere intubación de emergencia (Katz et al., 1989); otras víctimas presentan amputación traumática, lo cual sugiere proximidad a la onda explosiva, este tipo de daño es más común entre los fallecidos (Horrocks, 2001).

El impacto de un atentado terrorista también se ha evaluado en la población general, quienes por la magnitud y gravedad del evento sufrieron algún tipo de afectación con el tiempo. Entre estos resalta el estudio de Holman, Cohen, Poulin, Andersen, Gil-Rivas y McIntosh (2008), el cual tuvo por objetivo examinar el grado en el que, el estrés agudo ocasionado por los atentados de las torres gemelas en New York, predijeron resultados cardiovasculares en una población nacional durante los siguientes tres años. La muestra estuvo compuesta por 2.592 adultos. Los participantes llenaron una encuesta de salud días

previos al ataque y posterior a éste (9-14 días) completaron una evaluación, vía web, de respuestas de estrés agudo.

Los resultados del estudio mostraron que, las respuestas de estrés agudo a los ataques del 11 de septiembre se asociaron con un aumento del 53% en la incidencia de enfermedades cardiovasculares durante 3 años posteriores. Las personas que informaron altos niveles de estrés agudo inmediatamente después de los ataques presentaron una mayor incidencia de hipertensión diagnosticada por un médico (RR, 2,15 al año y 1,75 a los 2 años) y problemas cardíacos (RR, 2,98 a 1 año y 3,12 a los 2 años). Entre las personas que informaron una preocupación constante por el terrorismo después del 11 de septiembre, los síntomas de estrés agudo pronosticaron un mayor riesgo de problemas cardíacos diagnosticados por un médico a los 2-3 años después de los ataques (RR, 4.67 a los 2 años y 3.22 a los 3 años).

Afectación psicológica. Las víctimas con afectación física o principalmente psicológica, que deja un atentado terrorista 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 ayudo 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 sanitarios de emergencias, los bomberos, y 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).

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 con el TEPT, el trastorno de adaptación, trastorno de depresión mayor, ansiedad generalizada, entre otros.

De acuerdo con Colomina (2019), las primeras consecuencias en un ataque terrorista son la muerte, la destrucción y las pérdidas materiales, seguido por el desconcierto y las reacciones de shock por lo sucedido en los supervivientes y la población en general. La autora indica que, ante un incidente crítico, las reacciones de estrés son normales y esperables ante una experiencia anormal. Inmediatamente después del ataque es común que se experimente diversas emociones como el miedo y la ira (Huddy, Feldman, Taber y Lahav, 2005), el dolor, la impotencia, la culpa del superviviente y la ansiedad (Colomina, 2019), además de la desesperanza, pasividad-ansiedad, fatalismo, somatizaciones, entre otras (Muñoz y Navas, 2007).

Al momento del evento, se presentan una serie de respuestas de estrés que se manifiestan a nivel fisiológico, emocional y cognitivo que pueden variar en intensidad dependiendo de las diferencias individuales (personalidad, autoeficacia percibida, experiencia previa con situaciones similares). Ante el estrés el sistema nervioso simpático se activa, con lo cual se prepara al individuo para protegerse del peligro y responder a la amenaza percibida a través de la huida o el ataque (Colomina, 2019).

Cuando el cerebro hace la lectura de la amenaza percibida, el cuerpo responde con el aumento de la respiración, lo cual transporta el oxígeno necesario a los músculos y junto a la aceleración del ritmo cardíaco permite la movilización, se presenta dilatación de las pupilas para percibir mejor los estímulos visuales, disminución de la actividad del sistema digestivo para poder concentrar la sangre en las extremidades, entre otros. Estas reacciones son inmediatas, pero temporales (Rubin y Bloch, 2000; Colomina, 2019).

Entre las reacciones físicas se encuentran la tensión, fatiga, nerviosismo, insomnio, vértigo, temblor, mareo, dolores y molestias generalizadas, la persona se sobresalta fácilmente, taquicardia, náuseas, disminución del apetito y deseo sexual (Rubin y Bloch, 2000; Buttler, Panzer y Goldfrank, 2003; Cloack y Edwards, 2004; Williams y Kemp, 2017).

Las reacciones a nivel cognoscitivo se caracterizan por la confusión, desorientación, indecisión, preocupación, acortamiento de la atención, falta de concentración, pensamientos intrusivos, dificultades de memoria, recuerdos no deseados, incredulidad, hipervigilancia (Rubin y Bloch, 2000; Cloack y Edwards, 2004; Ruzek et al., 2007).

A nivel emocional se destaca una constelación de reacciones, siendo los principales el estado de shock y el miedo, además del aplanamiento emocional, sentimientos de vulnerabilidad, tristeza, culpa, impotencia, desesperanza, entumecimiento, disminución de la capacidad de sentir interés o placer, aislamiento social (Rubin y Bloch, 2000; Buttlar, Panzer y Goldfrank, 2003; Cloack y Edwards, 2004; Ruzek et al., 2007; Williams y Kemp, 2017).

Aunque muchas personas exhibirán alguna manifestación de angustia después de un evento terrorista, se han identificado varios síntomas específicos como factores predictivos de una enfermedad psiquiátrica posterior. Entre los síntomas se incluye sentirse entumecido, retraído o desconectado; aislamiento de los demás; y evitar actividades, lugares o personas que recuerden el evento (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 las personas expuestas directamente al ataque terrorista, se incrementa el riesgo de desarrollar distintos trastornos psicológicos como el trastorno por estrés agudo, el TEPT, el trastorno de pánico, la depresión, la ansiedad generalizada, el abuso de sustancias entre otros (Breslau, Davis, Andreski y Peterson, 1991; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson y Breslay, 1999; Galea, Vlahov, Resnick, Ahern, Sus-ser, Gold, Bucuvalas, y Kilpatrick, 2003; Fremont, 2004, como se citaron en Iruarrizaga et al., 2004; García-Vera. et al., 2015).

Con respecto al trastorno de depresión mayor, Salguero, Fernández-Berrocal, Iruarrizaga, Cano-Vindel y Galea (2011), estimaron que el riesgo de sufrir este trastorno en las víctimas directas del atentado es del 20 al 30% y en las víctimas indirectas del 4 al 10%, estas cifras muestran la magnitud de la afectación que se presenta en la población. En tanto, el TEPT, ha sido uno de los trastornos más estudiados por la psiquiatría,

psicología y otras áreas a fines, puesto que es el diagnóstico más frecuente en víctimas del terrorismo (García-Vera. et al., 2015).

De acuerdo con los autores, las víctimas de terrorismo pueden presentar un diagnóstico de TEPT en un 50%, mientras que solo en un 12% son diagnosticadas por haber estado en accidentes de tráfico, evidenciando como otra peculiaridad, que la evitación y la depresión se ven más acentuadas en las víctimas del terrorismo (García-Vera. et al., 2015).

Morales, Medina, Gutiérrez, Abejaro de Castro, Hijazo, y Losantos (2016), reportan que la prevalencia anual del TEPT entre los adultos de los Estados Unidos, es de alrededor del 3,5%, en tanto que en Europa, Asia, África y América latina la prevalencia oscila entre el 0,5-1%. En todos los países, sobre todo en Estados Unidos los índices de TEPT son más altos, entre militares y policías, bomberos y personal sanitario de emergencias.

Tras los atentados del 11 de marzo de 2004 en Madrid, 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. Así mismo se encontró 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 (Hillers y Rey, 2006).

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 que han perjudicado su funcionamiento 40 años después de la guerra (Marmar, Schlenger, Henn-Haase 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 de la ciudad de Medellín, encontrando que la prevalencia del trastorno de estrés postraumático fue del 52.2%, y que los tiempos de la jornada laboral, haber sido víctimas de algún evento violento y la relación con la comunidad donde se presta el servicio son factores de riesgo para presentar TEPT.

El Instituto Nacional de Salud de Colombia (2016), afirmó que la guerra y las catástrofes tienen efectos en la salud mental y el bienestar social de manera significativa, en tanto 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 (Corzo, 2009).

Los miembros de las Fuerzas Armadas a nivel mundial se configuran como un grupo susceptible de presentar TEPT. Vallejo y Terranova (2009), dicen que “el trauma genera excitaciones excesivas que van más allá de la tolerancia del sujeto y su capacidad de control y elaboración de los mismos” (p.104). En su investigación encontraron que los veteranos de guerra de Vietnam presentaron TEPT relacionado con el combate en sí mismo, pero también se sumaron aspectos como las dificultades en la relación con el mando superior, puesto que las dinámicas interpersonales se tornan ambiguas y negativas, y se emplea la subestimación del personal.

Otros factores que pueden contribuir a la presentación del TEPT en miembro de las fuerzas militares son la intensidad del trauma, los hechos y las circunstancias en que se presentaron los acontecimientos, la cultura, la ideología militar y religiosa, la edad del

militar, historial de expresiones previas como agresiones y estabilidad emocional, los recursos psicológicos, la autoestima y las redes de apoyo con las que cuenta (Vallejo y Terranova, 2009).

Inmediatamente después de presentarse el ataque terrorista, se pone en marcha un mecanismo de intervención en el cual interactúan diversas áreas, por un lado está la Fuerza Pública (Policía y Fuerza Militar) que intervienen en la investigación del hecho y en el orden civil del momento, los servicios de emergencias (ambulancias, paramédicos, enfermeras y médicos, bomberos) para la atención de víctimas y supervivientes, y los profesionales de la salud mental (psicólogos y psiquiatras) quienes asisten a las víctimas directas e indirectas para el afrontamiento de la crisis del momento.

Intervención en crisis

La crisis es definida por Lillibridge y Klukken (1978, como se citó en Rubin y Bloch, 2000) 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. Para Slaikou (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 (p.6).

En tanto para Bellak (1993, como se citó en Dzib, 2013), la crisis es un estado temporal de perturbación y desorganización, que se caracteriza por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos, con los cuales está familiarizado, para la solución de problemas y potencial para obtener un resultado positivo o negativo.

Después de un suceso traumático, de acuerdo con Echeburúa y de Corral (2007), lo más habitual es que desborden 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 negativa 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 (minutos u horas), 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 (Slaikeu, 1996; Fernández, 2010).

Así mismo, Rubin y Bloch (2000) y Fernández (2010), exponen que las crisis pueden ser tipificadas según la ocurrencia del evento, y estas pueden ser evolutivas o circunstanciales. Las primeras son predecibles, hacen parte del ciclo de la vida en sus diferentes etapas como por ejemplo la concepción o esterilidad, embarazo, parto, las crisis que involucran la identidad sexual, la crisis de madurez, la jubilación, entre otras.

Las circunstanciales, pueden ser inesperadas o accidentales que dependen del ambiente, donde el individuo no tiene ninguna manera de prever o controlar, tales como los accidentes de tránsito, secuestros, suicidio, violaciones, atentados terroristas, entre otros (Rubin y Bloch, 2000). Este tipo de crisis suelen evidenciar mayores alteraciones a nivel psicológico, fisiológico y comportamental por los sentimientos de indefensión y desconfianza que generan (Fernández, 2010).

Las personas que viven una crisis comparten ciertas características similares, sin embargo, cabe resaltar que no todos viven o transitan por las mismas fases. Bridges (como

se citó en Pineda y López-López, 2010) y Fernández (2010), describen la fase aguda, como la fase inmediata al evento catastrófico, y se caracteriza por la intensidad emocional como la ira, la angustia, la ansiedad, hipervigilancia, etc., y conductuales como llanto, agitación, agresividad e irritabilidad. Seguidamente se presenta la fase de negación en la que hay un intento por omitir la realidad latente, viene acompañada por tensión muscular, alteración del sueño, ansiedad e irritabilidad.

En la fase de intrusión, se presenta un abarrotamiento de ideas y sentimientos de dolor, se caracteriza por la irritabilidad y la presencia de pesadillas y flashbacks, principalmente; en la fase de reparación las reacciones emocionales son menores en intensidad, el dolor es más soportable, incluso se vuelve a sentir interés por la vida cotidiana; finalmente la fase de reorientación consiste en un momento de reintegración u adaptación de la experiencia vivida a la historia de vida (Bridges, 1980/1982, como se citó en Pineda y López-López, 2010; 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. De acuerdo con este autor existen tres acuerdos generales en la intervención en crisis que ayudan con el anterior propósito, estos acuerdos no sustituyen la terapia, hacen parte de la base fundamental de las diferentes estrategias de intervención. La primera es la intervención inmediata, que busca estabilizar a las víctimas, generando herramientas para que puedan funcionar de manera independiente.

La segunda es facilitar la comprensión de lo que ha acontecido, donde se busca recopilar y escuchar los relatos de lo sucedido, con el objetivo de que se haga una adecuada expresión emocional y de esta forma, ayudar a comprender el impacto que puede tener para su vida; y la tercera se centrar en la solución de problemas, para que de esta manera la víctima pueda retomar el control de la situación, permitiéndole generar alternativas factibles que fomenten la autonomía y autosuficiencia (Donoso, 2012).

La intervención en crisis, para Gantiva (2010) abarca dos grandes momentos, el primero tiene como objetivo la expresión emocional y su procesamiento, así como la

evaluación del daño y la activación de las redes de soporte social; en tanto, el segundo momento tiene como objetivo la integración de la crisis a la vida de la persona, la toma de decisiones y el restablecimiento de excesos o déficit emocionales o conductuales producto de la crisis.

El modelo de intervención en crisis, de acuerdo con Fernández (2010), se define bajo la premisa de que las personas a lo largo de la vida tienen momentos no placenteros o estresantes, pero debido a la experiencia se van creando los recursos necesarios para manejarlos. Si hay un acontecimiento brusco, donde el equilibrio se rompe por la intensidad de las emociones y los recursos que generalmente utilizan no son suficientes, termina irrumpiendo en la vida cotidiana y generando cambios en el equilibrio emocional. Para el autor, una crisis psicológica se presenta cuando un evento traumático desborda desmedidamente la capacidad de una persona de manejarse de forma habitual.

Para Fernández-Millán (como se citó en Echeburúa y de Corral, 2007) la intervención en crisis se adapta a las necesidades específicas de cada individuo, y tiene por objetivos principales (a) proporcionar alivio inmediato a los síntomas más graves (por lo general se consigue con psicofármacos), (b) hacer frente al trauma, (c) restaurar en la víctima el sentido básico de seguridad en el mundo y en las personas y (d) facilitar la reintegración social de la víctima en el contexto comunitario.

El plan de intervención se debe establecer de forma paulatina y acorde a las necesidades de las víctimas. Inicialmente se busca hacer frente a los síntomas más graves (insomnio, pesadillas, ansiedad intensa, humor depresivo, etc.). Seguido, se aborda el núcleo del trauma (reexperimentación del suceso ocurrido, conductas de evitación y reacciones de sobresalto); y finalmente, se busca regular las emociones, de recobrar la autoestima y de recuperar la confianza en las demás personas (Echeburúa y de Corral, 2007).

Primeros Auxilios Psicológicos

Ante una emergencia, natural (huracán, terremotos) o provocada por el hombre (atentados terroristas), las personas a menudo necesitan asistencia práctica, como alimentos, refugio y atención médica, así como apoyo emocional y psicológico inmediato (Akoury, Sahakian, Hassan, Haijai y Asmar, 2015), en este sentido, 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.

Brymer, Jacobs, Layne, Pynoos, Ruzek, Steinberg, et al., (2006) y Pekevski (2013), indican que los PAP es un tipo de intervención basado en la evidencia que busca apoyar a las personas después de un evento de crisis complejo o grave. El término "basado en evidencia" 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.

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 (Pekevski, 2013). 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.

Para Raphael (como se citó en Everly y Flynn, 2005) los PAP consisten en (a) brindar comodidad y consuelo, (b) brindar protección física, (c) proveer ante necesidades físicas, (d) canalizar la energía hacia comportamientos constructivos, (e) reunir a las víctimas con amigos/familiares, (f) proveer apoyo conductual y/o emocional, especialmente durante tareas de gran carga emocional, (g) permitir la ventilación emocional, (h) restablecer una sensación de seguridad, (i) uso de las redes de apoyo social y comunitario primarias, y (j) triaje y remisión de víctimas con dificultades mayores.

Autores como Echeburúa y de Coral (2007), Santacruz (2008); Fernández (2013), y Hernández, Gutiérrez y Estrada (2014), han reportado que los PAP tienen como propósito proporcionar apoyo psico-emocional por medio del acompañamiento a las víctimas para garantizar que reciban los servicios básicos de comida e hidratación, contactarlos con

servicios de urgencias médicas o asistencia legal, enlazar con sus redes de apoyo; establecer una comunicación empática con el interviniente, proporcionar un ambiente de seguridad y confidencialidad para expresar sentimientos; restablecer el equilibrio psicológico, buscando mejorar la capacidad para enfrentar la situación; disminuir la probabilidad de ocurrencia de consecuencias poco saludables (abuso de alcohol, ideaciones suicidas, trastornos psicológicos, etc.) y aumentar la probabilidad de crecimiento personal que favorezca la capacidad de resiliencia de la víctima.

Para Raphael (como se citó en Everly y Flynn, 2005) 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.

De acuerdo con Brymer et al., (2006) los núcleos centrales de acción de los PAP se presentan en la Tabla 1.

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 realizó 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.

Tabla 1

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

Ruzek et al, (2007) y Brymer et al, (2006), indican que 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, considerando 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 (Snider, Chehil y Walker, 2012), todo con el objetivo de poder abarcar el mayor número de personas posibles y aplicar los PAP lo más rápido posible.

Así mismo, la OMS (2001) indicó que, toda persona que haga parte del equipo de intervención temprana, profesional del área de la salud mental o no, capacitado en PAP, debe garantizar que en su intervención se respete la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas. En cuando a la seguridad, se debe evitar poner a las personas en mayor riesgo de daño como resultado de las acciones de intervención, se les debe proteger de daños físicos o psicológicos.

En relación con la dignidad, se debe tratar a las personas con respeto y de acuerdo con sus normas culturales y sociales, finalmente, se debe respetar sus derechos. Es importante asegurarse de que las personas puedan acceder a la ayuda de manera justa y sin discriminación, siempre se debe actuar en el mejor interés de cualquier persona que encuentre inmersa en un evento catastrófico y que requiere de ayuda (OMS, 2011).

Con respecto a la efectividad de los PAP, las revisiones sistematicas de literatura de Bisson y Lewis (2009), Fox et al., (2012) y Dieltjens, Moonens, Van Praet, DeBuck, y Vandekerckhove (2014) han concluido que no existe evidencia que permita establecer la eficacia de los PAP, esto debido a la falta de estudios que cumplan con los criterios de nivel de evidencia más importantes:

1. Grandes y pequeños estudios descriptivos (corte transversal, ecológico, series de casos, informes de casos estudios, nivel de evidencia 3a-3b),
2. Estudios retrospectivo/analítico (estudios no aleatorizados, de cohortes o de casos y controles, nivel de evidencia 2b),
3. Analítica prospectiva observaciona (estudios de cohortes controlados, no aleatorizados, nivel de evidencia 2a),

4. Estudios experimentales y epidemiológicos más pequeños: grandes, estudios epidemiológicos no basados en la población o estudios prospectivos aleatorizados con menor efectos significativos (nivel de evidencia 1b), y
5. Estudios experimentales y poblacionales (estudios prospectivos o aleatorizados basados en la población o metaanálisis de múltiples estudios de evidencia superior con efectos sustanciales, nivel de evidencia 1a)

Aún cuando no se han desarrollado estudios de efectividad, 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) 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., 2012).

Ruzek et al., (2007) y Forbes et al., (2011), mencionan cinco dificultades a las que se enfrentan los investigadores para poder desarrollar estudios que permitan demostrar la efectividad de los PAP, sobre todo los ensayos controlados aleatorios, y así poder obtener resultados claros. Primero, los PAP se intentan adaptar para brindar apoyo de acuerdo con las necesidades individuales (familiares o comunitarias), es difícil usar protocolos estándar, por lo que será difícil documentar objetivamente la intervención en cualquier caso dado.

Segundo, la mayoría de las personas afectadas por el desastre se recuperarán de su experiencia sin desarrollar problemas graves de salud mental, por lo que se necesitan un número grande de personas que permita demostrar que los PAP aplicados en un evento crítico tuvieron un impacto significativo en el ajuste de los sobrevivientes. Tercero, aun cuando todos los expertos en eventos catastróficos estuviesen de acuerdo en un modelo determinado que establezca que dicho enfoque es el correcto en un entorno particular, al momento de hacerse la intervención en el lugar de la tragedia, podría significar que los

evaluadores no pueden estar seguros de que las acciones tomadas fueron fieles al modelo teórico que se sigue.

La cuarta dificultad se basa en que existen diversos aspectos, incluidos los factores culturales, organizativos y ambientales, que pueden afectar significativamente las percepciones y la receptividad a los tipos de intervenciones de PAP; y por lo tanto la evaluación del efecto de estos factores sería compleja y difícil; finalmente, la quinta dificultad radica en que, la evaluación es crucial para establecer el éxito de la intervención, es decir, si se cumplió con los objetivos establecidos. Sin embargo, los objetivos pueden no ser lo suficientemente claros, o incluso definirlos o establecerlos antes de la implementación; por lo que cualquier evaluación posterior no es significativa.

Aun cuando, y como se indicó anteriormente, existen dificultades para evaluar la efectividad de los PAP, de acuerdo con Galea, Vlahov, Resnick, Ahern, Susser, Gold et al., (2003), se ha alcanzado un consenso general con base en la literatura existente con respecto a los efectos o secuelas de los eventos catastróficos. Este consenso indica que:

1. No es apropiado clasificar como patológicas las reacciones de las personas, o incluso considerarlas como una respuesta que pueda conducir a un trastorno en el futuro,
2. Muchas personas presentaran reacciones al estrés que se vive después de un evento catastrófico, incluso años después, muchas de estas reacciones son transitorias,
3. En lugar de un diagnóstico o un tratamiento después del evento, es más probable que muchas personas necesiten apoyo y la provisión de recursos (comida, refugio, información) que ayuden a facilitar la transición a la normalidad, y
4. Aunque la mayoría de las personas, después de un evento catastrófico, no presentan dificultades psicológicas, algunos si pueden experimentar altos niveles de angustia y requerir intervención comunitaria y clínica.

El vacío en la evidencia de efectividad ha llevado a 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 PA, 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, y
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.

Al desarrollarse una guía que contenga la introducción a los PAP, el paso a paso para su aplicación e intervención en la población, cabe recordar que es importante que la guía cumpla con la adaptación pertinente y la validación de contenido.

Validación guía de intervención por AGREE-II

Cuando una guía ha sido diseñada y desarrollada bajo un contexto determinado, por ejemplo en un país, el lenguaje o léxico utilizado y las condiciones propias de la cultura son un impedimento para el uso de la guía en otro contexto, por lo tanto es importante realizar, primero, una adaptación lingüística que permita equiparar los conceptos y que se mantenga la idea de lo que se quiere comunicar y posteriormente validar la guía con el objetivo de establecer si esta cumple con la metodología requerida.

Las guías de práctica clínica (GPC), de acuerdo con Brouwers, Kho, Browman, Burgers, Cluzeau, Feder et al., (2010) son herramientas desarrolladas sistemáticamente con el objetivo de ayudar a las personas a tomar decisiones clínicas, políticas y relacionadas con el sistema, que con frecuencia varían en cuanto a la calidad (Vigna-Taglianti, Vineis, Liberati y Faggiano (2006), así entonces, es imperativo desarrollar una estrategia que permita diferenciar entre guías y asegurar que aquellas de mayor calidad son las implementadas.

Las GPC son documentos que (Pardo, como se citó en Flórez y Montoya, 2011)

Por medio de un análisis exhaustivo de la literatura acerca de un problema clínico con relevancia para una población o institución específica, buscan la elaboración de recomendaciones desde diferentes enfoques (preventivo, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación) para ayudar al clínico en la toma de decisiones y, así, establecer la manera como será abordado el paciente que presenta dicha condición (p.564).

Para dicha tarea se creó un equipo internacional, conformado por desarrolladores e investigadores conocido como AGREE Collaboration (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation; 2003; Brouwers et al., 2010). El equipo diseñó y desarrolló una herramienta que permite evaluar la calidad metodológica y la transparencia de las GPC a nivel internacional. La primera versión se publicó en 2003 (AGREE), y la versión revisada y actualizada del 2009 (AGREE II; Brouwers, Kerkvliet y Spithoff, 2016).

El AGREE II se enfoca exclusivamente en el método utilizado para desarrollar una GPC, debido a esto los evaluadores capacitados pueden aplicarla a cualquier guía, independientemente del tema de esa guía y sin la necesidad de que los evaluadores tengan experiencia en el área cubierta por la guía (Trepanier, Stamoulos y Reyes, 2017; de la Hoz, Ávila, Bohórquez, García, Arenas, Vélez, et al, 2014).

AGREE-II es una herramienta de 23 ítems que comprende seis dominios (a) alcance y propósito, (b) participación de los interesados, (c) rigor de desarrollo, (d) claridad de presentación, (e) aplicabilidad, y (f) independencia editorial (Brouwers, 2010; Flores y Montoya, 2011). Los ítems están graduados mediante una escala tipo Likert de siete (7) puntos (desde el 1 “muy en desacuerdo”, hasta el 7 “muy de acuerdo”), y dos (2) ítems especiales para que los evaluadores opinen de forma personal sobre la calidad y recomendación de la GPC evaluada (Rumbo, Cortizas, Lago, Cabanas, Pérez y Sánchez, 2017).

El dominio de *alcance y propósito* contiene una declaración específica sobre los objetivos generales, preguntas clínicas, y describe la población objetivo; el dominio de *participación de las partes interesadas* proporciona información sobre la composición, disciplina y experiencia relevante del grupo que desarrolló la guía e involucración de los pacientes en su desarrollo. De igual forma define claramente los participantes y si ha sido piloteada antes de la publicación (AGREE Collaboration, 2003; Flores y Montoya, 2011).

El tercer dominio, *el rigor de desarrollo*, proporciona información detallada sobre la estrategia de búsqueda, los criterios de inclusión y exclusión para seleccionar la evidencia y los métodos utilizados para formular las recomendaciones. Las recomendaciones están explícitamente vinculadas a la evidencia de apoyo y se discuten los beneficios para la salud, los efectos secundarios y los riesgos. Han sido revisados externamente antes de su publicación y brindan información detallada sobre el procedimiento para actualizar la guía (AGREE Collaboration, 2003; Flores y Montoya, 2011).

La claridad de la presentación contiene recomendaciones específicas sobre la atención adecuada del paciente y considera las diferentes opciones posibles. Las recomendaciones clave se encuentran fácilmente. Se proporciona un documento de resumen y folletos de los pacientes. *La aplicabilidad*, discute los cambios organizacionales y las implicaciones de costo de aplicar las recomendaciones y presentar los criterios de revisión para monitorear el uso de las guías. Finalmente, la *independencia editorial*, incluye una declaración explícita de que las opiniones o intereses del organismo de financiación no han influido en las recomendaciones finales. Los miembros del grupo que desarrollaron la guía han declarado posibles conflictos de intereses guía (AGREE Collaboration, 2003; Flores y Montoya, 2011).

La guía que, para efectos de este estudio se adaptará y validará por medio del instrumento AGREE-II será la definida en el *Manual ABCDE para la Aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos para Crisis Individuales o Colectivas* de Cortés y Figueroa (2018). La guía es el resultado del estudio realizado 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), ambas entidades chilenas. El objetivo del estudio aleatorizado fue determinar la efectividad y seguridad de los PAP como herramienta de prevención secundaria del TEPT y otros síntomas en población afectada por un trauma no intencional reciente.

El manual fue utilizado por reclutadores en distintos servicios de urgencia de cinco hospitales públicos y privados de la ciudad de Santiago de Chile, y el cual permitió orientar el trabajo de campo y facilitar la aplicación del protocolo de estudio y de los PAP. Los resultados permitieron demostrar que, las personas que recibieron los PAP se recuperaron más rápido que los que recibieron una intervención de psicoeducación, al

reportar 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.

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). Es relevante señalar que contar con este manual no reemplaza la capacitación y entrenamiento indispensables en quienes deseen intervenir con esta técnica. El manual establece dos pasos principales para la aplicación de la guía de PAP: etapa de preparación y etapa de ejecución.

En la etapa de preparación, después del impacto del evento traumático, las personas llamadas a asistir al lugar del evento y que vayan a poner en marcha los PAP deben tomarse un tiempo necesario, no extenso por la premura que implica la situación, para verificar una serie antecedentes que pueden ser útiles antes de aplicar los PAP. Los pasos de esta etapa son:

1. Entrenamiento: La persona que va a aplicar los PAP debe contar con un entrenamiento certificado,
2. Coordinación con el equipo (u otros): se recomienda establecer un equipo de trabajo y antes de intervenir, se debe coordinar con otros organismos que estén participando en la respuesta a la emergencia o situación de crisis, ya que es probable que sea inefectiva cuando no se encuentra bien articulada con el resto del sistema de respuesta,
3. La persona debe dar respuesta al siguiente interrogante “¿Estoy en condiciones?”. La persona que va a prestar los PAP necesita realizar una autoevaluación de su condición frente a la crisis, ya que si se encuentra afectado por alguna situación personal es recomendable no realizar la intervención,
4. La persona se debe informar sobre la situación: es importante que anticipadamente reciba la mayor cantidad de información (fuentes confiables), ya que es importante estar preparados y saber los recursos disponibles en el lugar, así podrá dar una mejor orientación al afectado,
5. Evaluación de la aplicabilidad: es necesario evaluar a las personas que están en crisis y verificar si realmente necesitan los primeros auxilios psicológicos o si se encuentra en una situación psiquiátrica. Por otro lado, es importante respetar las decisiones y los

recursos personales del afectado y hacerle saber que usted está disponible para ofrecer ayuda, si la necesita, y

6. Identificarse: Para crear un ambiente de seguridad para la persona, es importante compartir su nombre, la institución que representa y las razones de su presencia en ese lugar, para ello debe portar una credencial que los identifique y señale la organización a la que pertenece. Por otro lado, es importante conocer los datos generales acerca del afectado en el lugar de la agencia como, por ejemplo: quién es, qué estaba haciendo allí, quién lo acompaña, etc.

Para etapa de ejecución los pasos son

1. Escucha Activa: En un estado de crisis la persona puede creer o no contar lo que le está pasando, ya que puede estar pasando por momentos de angustiada, ansiedad o alteración. Si la persona decide hablar puede ser de gran ayuda para estabilizarla, por ello que, sin presión, debe dar espacio para que relate de manera espontánea lo que está ocurriendo. Si la persona decide permanecer callada, se puede permanecer a su lado en silencio. Lo importante de este paso, es poder transmitir a la otra persona que hay un ser humano que está comprendiendo la situación que está pasando. Esto puede tomar entre 10 a 20 minutos.

2. Reentrenamiento de la (B)entilación: Dentro de los primeros auxilios psicológicos se contempla la posibilidad de enseñar y practicar en entrenamiento de la ventilación, ya que algunas personas que están pasando por el momento de crisis pueden mostrarse ansiosas o alteradas, en el que pueden experimentar confusión, y en su comportamiento puede manifestar temblor, con dificultades para respirar o agitación. Hay que tener en cuenta que la persona debe aceptar recibir esta ayuda y puede durar aproximadamente 10 minutos.

3. Categorización de las necesidades: El trabajo de la persona que prestan los PAP, en esta fase tiene como objetivo identificar las necesidades y jerarquizarlas, ya que es común que se produzca confusión mental y las personas tengan dificultades para obtener los diferentes pasos que deben seguir para solucionar sus problemas.

4. Derivación a redes de apoyo: Después de identificar las necesidades, se debe ofertar los servicios de apoyo social disponibles en el lugar donde se provee los PAP. Es

importante que se ayude a la persona a contactar personas y/o servicios de apoyo para que satisfagan las necesidades en ese momento y más adelante. Una de las primeras redes de apoyo es la familia y los amigos.

5. Psico-Educación: con el material de psicoeducación se debe explicar al afectado la información que promueva estrategias de respuestas positivas frente al estrés. A la vez, se hace necesario normalizar las reacciones emocionales frente a la crisis, y el proceso que viene en algunas semanas, y finalmente identificar y que hacer frente a las señales de alarma.

Planteamiento de pregunta problema

¿La Guía ABCDE para la Aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos en Crisis Individuales y Colectivas cumple con los aspectos de validez de contenido establecidos en el instrumento AGREE II para ser adaptada al contexto de la Fuerza Pública ante un ataque terrorista en Colombia?

Capítulo tercero

Método

Tipo de estudio y diseño

Estudio de tipo instrumental (Montero y León, 2007), el cual corresponde a la categoría de diseño o adaptación de instrumentos; y desarrollo tecnológico (Colciencias, 2016), y se entienden como:

Aplicación de los resultados de la investigación, o de cualquier otro tipo de conocimiento científico, para la fabricación de nuevos materiales, productos, para el diseño de nuevos procesos, sistemas de producción o prestación de servicios, así como la mejora tecnológica sustancial de materiales, productos, procesos o sistemas preexistentes. Esta actividad incluirá la materialización de los resultados de investigación en un plano, esquema o diseño, así como la creación de prototipos no comercial y los proyectos de demostración inicial o proyectos piloto, siempre que los mismos no se conviertan o utilicen en aplicaciones industriales o para su explotación comercial (p. 6).

Participantes

La adaptación y validación tiene por objetivo entregar la guía de Primeros Auxilios Psicológicos a los miembros de la Fuerza Pública de Colombia, la cual se compone por el Ejército Nacional, la Armada Nacional, la Fuerza Área Colombiana y la Policía Nacional de Colombia, ante ataques terroristas.

Instrumentos

La validación metodológica de la guía *Guía ABCDE para la Aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos en Crisis Individuales y Colectivas* se realizó por medio del instrumento AGREE-II (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation; 2003; Brouwers et al., 2010). El equipo diseñó y desarrolló una herramienta que permite evaluar la calidad metodológica y la transparencia de las GPC a nivel internacional. La primera versión se publicó en 2003 (AGREE), y la versión revisada y actualizada del 2009 (AGREE II; Brouwers, Kerkvliet y Spithoff, 2016).

El AGREE II se enfoca exclusivamente en el método utilizado para desarrollar una GPC, debido a esto los evaluadores capacitados pueden aplicarla a cualquier guía, independientemente del tema de esa guía y sin la necesidad de que los evaluadores tengan experiencia en el área cubierta por la guía (Trepanier, Stamoulos y Reyes, 2017; de la Hoz, Ávila, Bohórquez, García, Arenas, Vélez, et al, 2014).

AGREE-II es una herramienta de 23 ítems que comprende seis dominios (a) alcance y propósito, (b) participación de los interesados, (c) rigor de desarrollo, (d) claridad de presentación, (e) aplicabilidad, y (f) independencia editorial (Brouwers, 2010; Flores y Montoya, 2011). Los ítems están graduados mediante una escala tipo Likert de siete (7) puntos (desde el 1 “muy en desacuerdo”, hasta el 7 “muy de acuerdo”), y dos (2) ítems especiales para que los evaluadores opinen de forma personal sobre la calidad y recomendación de la GPC evaluada (Rumbo, Cortizas, Lago, Cabanas, Pérez y Sánchez, 2017).

El dominio de *alcance y propósito* contiene una declaración específica sobre los objetivos generales, preguntas clínicas, y describe la población objetivo; el dominio de *participación de las partes interesadas* proporciona información sobre la composición, disciplina y experiencia relevante del grupo que desarrolló la guía e involucración de los pacientes en su desarrollo. De igual forma define claramente los participantes y si ha sido piloteada antes de la publicación (guía (AGREE Collaboration, 2003; Flores y Montoya, 2011).

El tercer dominio, *el rigor de desarrollo*, proporciona información detallada sobre la estrategia de búsqueda, los criterios de inclusión y exclusión para seleccionar la evidencia y los métodos utilizados para formular las recomendaciones. Las recomendaciones están

explícitamente vinculadas a la evidencia de apoyo y se discuten los beneficios para la salud, los efectos secundarios y los riesgos. Han sido revisados externamente antes de su publicación y brindan información detallada sobre el procedimiento para actualizar la guía (AGREE Collaboration, 2003; Flores y Montoya, 2011).

La claridad de la presentación contiene recomendaciones específicas sobre la atención adecuada del paciente y considera las diferentes opciones posibles. Las recomendaciones clave se encuentran fácilmente. Se proporciona un documento de resumen y folletos de los pacientes. *La aplicabilidad*, discute los cambios organizacionales y las implicaciones de costo de aplicar las recomendaciones y presentar los criterios de revisión para monitorear el uso de las guías. Finalmente, la *independencia editorial*, incluye una declaración explícita de que las opiniones o intereses del organismo de financiación no han influido en las recomendaciones finales. Los miembros del grupo que desarrollaron la guía han declarado posibles conflictos de intereses guía (AGREE Collaboration, 2003; Flores y Montoya, 2011).

La interpretación de los puntajes de cada dominio se puede usar para identificar las fortalezas y limitaciones de las guías, para comparar la calidad metodológica entre las guías o para seleccionar guías de alta calidad para la adaptación, el respaldo o la implementación; lo anterior lleva a que la selección de umbrales de calidad para diferenciar entre pautas de alta, moderada y baja calidad sea un desafío.

Procedimiento

El estudio se desarrolló en varias fases descritas a continuación.

Fase 1. Con base en la experiencia de la autora del presente estudio, se definieron los objetivos del estudio y la población diana que se pudiese beneficiar del desarrollo del estudio. Posteriormente, se realizó una búsqueda nacional de guías o protocolos en los cuales se aplicará los P.A.P. como en el Ministerio del Trabajo, Universidades, obras propias de las Fuerzas Militares y de Policía, etc., así como también se realizó una búsqueda internacional en varias bases de datos (Pubmed, Google Scholar, Biblioteca Latinoamericana de Salud, Redyalic, Scielo y Dialnet).

Se estableció contacto con los autores o representantes de las guías que presentaban el prospecto para la adaptación y validación de acuerdo con el objetivo del estudio y de la

población. A los autores se les informó del objetivo y contenido del estudio, y se les solicitó permiso para el uso de la guía. Dentro de las respuestas de derecho de autor, el Médico Psiquiatra Rodrigo Figueroa Cabello de la Pontificia Universidad Católica de Chile, coautor de la guía fue quien otorgó el permiso por medio del correo electrónico con el compromiso de mantener la vinculación con la obra original y una vez realizada la adaptación debe ser enviada y de esta manera revisar que siga con los principios y espíritu de la original (Apéndice A).

Fase 2. Tras la autorización para el uso de la guía, se realizó la adaptación con el objetivo de establecer la equivalencia o diferencia de términos que pudiesen existir entre el contexto Chileno y el Colombiano, así como también resaltar los ajustes necesarios y pertinentes de la guía al lenguaje castrense propio de las Fuerzas Armadas.

Fase 3. Para la validación de la guía por medio del instrumento AGREE-II, se seleccionó los evaluadores a participar. Su selección se hace con base en su perfil, psicólogo/a, con posgrado en psicología clínica, con experiencia en temas de atención en crisis individuales, con una amplia trayectoria profesional, que cuente con reconocimiento en el ámbito laboral. Por último, que tenga disponibilidad y motivación para participar.

Para la validación se contó con cuatro evaluadores independientes con experiencia en psicología clínica tanto en la atención a civiles como a miembros de las Fuerzas Militares y de Policía, a quienes se les hizo entrega de la guía y el manual a validar, el consentimiento informado (Apéndice B) para participar en el estudio, la metodología para la validación y revisión del manual (Apéndice C), el instrumento AGREE-II (Apéndice D) y el manual del AGREE-II que entrega las directrices para la evaluación de las GPC.

Los evaluadores calificaron la guía con base en los 23 ítems del AGREE-II en una escala Likert de 7 puntos de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). Los puntajes se ingresaron a una hoja de Excel para hacer los cálculos, y poder determinar, de acuerdo con los puntajes y los comentarios de los evaluadores, la validez metodológica de la guía en cuestión.

Fase 4. Se realizan, tanto al manual como a la guía, los ajustes pertinentes indicados por los evaluadores, y se establece la versión final. Esta versión se presenta a un cuarto juez independiente, seleccionado por su trayectoria en las Fuerzas Militares o de Policía (uniformado/a), por su experticia (ser psicólogo/a, con posgrado y que cuente con un

grado o posición dentro de la Fuerza a la que pertenece), experiencia en temas de atención en crisis, con reconocimiento y reputación en el ámbito laboral y por último que cuente con disponibilidad y motivación para participar. Este último paso tiene por objetivo revisar la guía y manual final por parte de un evaluador experto.

Fase 5. Se realizan los ajustes finales, de acuerdo con los criterios del cuarto evaluador, y se crea *Guía ABCDE para la aplicación de primeros auxilios psicológicos ante eventos terroristas en las Fuerzas Militares y de Policía*. Se elabora el documento final, donde se establece si se dio cumplimiento con el objetivo de la investigación, así mismo se presentan las limitaciones que se presentaron en el estudio y se dan las recomendaciones consideradas.

Consideraciones éticas

Según los lineamientos de Ministerio de Salud en Colombia en la Resolución número 8430 de 1993, artículo 11 esta es una investigación sin riesgo debido a que las técnicas y métodos utilizadas son de tipo documental, es decir, son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

Así mismo, la propuesta del estudio fue aprobada por el director de la tesis, el centro de investigaciones y por el juez evaluador de la facultad de Psicología de la Universidad El Bosque. Las fuentes de adquisición son verídicas, científicas y aprobadas académicamente, fundamentalmente de textos, revistas científicas y bases de datos, y se ha tenido en cuenta los derechos de autor.

La información citada, en aquellos casos en donde se utilizaron palabras textuales, se han referenciado de acuerdo con las normas de textos escritos aprobadas por Asociación Americana de Psicología (APA). No se han citado más de 500 palabras textuales a fin de no violar la autoría. Se aclara que el objetivo de la recopilación de la información es académico y que no tiene ningún tipo de repercusión en los participantes.

En cuanto al procedimiento, fue tal cual como se ha descrito en el método y cualquier cambio que se haya llevado a cabo fue mencionado en el estudio. Todos los evaluadores fueron informados sobre los objetivos, la utilidad y el desarrollo de este estudio.

Se explicó, detalladamente, la finalidad del estudio, de tal forma, que cada uno de ellos pudiese decidir, de manera voluntaria, colaborar o no con esta investigación, así como también dar aceptación de su involucramiento en el estudio por medio de la firma del consentimiento informado (Apéndice B).

En cuanto a los resultados obtenidos, la información será de libre acceso para las personas implicadas, pacientes, estudiantes, asesores y profesionales de la universidad, con el fin de mantener una línea de investigación activa, sin ocultar los datos y los hallazgos, a fin de no perjudicar a nadie.

Capítulo cuarto

Resultados

Los resultados se presentan en tres partes. Primero se describe la adaptación lingüística realizada al contexto castrense. La segunda parte es la evaluación por medio del instrumento AGREE-II de la guía original a adaptar, que permitió establecer su idoneidad para aplicar en las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional ante eventos terroristas, y realizar los ajustes pertinentes de acuerdo con los comentarios expuestos por los diferentes evaluadores. La tercera parte, son los resultados de la evaluación realizada a la guía adaptada (objetivo del estudio), lo que permitió fortalecer la guía en aspectos como la evidencia, la metodología, sus recomendaciones, entre otras.

Adaptación lingüística

La guía “*Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos en crisis individuales y colectivas*” se diseñó y desarrollo en un contexto de estudio en el medio civil, por lo que su lenguaje difiere al castrense en algunos conceptos, y puesto que el objetivo de la adaptación de la guía es que sea aplicada en el medio militar y de policía, se consideró importante establecer los términos del lenguaje castrense que pudiesen reemplazar términos de la guía original y que tuvieran una equivalencia en su definición. A continuación, se presentan los conceptos del lenguaje castrense que se tuvieron en cuenta para la adaptación lingüística de la guía.

El establecimiento del lenguaje castrense se hizo con base en la experticia de profesionales del área de psicología clínica, quienes laboran en los servicios de atención psicosocial en los batallones de sanidad militar de la ciudad de Bogotá (Tabla 2).

Tabla 2
Lenguaje castrense para uso de la guía

Conceptos	
Alto mando	Fuerzas Armadas
Ataques terroristas	Mando
Atentado	Militar
Batallón	Oficial
Civil	Personal auxiliar
Comandante	Personal de sanidad militar
Enfermeros de combate	Personal de sanidad policial
Fuentes oficiales	Policía
Compañero	Soldado
Cadete	Terrorismo
Defensa civil	Uniformado

Evaluación AGREE-II: manual original

El instrumento AGREE-II (AGREE Next Steps Consortium, 2009) proporcionó un marco para evaluar la calidad de la guía diseñada y desarrollada en Chile. El instrumento fue utilizado por cuatro evaluadores independientes, todos psicólogos, con más de seis años de experiencia en la atención psicológica (Psicología clínica), tres de ellos con experiencia en la atención psicológica en eventos terroristas ya que su campo laboral está directamente relacionado con las Fuerzas Militares de Colombia, y con experiencia en el desarrollo y evaluación de guías de intervención.

Teniendo en cuenta la metodología AGREE II, los puntajes medios de cada dominio que mide el instrumento se calcularon sumando todas las puntuaciones de los ítems en cada dominio y estandarizando el total como un porcentaje del puntaje máximo posible para ese dominio (Brouwers et al., 2010). Los puntajes de los seis dominios son independientes, no existe un puntaje de calidad general, por el contrario, se le solicitó a cada evaluador otorgar una puntuación general (entre 1–7) y se les preguntó si recomendarían la guía, tal cual como lo indican las directrices del AGREE-II.

Para el dominio uno (alcance y propósito), el cual evalúa el objetivo de la guía, en su mayoría los evaluadores coincidieron que el alcance y el propósito de la guía fueron bien explicados, reportándose una puntuación media de consenso de 6 (sobre 7) y la puntuación con respecto a la calidad del dominio fue del 85% (Tabla 3).

Tabla 3

Dominio 1. Alcance y propósito

	Evaluador 1	Evaluador 2	Evaluador 3	Evaluador 4	Total
Ítem 1	6	6	6	7	25
Ítem 2	6	7	7	6	26
Ítem 3	6	7	7	2	22
Total	18	20	20	15	73

Nota: Puntuación mínima posible = 1 (Muy en desacuerdo) x 3 (ítems) x 4 (evaluadores) = 12.

Puntuación máxima posible = 7 (Muy de acuerdo) x 3 (ítems) x 4 (evaluadores) = 84

Puntuación estandarizada del dominio uno (1)

$$\frac{\text{Puntuación obtenida} - \text{Puntuación mínima posible}}{\text{Puntuación máxima posible} - \text{Puntuación mínima posible}} \times 100$$

$$\frac{73 - 12}{84 - 12} = \frac{61}{72} \times 100 = 0.847222 \times 100 = 85\%$$

Los evaluadores consideraron que, si bien la guía presenta con claridad los objetivos, es importante clarificar, por un lado, si las crisis a las que se hace referencia son después de una catástrofe, por una pérdida o si son las generadas por cualquier desencadenante.

En el dominio dos (participación de los interesados) refiere a la medida en que las partes interesadas fueron quienes desarrollaron la guía y representa los puntos de vista de la población objetivo, es decir, las personas previstas a las que va dirigida la guía tales como profesionales y pacientes/usuarios/clientes. El puntaje promedio para este dominio fue de 4.9 sobre 7 (Tabla 4); y el puntaje de calidad del dominio fue del 65%.

Tabla 4

Dominio 2. Participación de los involucrados

	Evaluador 1	Evaluador 2	Evaluador 3	Evaluador 4	Total
Ítem 4	5	4	5	5	19
Ítem 5	5	6	5	1	17
Ítem 6	6	7	7	3	23
Total	16	17	17	9	59

Nota: Puntuación mínima posible = 1 (Muy en desacuerdo) x 3 (ítems) x 4 (evaluadores) = 12.

Puntuación máxima posible = 7 (Muy de acuerdo) x 3 (ítems) x 4 (evaluadores) = 84

Puntuación estandarizada del dominio dos (2)

$$\frac{59 - 12}{84 - 12} = \frac{47}{72} \times 100 = 65,277\% \approx 65\%$$

Aunque los grupos objetivo se definieron claramente, los evaluadores indicaron que, por lo general, las personas que atienden las crisis son individuos del común o con bajos conocimientos psicológicos y psiquiátricos, por lo que hubiese sido conveniente adecuar el lenguaje a ellos. Así mismo, consideran que ante las crisis que se presentan inmediatamente después de un evento traumáticos sería importante, en la medida que las circunstancias lo permitan, contar con el apoyo metodológico y práctico de profesionales de diversas áreas de la psicología, psiquiatras, y otros profesionales de la salud.

El Dominio 3 (rigor de desarrollo) se centra en los procesos utilizados para recopilar y sintetizar la evidencia y los métodos para formular y actualizar las recomendaciones. En la guía evaluada se identificaron debilidades importantes para este dominio, puesto que el puntaje promedio para este dominio fue de 2,15 sobre 7 (Tabla 5); y el puntaje de calidad del dominio fue del 19%.

Tabla 5

Dominio 3. Rigor de desarrollo

	Evaluable 1	Evaluable 2	Evaluable 3	Evaluable 4	Total
Ítem 7	3	1	1	3	8
Ítem 8	2	1	1	1	5
Ítem 9	2	2	2	1	7
Ítem 10	2	1	1	7	11
Ítem 11	3	4	4	3	14
Ítem 12	2	1	2	6	11
Ítem 13	4	1	1	1	7
Ítem 14	2	1	1	1	5
Total	20	12	13	23	68

Nota: Puntuación mínima posible = 1 (Muy en desacuerdo) x 8 (ítems) x 4 (evaluadores) = 32.

Puntuación máxima posible = 7 (Muy de acuerdo) x 8 (ítems) x 4 (evaluadores) = 224

Puntuación estandarizada del dominio tres (3)

$$\frac{69 - 32}{224 - 32} = \frac{36}{192} \times 100 = 0.1875 \times 100 = 19\%$$

El anterior puntaje se debe a que, aunque se puede evidenciar sustento bibliográfico actualizado de fuentes científicas confiables, la guía no especifica los métodos utilizados para la búsqueda y recolección de evidencia, así como tampoco detalla los criterios para seleccionar la evidencia, las fortalezas y limitaciones del conjunto de evidencia, los métodos utilizados para formular las recomendaciones o un procedimiento para actualizar guía.

Con respecto a la formulación de recomendaciones (teniendo en consideración los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos), los evaluadores indicaron que si bien la guía reporta que las recomendaciones son benéficas para la salud de la población y disminuye los riesgos de presentar algunas patologías o sintomatología particular, no se describe si hay riesgos o efectos secundarios.

El Dominio 4 (claridad de la presentación) se relaciona con el lenguaje, la estructura y el formato de la guía. Este dominio recibió una de las calificaciones más altas, con una

calificación de calidad de dominio AGREE del 96% y una puntuación media de consenso de 6.75 sobre 7 (Tabla 6). Esta puntuación fue alta puesto que en este aspecto se centró la mayor parte de la guía, y se evidencia claridad en el paso a paso propuesto para aplicar los PAP.

Tabla 6

Dominio 4. Claridad de la presentación

	Evaluador 1	Evaluador 2	Evaluador 3	Evaluador 4	Total
Ítem 15	6	7	7	7	27
Ítem 16	6	7	7	7	27
Ítem 17	6	7	7	7	27
Total	18	21	21	21	81

Nota: Puntuación mínima posible = 1 (Muy en desacuerdo) x 3 (ítems) x 4 (evaluadores) = 12

Puntuación máxima posible = 7 (Muy de acuerdo) x 3 (ítems) x 4 (evaluadores) = 84

Puntuación estandarizada del dominio cuatro (4)

$$\frac{81 - 12}{84 - 12} = \frac{69}{72} \times 100 = 0.95833 \times 100 = 96\%$$

El dominio 5 (aplicabilidad) hace referencia a las posibles barreras y factores facilitadores para su implantación, las estrategias para mejorar su adopción y las implicaciones de la aplicación de la guía en los recursos. En este dominio el puntaje promedio de consenso fue de 4 sobre 7 (Tabla 7) y un puntaje de calidad del dominio del 50%. Los evaluadores indicaron que no se abordaron las barreras ni las indicaciones sobre cómo manejar la aparición de estas en la implementación. Los recursos económicos u otro tipo de recursos necesarios para la implementación de la guía tampoco fueron explicados.

Tabla 7

Dominio 5. Aplicabilidad

	Evaluador 1	Evaluador 2	Evaluador 3	Evaluador 4	Total
Ítem 18	4	7	7	2	20
Ítem 19	6	7	7	7	27
Ítem 20	6	1	1	4	12
Ítem 21	2	1	1	1	5
Total	18	16	16	14	64

Nota: Puntuación mínima posible = 1 (Muy en desacuerdo) x 4 (ítems) x 4 (evaluadores) = 16
Puntuación máxima posible = 7 (Muy de acuerdo) x 4 (ítems) x 4 (evaluadores) = 112

Puntuación estandarizada del dominio cinco (5)

$$\frac{64 - 16}{112 - 16} = \frac{69}{96} \times 100 = 0.50 \times 100 = 50\%$$

Finalmente, el dominio 6 (independencia editorial), el cual refiere a la formulación de recomendaciones no sesgadas por conflictos de intereses. La calificación de este dominio fue relativamente baja, obtuvo una puntuación de consenso de 3,9 sobre 7 y un puntaje de calidad de dominio del 48% (Tabla 8).

Tabla 8

Dominio 6. Independencia editorial

	Evaluador 1	Evaluador 2	Evaluador 3	Evaluador 4	Total
Ítem 22	6	7	6	7	26
Ítem 23	2	1	1	1	5
Total	8	8	7	22	31

Nota: Puntuación mínima posible = 1 (Muy en desacuerdo) x 2 (ítems) x 4 (evaluadores) = 8
Puntuación máxima posible = 7 (Muy de acuerdo) x 2 (ítems) x 4 (evaluadores) = 56

Puntuación estandarizada del dominio seis (6)

$$\frac{31 - 8}{56 - 8} = \frac{23}{48} \times 100 = 0.47916 \times 100 = 48\%$$

Con respecto al ítem 22, el cual tiene por objetivo determinar si el organismo de financiación influyó en las recomendaciones de la guía, con un promedio de 6,5 (de 7), y se concluyó que estos influyen en la medida en que el país se puede ver beneficiado con la implementación de este tipo de guías. El ítem 23, por su parte, recibió menos puntos (1,25 sobre 7) debido a que no se presentó la declaración de conflicto de intereses por parte de los miembros del equipo desarrollador de la guía.

La Evaluación global incluye dos aspectos, el primero es la puntuación de calidad general de la guía y el segundo es la recomendación que cada uno de los evaluadores sobre si la guía debe utilizada en la práctica. En este caso, la guía obtuvo un puntaje general de 4,75 (sobre 7; Tabla 9), en cuanto a la recomendación de su uso, todos los evaluadores la recomiendan, pero tres de ellos instan a que se debe realizar modificaciones para mayor rigurosidad en su sustento empírico y metodológico.

Tabla 9
Evaluación global

	Evaluable 1	Evaluable 2	Evaluable 3	Evaluable 4
Puntaje calidad global de la guía	5	5	5	4
¿Recomienda el uso de la guía?	Si	Si, con modificaciones	Si, con modificaciones	Si, con modificaciones

Los evaluadores consideran que la guía se esmera en especificar con claridad cada una de las acciones a realizar por lo que se podría considerar como de fácil implementación. Se comprende con facilidad y es práctica, sin embargo, aun cuando se mencionan varias referencias para su elaboración, estas no se evidencian en el escrito, el sustento académico brindado es reducido para sustentar o validar algunas de las posturas asumidas, recomendaciones y procedimientos.

Evaluación AGREE-II: manual adaptado

Para la adaptación del manual y la guía de PAP, se realizaron los ajustes indicados por los evaluadores del manual y la guía original, posteriormente, la versión adaptada se envió a cuatro evaluadores para que aplicaran el instrumento AGREE-II, tal cual como se les había explicado. Para esta versión adaptada, se contó con cuatro evaluadores, tres de ellos fueron evaluadores de la guía original, el cuarto evaluador es Psicóloga Clínica, integrante activa de las Fuerzas Militares de Colombia, quien tiene experiencia en la atención de crisis individuales y colectivas, sobre todo en atentados terroristas.

Para el dominio de *alcance y propósito*, se obtuvo una puntuación media de consenso de 7 y una puntuación de calidad del dominio del 100% (Tabla 10). Al compararse los puntajes con la versión original (6 puntos y 85%, respectivamente), se puede observar que los puntajes aumentaron al máximo posible, esto debido a que los ajustes de la versión adaptada, de acuerdo con los evaluadores, tanto el alcance como el propósito se encuentran claramente definidos, así como también los aspectos de salud mental que se deben tener en cuenta al momento de aplicar los PAP.

Tabla 10

Dominio 1. Alcance y propósito (versión adaptada)

	Evaluador 1	Evaluador 2	Evaluador 3	Evaluador 4	Total
Ítem 1	7	7	7	7	28
Ítem 2	7	7	7	7	28
Ítem 3	7	7	7	7	28
Total	21	21	21	21	84

Nota: Puntuación mínima posible = 1 (Muy en desacuerdo) x 3 (ítems) x 4 (evaluadores) = 12.

Puntuación máxima posible = 7 (Muy de acuerdo) x 3 (ítems) x 4 (evaluadores) = 84

Puntuación estandarizada del dominio uno (1)

$$\frac{\text{Puntuación obtenida} - \text{Puntuación mínima posible}}{\text{Puntuación máxima posible} - \text{Puntuación mínima posible}} \times 100$$

$$\frac{84 - 12}{84 - 12} = \frac{72}{72} \times 100 = 1 \times 100 = 100\%$$

Con respecto a la población, la guía es clara al identificar quiénes podrían ser entrenados para la aplicación de los PAP y quiénes serían los encargados de las capacitaciones, así como también quiénes, en caso de un atentado terrorista, los recibirían, en este caso, miembros activos y trabajadores civiles de las Fuerzas Militares y de Policía que pudiesen resultar víctimas (directas o indirectas) de un atentado terrorista.

Con respecto al dominio *participación de los interesados*, se obtuvo un puntaje promedio de 6.1 (Tabla 11); y un puntaje de calidad del dominio del 86%, al comparar los puntajes con los de la versión original (4,9 y 65%; respectivamente), se encontró un aumento significativo, el cual, de acuerdo con los evaluadores se debe a que, si bien la guía puede ser aplicada por profesionales que no hacen parte del área de la salud mental, la guía clarifica que se desarrollaran jornadas de entrenamiento y capacitación en PAP con el propósito de generar procesos más rigurosos de atención, evitando, en la medida de lo posible, un inadecuado direccionamiento de los PAP.

Tabla 11

Dominio 2. Participación de los involucrados (versión adaptada)

	Evaluador 1	Evaluador 2	Evaluador 3	Evaluador 4	Total
Ítem 4	5	6	6	7	24
Ítem 5	5	6	6	6	23
Ítem 6	6	7	7	7	27
Total	16	19	19	20	74

Nota: Puntuación mínima posible = 1 (Muy en desacuerdo) x 3 (ítems) x 4 (evaluadores) = 12.

Puntuación máxima posible = 7 (Muy de acuerdo) x 3 (ítems) x 4 (evaluadores) = 84

Puntuación estandarizada del dominio dos (2)

$$\frac{74 - 12}{84 - 12} = \frac{62}{72} \times 100 = 0.86111 \times 100 = 86\%$$

De igual forma los evaluadores destacan que los usuarios diana están claramente definidos a lo largo de la guía, así como también se tiene en cuenta aspectos asociados a las circunstancias de crisis y del contexto en el que se desempeña la población diana. Las

preferencias han sido consideradas en el desarrollo de la presentación de la temática y se han planteado para tener en cuenta al momento de la intervención.

Para el dominio de *rigor de desarrollo*, el puntaje promedio obtenido fue de 6,2 (Tabla 12); y el puntaje de calidad del dominio fue del 86%. Con respecto a los puntajes de la versión original (2,15 y 19%, respectivamente), se presentó un aumento significativo, en donde los evaluadores reportaron que la guía especifica claramente la metodología utilizada para recopilar la información que fundamenta desde la evidencia el empleo de los PAP, así mismo, se describen los criterios utilizados para seleccionar la evidencia (criterios de inclusión y exclusión).

Tabla 12

Dominio 3. Rigor de desarrollo (versión adaptada)

	Evaluador 1	Evaluador 2	Evaluador 3	Evaluador 4	Total
Ítem 7	6	7	7	7	27
Ítem 8	6	7	7	7	27
Ítem 9	5	7	7	6	25
Ítem 10	4	6	7	7	24
Ítem 11	5	6	6	7	24
Ítem 12	4	6	7	6	23
Ítem 13	4	7	6	7	24
Ítem 14	5	7	7	5	24
Total	39	53	54	52	198

Nota: Puntuación mínima posible = 1 (Muy en desacuerdo) x 8 (ítems) x 4 (evaluadores) = 32.

Puntuación máxima posible = 7 (Muy de acuerdo) x 8 (ítems) x 4 (evaluadores) = 224

Puntuación estandarizada del dominio tres (3)

$$\frac{198 - 32}{224 - 32} = \frac{166}{192} \times 100 = 0.86458 \times 100 = 86\%$$

En cuanto a las recomendaciones, los beneficios, efectos secundarios y posibles riesgos de la aplicación de los PAP, en la versión adaptada los evaluadores reportaron que se describe el alcance e impacto positivo que tienen los PAP como intervención en crisis,

inmediatamente después de un atentado terrorista, así como también los riesgos que se han podido identificar ante un mal uso de este tipo de intervenciones. En cuanto a las recomendaciones realizadas en la guía denota una relación coherente entre la evidencia que sustenta el paso a paso de los PAP y las recomendaciones a tenerse en cuenta en el momento del suceso.

En cuanto a la revisión por parte de expertos externos, tanto la guía original como la adaptación, fueron revisadas por Psicólogos clínicos con amplia experiencia en manejo de crisis individuales en miembros de las Fuerzas Militares, y han hecho acompañamiento e intervención en crisis en el atentado a la Escuela de Cadetes en el 2019 (ONU, 2019). Finalmente, la versión adaptada describe un procedimiento para actualizar la guía, sin embargo, los evaluadores indican que se debe describir con mayor detalle el procedimiento.

Para el dominio *claridad de la presentación*, el puntaje en cuanto a la calidad del dominio AGREE fue del 100% y una puntuación media de consenso de 7 (Tabla 13); en relación con la versión original (6,25 y 96%; respectivamente), el aumento fue menor, sin embargo, se alcanzó la calidad más alta de acuerdo con las directrices de interpretación del AFREE-II.

Tabla 13

Dominio 4. Claridad de la presentación (versión adaptada)

	Evaluador 1	Evaluador 2	Evaluador 3	Evaluador 4	Total
Ítem 15	7	7	7	7	28
Ítem 16	7	7	7	7	28
Ítem 17	7	7	7	7	28
Total	21	21	21	21	84

Nota: Puntuación mínima posible = 1 (Muy en desacuerdo) x 3 (ítems) x 4 (evaluadores) = 12

Puntuación máxima posible = 7 (Muy de acuerdo) x 3 (ítems) x 4 (evaluadores) = 84

Puntuación estandarizada del dominio cuatro (4)

$$\frac{84 - 12}{84 - 12} = \frac{72}{72} \times 100 = 1 \times 100 = 100\%$$

Las recomendaciones son específicas y claras, se subraya especialmente la necesidad de apoyo oportuno por parte de profesionales del área de la salud (médicos, enfermeros, psicólogos, psiquiatras) en determinadas situaciones que requieren una atención más especializada, evitando así, generar un posible daño en el individuo.

El dominio *aplicabilidad* obtuvo un puntaje de promedio de consenso fue de 6,5 (Tabla 14) y un puntaje de calidad del dominio del 91%, un aumento significativo al compararse con los puntajes de la versión original (4 y 50%; respectivamente). Los evaluadores indicaron que la guía adaptada describe los factores que facilitan la aplicación de los PAP, así como también presenta información clara para llevar a la práctica los PAP en el contexto real o vivencial ante un atentado terrorista.

Tabla 14

Dominio 5. Aplicabilidad (versión adaptada)

	Evaluador 1	Evaluador 2	Evaluador 3	Evaluador 4	Total
Ítem 18	6	7	7	7	27
Ítem 19	7	7	7	7	28
Ítem 20	7	6	7	7	27
Ítem 21	4	6	6	6	22
Total	24	26	27	27	104

Nota: Puntuación mínima posible = 1 (Muy en desacuerdo) x 4 (ítems) x 4 (evaluadores) = 16

Puntuación máxima posible = 7 (Muy de acuerdo) x 4 (ítems) x 4 (evaluadores) = 112

Puntuación estandarizada del dominio cinco (5)

$$\frac{104 - 16}{112 - 16} = \frac{88}{96} \times 100 = 0.91666 \times 100 = 91\%$$

De igual forma los evaluadores indican que se indican los recursos necesarios para la aplicación de los PAP, tanto para la capacitación o entrenamiento, así como en la práctica real. Finalmente, los evaluadores recomiendan especificar los criterios y procedimiento para monitorizar o auditar la guía.

Finalmente, para el dominio *independencia editorial*, la calificación de este dominio fue alto, con una puntuación de consenso de 6,3 y un puntaje de calidad de dominio del 90% (Tabla 15), estos puntajes aumentaron en comparación a los puntajes de la versión original (3,9 y 90%; respectivamente). La versión adaptada no tiene una entidad financiadora que pueda influir en el contenido de ésta, sin embargo. Aun cuando se reporta que no existe conflicto de intereses por parte de la autora que hace la adaptación de la guía, es necesario ser más específico al respecto.

Tabla 15

Dominio 6. Independencia editorial (versión adaptada)

	Evaluable 1	Evaluable 2	Evaluable 3	Evaluable 4	Total
Ítem 22	6	7	7	7	27
Ítem 23	6	7	7	4	24
Total	12	14	14	38	51

Nota: Puntuación mínima posible = 1 (Muy en desacuerdo) x 2 (ítems) x 4 (evaluadores) = 8

Puntuación máxima posible = 7 (Muy de acuerdo) x 2 (ítems) x 4 (evaluadores) = 56

Puntuación estandarizada del dominio seis (6)

$$\frac{51 - 8}{56 - 8} = \frac{43}{48} \times 100 = 0.89583 \times 100 = 90\%$$

La versión adaptada obtuvo un puntaje general de 6,75 (Tabla 16), y una recomendación de uso por parte de todos los evaluadores, al compararse con la guía original (puntaje 4,75) la guía presentó un aumento significativo en cuanto a su contenido y calidad.

Tabla 16.

Evaluación global (versión adaptada)

	Evaluador 1	Evaluador 2	Evaluador 3	Evaluador 4
Puntaje calidad global de la guía	6	7	7	7
¿Recomienda el uso de la guía?	Si	Si	Si	Si

En cuanto a las modificaciones los evaluadores indicaron que se mejoraron muchos de los aspectos relevantes y centrales de la Guía, logrando hacer una adaptación adecuada para el medio castrense, así mismo la caracterizan como una guía bastante completa para la implementación de los PAP frente a una situación de crisis. Se realizan recomendaciones acertadas y el procedimiento como tal se encuentra muy bien explicado. Es una guía clara, aplicable y flexible, permite ajustarse a los escenarios propios de personal militar y policial.

Su uso puede extenderse al personal de salud, personal de apoyo comunitario e incluso comandantes y personal del contexto, así mismo las indicaciones de coordinación grupal para aplicación de los PAP en contextos amplios o colectividades permite plantear de manera organizada y previa el trabajo de intervención de las autoridades a cargo.

Capítulo quinto

Discusión

A nivel mundial y sobre todo en países del oriente medio, sur de Asia, algunos países de Europa, Estados Unidos y Colombia, han sido los países o regiones en los que, en los últimos 35 años, ha impactado en mayor proporción los atentados terroristas, siendo estos los lugares donde se han presentado los más significativos por su magnitud, método para infligir terror y miedo, y sobre todo en el número de personas fallecidas y heridas.

Los atentados traen, para las víctimas directas e indirectas, secuelas psicológicas que pueden variar en un espectro de intensidad y magnitud, algunas, dependiendo del contexto de la persona (estrategias o herramientas de afrontamiento a disposición, historia de vida, entre otras) pueden ser superadas al corto tiempo, mientras que otra de mayor gravedad pueden terminar en el desarrollo de trastornos psicológicos que impactan negativamente en la calidad de vida del individuo, y que pueden ser de mayor dificultad de resolución.

El impacto de un atentado terrorista trae consecuencias inmediatas en las víctimas, de acuerdo con Colomina (2019), las primeras reacciones son el desconcierto y la persona queda en estado de shock; posteriormente, es común que se experimente diversas emociones como el miedo y la ira (Huddy, Feldman, Taber y Lahav, 2005), el dolor, la impotencia, la culpa del superviviente y la ansiedad (Colomina, 2019), además de la desesperanza, pasividad-ansiedad, fatalismo, somatizaciones, entre otras (Muñoz y Navas, 2007).

Para atender a las víctimas directas e indirectas de un atentado se han diseñado estrategias que para asistir a las víctimas en aspectos como las necesidades básicas (alimentos, hidratación y refugio), atención médica y apoyo emocional y psicológico

inmediato (Akoury, Sahakian, Hassan, Haijai y Asmar, 2015). Con respecto al apoyo emocional y psicológico, los Primeros Auxilios Psicológicos se han establecido como el tipo de intervención en crisis primaria que se aplica inmediatamente después del impacto del atentado. 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.

El objetivo del presente estudio fue adaptar y establecer la validez de contenido de la *Guía ABCDE para la Aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos en Crisis Individuales y Colectivas* para su aplicación en miembros de la Fuerza Pública de Colombia ante ataques terroristas. Para dar cumplimiento al objetivo, la guía original fue evaluada por psicólogos clínicos con experiencia en la atención de crisis individuales y que laboran en las Fuerzas Militares, por medio del instrumento AGREE-II. Los evaluadores indicaron los ajustes o modificaciones que consideraban debían hacerse a la guía para su adaptación y validez.

Cuando se hicieron las modificaciones de lenguaje (al castrense) y de contenido, la guía adaptada se sometió a evaluación por medio del instrumento AGREE-II, esto con el propósito de establecer si las modificaciones eran adecuadas y brindaban una mayor idoneidad y rigurosidad metodológica y teórica para la aplicación de los PAP en las Fuerzas Militares y/o de la Policía ante eventuales atentados terroristas que se perpetren dentro de sus instalaciones o cuando alguna de sus unidades móviles sea el objetivo principal.

La necesidad de adaptar esta guía que brinda los PAP tiene como propósito avanzar en la prevención y/o intervención de trastornos de salud mental ante un evento que impacta negativamente, generando crisis y trauma y consecuencias negativas en los contextos personales, familiares y laborales de un miembro de la institución, así mismo tiene como propósito apoyar la Resolución 60/1 de la Cumbre Mundial de la Organización de las Naciones Unidas (2005; p.25), la cual señala “la importancia de asistir a las víctimas del terrorismo y de ayudarlas, a ellas y a sus familias, a sobrellevar sus pérdidas y su dolor”, por lo que se deben generar todas las herramientas útiles y válidas para apoyar a cada víctima.

La guía de PAP para su aplicación en miembros de la Fuerza Pública de Colombia ante ataques terroristas (versión adaptada), obtuvo puntajes significativamente más altos que la evaluación de la guía original en los seis dominios que mide el AGREE-II. El dominio 1 (alcance y propósito) y el dominio 4 (claridad de presentación) fueron los dominios que obtuvieron la puntuación más alta posible (100%), seguido por el dominio 5 (aplicabilidad) y el dominio 6 (independencia editorial) que obtuvieron puntajes significativamente altos del 90 y 91%, respectivamente; y el dominio 2 (participación de los implicados) y el 3 (rigor de la elaboración) obtuvieron puntajes altos del 86%, cada uno.

El dominio 1 examina si el alcance y la justificación general de la guía está bien descrita, incluidas las preguntas de salud, los beneficios esperados y la población objetivo. De acuerdo con McQueen, Santaguida, Keshavarz, Jaworska, Levine, Beyene et al., (2017) y Ye, Liu, Cui y Liu (2016), las pautas suelen tener una puntuación alta en este dominio, por lo que no sorprende que la versión adaptada recibiera una puntuación alta por la descripción de su alcance y propósito. Este dominio representa, según Trepanier, Stamoulos y Reyes (2017) una de las fortalezas más significativas de la mayoría de las guías.

Con respecto al dominio 4, la claridad de presentación se ha encontrado que es también uno de los dominios de mayor puntuación en la literatura en relación a la calidad de las guías (MacQueen et al., 2017; Ye, Liu, Cui y Liu, 2016), y los resultados de la presente adaptación se ve reflejado en los hallazgos. Este dominio tuvo un fuerte consenso entre los evaluadores para los puntajes con respecto a la claridad y facilidad del uso de la guía. Los dominios 1 y 4 representan las áreas más fuertes de la guía puesto que su puntaje es del 100%.

El dominio 5 evalúa si la guía describe a los facilitadores y las barreras para su aplicación, si proporciona asesoramiento o herramientas sobre cómo se pueden poner en práctica las recomendaciones y si la guía ofrece criterios de monitoreo o auditoría. De acuerdo con el puntaje obtenido en este dominio, los evaluadores establecieron que la mayoría de los anteriores aspectos se abordaron. Se mencionan los facilitadores y las barreras relacionadas con la aplicación de las recomendaciones y los recursos que ofrecen, así mismo, ofrece información sobre las consecuencias psicológicas de los atentados

terroristas, las intervenciones y el paso a paso de los PAP, así como las recomendaciones más importantes a tener en cuenta para no generar daño en la persona. En este dominio los evaluadores recomendaron establecer las pautas o criterios para el monitoreo o auditoria de la guía, sin embargo, este aspecto puede ser desafiante y costoso pues requiere una alta inversión en recursos humanos, tiempo, logística y dinero.

El dominio 6 que refiere a la independencia editorial. Obtuvo un puntaje significativamente alto puesto que en la versión adaptada se aclara que no hay entidad financiadora que pueda influir en el contenido de la guías, así mismo se clara que la autora no tiene conflicto de intereses puesto que la presente adaptación y validación se realiza como ejercicio académico, y para que esta pueda ser parte del repertorio de herramientas del área de salud mental de las Fuerzas Militares y/o de la Policía, la guía se someterá a valoración y aprobación dentro de cada una de las anteriores instituciones. El conflicto de intereses siempre debe ser descrito para aumentar la transparencia y la independencia del contenido de una guía (Beauchamp, Drapeau y Dionne, como se citó en Trepanier, Stamoulos y Reyes, 2017).

Con respecto al dominio 2 y 3, participación de los interesados y rigor en la elaboración, respectivamente, obtuvieron una puntuación del 86%. La autora de la adaptación declaró su nombre, designación profesional y su afiliación, lo anterior es importante pues permite garantizar una mayor transparencia sobre los involucrados en hacer las recomendaciones a seguir para los profesionales. El dominio 2 también requiere que se consulte a la población objetivo. En este contexto, los evaluadores indicaron que era importante establecer recomendaciones con base en la experiencia de aquellas personas que hayan experimentado un atentado terrorista y que pudiese dar su visión al respecto, siempre teniendo cuidado de no revictimizarla.

Aunque el desarrollo de la adaptación estuvo en manos de la autora, psicóloga con especialización en Psicología Ocupacional y Organizacional, estudiante de Maestría en Psicología, este conto con el apoyo de los evaluadores de la guía original, psicólogos clínicos y psicólogos jurídicos, con experiencia en crisis individuales y trabajo con miembros de las Fuerzas Militares. De acuerdo con Trepanier, Stamoulos y Reyes (2017) un grupo de profesionales heterogéneo puede conducir a una mayor rigurosidad en los procesos.

En el dominio 3, la guía adaptada tuvo en comparación con la guía original un puntaje alto (86% vs 19%, respectivamente), esto debido a que se establecieron aspectos metodológicos que no se encontraban en la guía original como son la metodología para la búsqueda de evidencia, los criterios para seleccionar la evidencia, la formulación de beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos. De los PAP y los criterios para actualizar la guía, no obstante, las fortalezas y limitaciones del conjunto de evidencia no estaban claramente definidas.

Con los resultados expuestos anteriormente y las observaciones hechas por los evaluadores, se puede concluir que la guía para la aplicación de los PAP en atentados terroristas, es una guía pertinente, práctica, de fácil manejo y clara, que basa su metodología y su paso a paso en la evidencia, tal y como lo indicaron Brymer et al., (2006), Hobfoll, et al., (2007) y Pekevski (2013), principales investigadores de los PAP, y quienes han expuesto que los componentes de los PAP se han derivado de la investigación de diversos campos, llegando incluso a un consenso general entre expertos de la salud mental de que estos componentes son efectivos para ayudar a los sobrevivientes a manejar la angustia posterior al desastre.

Manejar las diversas reacciones emocionales que se presentan después de un desastre o atentado terrorista por medio de los PAP tienen por objetivo mejorar la capacidad para enfrentar la situación; disminuir la probabilidad de ocurrencia de consecuencias poco saludables (abuso de alcohol, ideaciones suicidas, trastornos psicológicos, etc.) y aumentar la probabilidad de crecimiento personal que favorezca la capacidad de resiliencia de la víctima (Echeburúa y de Coral, 2007; Santacruz, 2008; Fernández, 2013; y Hernández, Gutiérrez y Estrada, 2014).

Las guías de intervención en psicología son una herramienta importante para educar y capacitar tanto a profesionales del área de la salud mental como a voluntarios (cuando el contexto y el tipo de intervención lo permiten), así como también es un medio que permite mejorar la práctica clínica de un tipo de intervención determinada. Una guía bien diseñada implica que sus componentes estén sustentados en la evidencia y en estudios de efectividad (Drapeau y Hunsley, 2014; Spilka y Dobson, 2015), los cuales pueden ser determinados por medios de una búsqueda sistemática y síntesis de la literatura científica, donde la literatura soporte el paso a paso de la intervención, así como también las

recomendaciones que se realicen para la toma de decisiones o para buscar alternativas que beneficien a las personas intervenidas.

Entre las limitaciones que se han encontrado en este estudio se encuentra que los PAP no cuenta con estudios de efectividad debido a la dificultad de hacer mediciones o entrevistas inmediatamente después del atentado, después de hacer la intervención con los PAP y un periodo después del evento que permita conocer si el estado del individuo se debe a los PAP u otro variables, puesto que el control de variables que se puede realizar es mínimo o inclusive nulo (Fernández, Hernández y Baptistas, 2007), así mismo se podría, en alguno de los procesos, revictimizar al individuo y causar un mayor daño que beneficio (Muñoz y Navas, 2007).

Se recomienda que la distribución del manual y la guía vaya acompañada de jornadas de capacitación en PAP por medio del ejercicio activo de psicólogos y psiquiatras, que permita una mayor rigurosidad metodológica apegada a los hallazgos teóricos establecidos con anterioridad, así como una mayor preparación de los voluntarios que les permita prestar un servicio enmarcado en la ética, y las buenas prácticas.

Se concluye que la guía adaptada cumple con los criterios teóricos y metodológicos más importantes para establecer una práctica de intervención, que orienta y brinda las herramientas y estrategias más adecuadas para ayudar o asistir profesionales de la salud mental y/o voluntarios capacitados en la intervención temprana ante una situación catastrófica como un atentado terrorista. Es importante conformar grupo coordinado, estructurado y ampliamente capacitado para emplear dichas herramientas o estrategias.

Los PAP, son un tipo de intervención que basa su paso a paso en la evidencia, en estrategias estudiadas a lo largo de los años y por diversos autores, que si bien, no se ha podido establecer la efectividad de los PAP como una unidad de intervención por medio de estudios experimentales, sus técnicas si se han demostrado efectivas de forma individual, por lo tanto, se considera una herramienta adecuada y pertinente para ayudar, en primera instancia, a las víctimas de un atentado terrorista, en el que, el apoyo logístico y sobre todo el apoyo psicológico y emocional es esencial y puede ayudar a la prevención de trastornos psicológicos más complejos que impactan negativamente en las diferentes áreas de ajuste de un individuo.

Referencias

- Abadie, A., y Gardeazabal, J. (2003). The Economic Costs of Conflict: A Case Study of the Basque Country. *American Economic Review*, 93 (1), 113-132. Recuperado de https://pdfs.semanticscholar.org/9432/4e25f7a67c714da808f4dd375949ce614a65.pdf?_ga=2.132070733.379404442.1587763690-1055855124.1586921865
- AGREE Collaboration (2003). Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Quality & Safety in Health Care*, 12, 18-23. Recuperado de <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/12/1/18.full.pdf>.
- Akoury, L., Sahakian, T., Hassan, F., Hajjar, R. y Asmar, K. (2015). Psychological First Aid Training for Lebanese Field Workers in the Emergency Context of the Syrian Refugees in Lebanon. *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy*, 7 (6), 1-20. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/274900816_Psychological_First_Aid_Training_for_Lebanese_Field_Workers_in_the_Emergency_Context_of_the_Syrian_Refugees_in_Lebanon
- Alshdaifat, S. (2014). Terrorism: A historical context. *Journal of Law and Political Sciences*, 7, 1-30. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/309858857_Terrorism_History_Context
- Álvarez, A. (2015). Terrorismo y contraterrorismo en Colombia. *Si Somos Americanos, Revista de Estudios Transfronterizos*, 15 (1), 49-82. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0719-09482015000100003&lng=pt&nrm=iso
- Arcos-González, P., Castro-Delgado, R. y Martínez-Monzón, C. (2007). *Terrorismo, salud pública y sistemas sanitarios*. Capítulo 2. Terrorismo y Salud Pública. Gestión sanitaria de atentados terroristas por bomba. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de http://www.uniovi.net/uied/publicaciones/i2/libro_terrorismo_y_salud_publica.pdf

- Arcos-González, P., Castro-Delgado, R. y Cuartas-Álvarez, T. (2007). *Mortalidad y morbilidad en atentados terroristas con bomba*. Capítulo 5. Terrorismo y Salud Pública. Gestión sanitaria de atentados terroristas por bomba. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de http://www.uniovi.net/uied/publicaciones/i2/libro_terrorismo_y_salud_publica.pdf
- Arcos-González, P., Castro-Delgado, R., Cuartas-Álvarez, T., y Pérez-Berrocal, A. (2009). Terrorismo, salud pública y sistemas sanitarios. *Revista Española de Salud Pública*, 83 (3), 361-370.
- Arnold, J., Halpern, P., Tsai, M. C. y Smithline, H. (2004). Mass casualty terrorist bombings: a comparison of outcomes by bombing type. *Annals of Emergency Medicine*, 43, 263-273. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/8898881_Mass_Casualty_Terrorist_Bombings_A_Comparison_of_Outcomes_by_Bombing_Type
- Barranco de la Hoz, A., Altungy, P., Navarro, R., Gesteira, C., Morán, N., Reguera, B., García-Vera, M. P. y 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. Recuperado de <https://www.masterforense.com/pdf/2018/2018art2.pdf>.
- Bisson, J. y Lewis, C. (2009). *Systematic Review of Psychological First Aid*. Commissioned by the World Health Organization. Cardiff University. England. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Catrin_Lewis2/publication/265069490_Systematic_Review_of_Psychological_First_Aid/links/5450d15f0cf24e8f7375a73c/Systematic-Review-of-Psychological-First-Aid.pdf.
- Bjørge, T. & Silke, A. (2018). Root Causes of Terrorism. En A. Silke (ed.). *Routledge Handbook of Terrorism and Counterterrorism*, pp.57-65. Oxon: Routledge. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/328688148_Root_causes_of_terrorism.
- 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. Recuperado de <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/197036>.

- Blomberg, S. y Mody, A. (2005). How severely does violence deter international investment? *Claremont Colleges Working Papers N° 2005-01*. Recuperado de <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/31451/1/505127970.pdf>.
- Brouwers, M., Kerkvliet, K. y Spithoff, K. (2016). The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines. *BMJ*, 3 (52), 1-2. Recuperado de <https://www.bmj.com/content/bmj/352/bmj.i1152.full.pdf>.
- Brouwers, M., Kho, M., Browman, G., Burgers, J., Cluzeau, F., Feder, G., et al. (2010). AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal*, 182 (18), E839-842. Recuperado de <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/182/18/E839.full.pdf>.
- 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. Recuperado de <https://www.nctsn.org/resources/psychological-first-aid-pfa-field-operations-guide-2nd-edition>.
- Butler A., Panzer, A. y Goldfrank, L. (2003). *Preparing for the Psychological Consequences of Terrorism: A Public Health Strategy*. Washington, DC: The National Academies Press. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221643/pdf/Bookshelf_NBK221643.pdf.
- Cloak, N. y Edwards, P. (2004). Psychological first aid: Emergency care for terrorism and disaster survivors. *Current Psychiatry*, 3 (5), 12-23. Recuperado de https://mdedge-files-live.s3.us-east-2.amazonaws.com/files/s3fs-public/Document/September-2017/0305_Cloak.pdf.
- Colciencias. (2016). *Documento de tipología de proyectos de carácter científico, tecnológico o de innovación: versión 5*. Conciencias. Gobierno de Colombia. Recuperado de https://minciencias.gov.co/sites/default/files/upload/convocatoria/anexo_3._documento_de_tipologia_de_proyectos_version_5_1.pdf.
- 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>.

- Cortés, M. y Figueroa, C. (2018). *Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos; 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). Recuperado de https://www.preventionweb.net/files/59897_auxiliar.pdf.
- Corzo, P. (2009). Trastorno por estrés postraumático en psiquiatría militar. *Revista Med*, 17 (1), 81-86. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v17n1/v17n1a12.pdf>.
- Cumbre Mundial de las Organización de las Naciones Unidas. (2005). *Resolución 60/1*. Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. Recuperado de https://www2.ohchr.org/spanish/bodies/hrcouncil/docs/gaa.res.60.1_sp.pdf.
- de la Hoz, A., Ávila, M., Bohórquez, P., García, J., Arenas, A Vélez, A., et al. (2014). Guías de práctica clínica en esquizofrenia: evaluación mediante AGREE II. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44 (S1), 3–12. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v43s1/v43s1a02.pdf>.
- 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 ABC Internacional. (2015). *Los principales atentados que han golpeado el mundo desde el ataque contra las Torres Gemelas*. Recuperado de https://www.abc.es/internacional/abci-principales-atentados-golpeado-mundo-desde-ataque-contra-torres-gemelas-201511141439_noticia.html
- 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. y 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., DeBuck, E. y Vandekerckhove, P. (2014) A Systematic Literature Search on Psychological First Aid: Lack of Evidence to Develop Guidelines. *PLoS ONE* 9 (12), 1-13. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4264843/pdf/pone.0114714.pdf>
- Dirección General de Sanidad Militar. (2012). *Plan Maestro Integral de Salud Mental para las Fuerzas Militares de Colombia*. Subdirección de Salud Grupo de Programas Especiales en Salud. Bogotá.
- Drakos, K. (2010). Terrorism activity, investor sentiment, and stock returns. *Review of Financial Economics*, 19 (3), 128-135. Recuperado de https://www.econstor.eu/bitstream/10419/119595/1/diw_eusecon_pb0014.pdf
- Drapeau, M. y Hunsley, J. (2014). Where's the science? Introduction to a special issue of Canadian psychology on science in psychology. *Canadian Psychology*, 55, 145–152. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/274865894_Where%27s_the_Science_Introduction_to_a_Special_Issue_of_Canadian_Psychology_on_Science_in_Psychology
- Dzib, P. (2013). *Prevención del riesgo físico y emocional: medidas de protección personal y familiar ante los delitos*. Universidad Autónoma de Yucatán. México. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/295010963_Caracteristicas_de_las_crisis_y_su_impacto_en_la_persona.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*, 15 (3), 373-387. Recuperado de <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/Intervenci%C3%B3n%20en%20crisis.pdf>
- Eckstein, Z., y Tsiddon, D. (2004). Macroeconomic consequences of terror: theory and the case of Israel. *Journal of Monetary Economics*, 51 (5), 971-1002. Recuperado de <http://www1.idc.ac.il/Faculty/Eckstein/pdf/Terror-dec9-03.pdf>

- Everly, G. y 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. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/7077465_Principles_and_Practical_Procedures_for_Acute_Psychological_First_Aid_Training_for_Personnel_without_Mental_Health_Experience
- 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>.
- Fernández, M. (2013) *Gestión e intervención psicológica en emergencias y catástrofes*, Madrid, España: Pirámide. Recuperado de <https://comepsi.mx/attachments/article/106/intervenci%C3%B3n%20psicol%C3%B3gica%20emergencias%20y%20cat%C3%A1strofes.pdf>
- Flórez, I. y Montoya, D. (2011). Las guías de práctica clínica y el instrumento AGREE II. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40 (3), 563-575.
- 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. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/51629785_Psychological_First_Aid_Following_Trauma_Implementation_and_Evaluation_Framework_for_High-Risk_Organizations
- Fox, J., Burkle Jr, F., Bass, J., Pia, F., Epstein, J. y 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 and Public Health Preparedness*, 6 (3), 247-252. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/232281522_The_Effectiveness_of_Psychological_First_Aid_as_a_Disaster_Intervention_Tool_Research_Analysis_of_Peer-Reviewed_Literature_From_1990-2010
- 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. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12965877/>.

- Gantiva, C. (2010). Intervención en Crisis: una estrategia clínica necesaria y relevante en Colombia. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 4 (2), 143-145. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v4n2/v4n2a12.pdf>
- García-Vera, M., Moreno, N., Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., Zapardiel, A y 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. Recuperado de <https://www.behavioralpsycho.com/producto/eficacia-y-utilidad-clinica-de-los-tratamientos-para-las-victimas-adultas-de-atentados-terroristas-una-revision-sistemica/>
- 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. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/37654/>.
- González-Penagos, C., Moreno-Bedoya, J., Berbesi-Fernández, D. y 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. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/30729/62093>
- Gupta, S., Clement, B., Bhattacharya, R. y Chakravarti, S. (2002). *Fiscal Consequences of Armed Conflict and Terrorism in Low- and Middle-Income Countries*. IMF Working Paper. International Monetary Fund. <https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2016/12/30/Fiscal-Consequences-of-Armed-Conflict-and-Terrorism-in-Low-and-Middle-Income-Countries-16022>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010) *Metodología de la Investigación*. Quinta edición. Ed. Mcgraw-Hill: México.
- Hernández, I. E., Gutiérrez, L. P. y Estrada, L. A. (2014), Manual básico de primeros auxilios psicológicos, Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Coordinación de Servicios Generales, Unidad Interna de Protección Civil. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/manual_primeros_auxilios_psicologicos_2017.pdf
- Hillers, R. y 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. Recuperado de https://issuu.com/colegiooficialpsicologosmadrid/docs/3_intervencion_11_marzo

- 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. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/5668133_Five_Essential_Elements_of_Immediate_and_Mid-Term_Mass_Trauma_Intervention_Empirical_Evidence.
- Holman, A., Cohen, R., Poulin, M., Andersen J., Gil-Rivas, V. y McIntosh, D. (2008). Terrorism, Acute Stress, and Cardiovascular Health. A 3-Year National Study Following the September 11th Attacks. *Archives of General Psychiatry*, 65 (1), 73-80. Recuperado de <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/482561>.
- Horrocks C. (2001). Blast injuries: biophysics, pathophysiology, and management principles. *Journal of the Royal Army Medical Corps*; 147, 28-40. Recuperado de <https://militaryhealth.bmj.com/content/jramc/147/1/28.full.pdf>
- Huddy, L., Feldman, S., Taber, C. y Lahav, G. (2005). Threat, Anxiety, and Support of Antiterrorism Policies. *American Journal of Political Science*, 49 (3), 593–608. Recuperado de <https://www.uvm.edu/~dguber/POLS234/articles/huddy.pdf>
- Institute for Economics & Peace. (2019). *Global Terrorism Index 2019: Measuring the Impact of Terrorism*. Sydney. Recuperado de <http://visionofhumanity.org/reports>
- Institutos Nacionales de la Salud. (2016). *Trastorno por estrés postraumático*. República de Colombia. Recuperado de https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-por-estres-postraumatico/sqf-16-6388_156346.pdf.
- Instituto Nacional de Salud. (2017). *Consecuencias del Conflicto Armado en Salud en Colombia*; Noveno Informe Técnico. Observatorio Nacional de Salud. Bogotá. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/9%20Consecuencias%20del%20Conflicto%20Armado%20en%20la%20Salud%20en%20Colombia.pdf>
- Iruarrizaga, I., Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A. y 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. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Cano-Vindel/publication/230577103_Consecuencias_psicopatologicas_tras_el_atentado_terrorista_del_11M_en_Madrid_en_victimas_familiares_y_allegados/links/09e41501

955e48650000000/Consecuencias-psicopatologicas-tras-el-atentado-terrorista-del-11-M-en-Madrid-en-victimas-familiares-y-allegados.pdf?origin=publication_detail

- 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/>
- Katz, E., Ofek, B., Adler, J., Abramowitz, H. y Krausz, M. (1989). Primary blast injury after a bomb explosion in a civilian bus. *Annals of Surgery*, 209, 484-488. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1493988/>
- Krieger, T. y Meierrieks, D. (2011). What causes terrorism? *Public Choice*, 147, 3-27. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/258833074_What_causes_terrorism
- Laqueur, W. (2007). Terrorism: A Brief History. *Foreign Policy Agenda*, 12 (5), 20-24. Recuperado de <https://www.americancorner.org.tw/zh/ejournal-pdf/201101-countering-the-terrorist-mentality2.pdf>.
- Levav, I., Novikov, I., Grinshpoon, A., Rosenblum, J. y Ponizovsky, A. M. (2006). Health services utilization in Jerusalem under terrorism. *American Journal of Psychiatry* 163 (8), 1355-1361. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/325680173_Health_services_utilization_in_Jerusalem_under_terrorism.
- MacQueen, G., Santaguida, P., Keshavarz, H., Jaworska, N., Levine, M., Beyene, J. y Raina, P. (2017). Systematic review of clinical practice guidelines for failed antidepressant treatment response in major depressive disorder, dysthymia, and sub-threshold depression in adults. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62, 11-23. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5302110/>
- Mercado, A., González, G. y Olvera, J. (2009). la crisis del orden mundial: globalización y terrorismo. *Revista de Relaciones Internacionales, Estrategia y Seguridad*, 4 (1), 129-158. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/927/92712970008.pdf>.
- Mental Health Academy (2020). *Psychological First Aid Course*. Mental Health Academy. Australia. Recuperado de https://www.mentalhealthacademy.com.au/documents/bushfire/Resource1_Text_Course-PFA.pdf.
- Ministerio de Defensa Nacional. (2018). *Logros de la política de defensa y seguridad*. 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. (1993). *Resolución 8430*. Gobierno de Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Montero, I., y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 847 - 862. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33770318.pdf>.

Morales, P. P., Medina, J. L., Gutiérrez, C., Abejaro de Castro, L F., Hijazo, L. F. y Losantos R. J. (2016). Los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés en la Junta Médico Pericial Psiquiátrica de la Sanidad Militar Española. *Sanidad Militar*, 72 (2), 116-124. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712016000200007

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. y 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.

National Consortium for the Study of Terrorism and Responses to Terrorism (START). (2018). *Global Terrorism Database* [archivo de datos]. Obtenido de <https://www.start.umd.edu/gtd>

Norris, F., Friedman, M., Watson, P., Byrne, C., Diaz, E. y 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. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/11059181_60000_disaster_victims_speak_Part_I_and_II_An_empirical_review_of_the_empirical_literature_1981-2001

- North, C., Nixon, S., Shariat, S., Mallonee, S., McMiller, J., Spitznagel, E. y Smith, E. (1999). Psychiatric disorders among survivors of the Oklahoma City Bombing. *The Journal of the American Medical Association*, 282 (8),755-62
- Notimérica. (2015). *¿Cuáles son los 5 peores atentados de América Latina?* Madrid. Recuperado de: <https://www.notimerica.com/sociedad/noticia-cuales-son-peores-atentados-america-latina-20151129125934.html>
- 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>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). Psychological first aid: Guide for field workers. Organización Mundial de la Salud, Trauma Foundation y World Vision International. Recuperado de https://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/
- Pekevski, J. (2013). First responders and psychological first aid. *Journal of Emergency Management*, 11 (1), 39-48.
- Pineda, C. y López-López, W. (2010). Atención Psicológica Postdesastres: Mas que un “Guarde la Calma”. Una Revisión de los Modelos de las Estrategias de Intervención. *Terapia Psicológica*, 28 (2), 155-160. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082010000200003.
- Rodríguez, T. (2012). El terrorismo y nuevas formas de terrorismo. *Espacios Públicos*, 15 (33), 72-95.
- Rodríguez, T. (2016). Geografía del terrorismo en Colombia: Una visión retrospectiva. *Revista de Paz y Conflictos*, 9 (2), 179-198.
- 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.
- Rubin, B. y Bloch, E. (2000). *Intervención en crisis y respuesta al trauma*. Descleé de Brouwer Editores: España.
- Rumbo, J. M., Cortizas, J., Lago, R., Cabanas, M., Pérez, P. y Sánchez, J. (2017). Evaluación AGREE-II de guías de práctica clínica sobre radiodermatitis aguda.

- Enfermedad dermatológica*, 11 (30), 50-56. Recuperado de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zvCTn9bet-IJ:https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6091062.pdf+&cd=8&hl=es&ct=clnk&gl=co&client=safari>
- 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. Recuperado de <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-244X-11-96>
- Sánchez-Cuenca. I. (2009). Revolutionary Dreams and Terrorist Violence in the Developed World: Explaining Country Variation. *Journal of Peace Research* 46 (5), 687-706
- Santacruz, E. (2008). Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37 (Supl., 1), 198-205. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a16.pdf>
- Schmid, A.P. (2005). Root Causes of Terrorism: Some Conceptual Notes, a Set of Indicators, and a Model. *Democracy and Security*, 1 (2), 127-136.
- Snider, L., Chehil, S. y Walker, D. (2012). Psychological first aid. In: Mental Health and Psychosocial Support in Disaster Situations in the Caribbean: Core Knowledge for Emergency Preparedness and Response. Washington: PAHO. Recuperado de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:HU2ojfiKsNQJ:www.saludydesastres.info/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D436%26Itemid%3D+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co.
- Spilka, M. J. y Dobson, K. S. (2015). Promoting the internationalization of evidence-based practice: Benchmarking as a strategy to evaluate culturally transported psychological treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22 (1), 58 –75. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/273641273_Promoting_the_Internationalization_of_Evidence-Based_Practice_Benchmarking_as_a_Strategy_to_Evaluate_Culturally_Transported_Psychological_Treatments
- Steenkamp, M., Litz, B., Hoge, C. y Marmar, C. (2015). Psychotherapy for Military-Related PTSD A Review of Randomized Clinical Trials. *Journal of the American Medical Association*, 314 (5), 489-500. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/280666600_Psychotherapy_for_Military-Related_PTSD_A_Review_of_Randomized_Clinical_Trials.

- Slaikau, K. (1996). *Intervención en crisis. Manual para la práctica y la investigación*. 2da edición. Manual Moderno: México.
- Trepanier, L., Stamoulos, C. y Reyes, A. (2017). Assessing the Quality of the OPQ's Guidelines for the Evaluation of Dyslexia in Children Using the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) II: A Brief Report. *Canadian Psychology*, 58 (3), 211-217. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/318115571_Assessing_the_Quality_of_the_OPQ's_Guidelines_for_the_Evaluation_of_Dyslexia_in_Children_Using_the_Appraisal_of_Guidelines_for_Research_and_Evaluation_AGREE_II_A_Brief_Report.
- Vallejo, S. y Terranova, Z. (2009). Estrés Postraumático y Psicoterapia de Grupo en Militares. *Terapia Psicológica*, 27 (1), 103-112. Recuperado de <https://doi.org.ezproxy.unbosque.edu.co/10.4067/S0718-48082009000100010>.
- Vigna-Taglianti, F., Vineis, P., Liberati, A., y Faggiano, F. (2006). Quality of systematic reviews used in guidelines for oncology practice. *Annals of Oncology*, 17 (4), 691–701. Recuperado de [https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)57569-X/pdf](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)57569-X/pdf).
- Williams, R. y Kemp, V. (2017). Principles for designing and delivering psychosocial and mental healthcare. *Journal of the Royal Army Corps*. Recuperado de <https://www.apothecaries.org/wp-content/uploads/2019/02/Designing-and-Delivering-Mental-Health-Care.pdf>.
- Ye, Z., Liu, Y., Cui, X. y Liu, L. (2016). Critical appraisal of the quality of clinical practice guidelines for stress ulcer prophylaxis. *PLoS ONE*, 11(5), e0155020. Recuperado de <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0155020&type=printable>
- Zuinaga, S. (2011). El terrorismo, una aproximación teórica en cuanto a su definición. *Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura*, 17 (2), 11-26. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/364/36422801002.pdf>

