



European Network for Psycho-Social Aftercare in Case of Disaster

Programa de Intervención a Grupos Destinatarios
Cuaderno I

Manual para La Aplicación del Índice de Riesgo de
Colonia-Desastres en el Contexto de Situaciones
de grandes Daños

Robert Bering, Claudia Schedlich, Gisela Zurek, Michael Kamp, Gottfried Fischer



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



Project Partners are



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



Institute for Clinical Psychology and Psychological Diagnostics
University of Cologne



Centre of Psychotraumatology
Alexianer-Hospital Krefeld



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

SEPET+D

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

El Manual para la Aplicación del Índice de Riesgo de Colonia en el Contexto de Situaciones de Grandes Daños ha sido desarrollado y promovido en el marco de un Proyecto de la Unión Europea „European Guideline for Targetgroup Oriented Psychosocial Aftercare in Cases of Disaster (EUTOPA).

Autores

Priv.-Doz. Dr. med. Dipl.-Psych. R. Bering; Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Leitender Arzt am Zentrum für Psychotraumatologie des Alexianer-Krankenhauses Krefeld

Dipl.-Psych. C. Schedlich: Wiss. Mitarbeiterin am Institut für Klinische Psychologie und Psychologische Diagnostik (IKPPD). Leitung der Ausbildung zum Fachberater für Psychotraumatologie DIPT/IKPPD

Dipl.-Psych. G. Zurek: Wiss. Mitarbeiterin am IKPPD; Dozentin für die Ausbildung zum Fachberater für Psychotraumatologie DIPT/IKPPD

Dipl.-Psych. M. Kamp: Psychologischer Mitarbeiter am Zentrum für Psychotraumatologie Spezialisiert auf Exners zusammenfassendes System für die Psychodiagnostik nach Rorschach an der Universität zu Köln.

Prof. Dr. Gottfried Fischer: Direktor des Instituts für Klinische Psychologie und Psychologische Diagnostik der Universität zu Köln.

Agradecimientos

EUTOPA fue promovido por la Comunidad Europea bajo el Grant Agreement „N⁰ 07030601/2006/447903/SUB/A3“. Agradecemos a los Delegados de EUTOPA las valiosas discusiones que han revertido en nuestro trabajo de la modificación del TGPI en contextos de grandes daños.

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

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

© 2008 Bering, Schedlich, Zurek, Kamp und Fischer

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

Prólogo

El Manual para la Aplicación del Índice de Riesgo de Colonia (cuaderno I) fue promovido y puesto en marcha por la Comunidad Europea en el marco del Proyecto „European Guideline for Targetgroup Oriented Psychosocial Aftercare in Cases of Disaster (EUTOPA)“. El objetivo principal de este proyecto es plantear qué medidas de intervención en crisis, probadas actualmente por la investigación, pueden frenar el riesgo de aparición de secuelas psíquicas en circunstancias catastróficas. El grupo de trabajo plantea el enfoque de que el utilizar los „Screenings“ para la atención psicosocial, permite la identificación de los supervivientes con alto riesgo de desarrollar un trastorno de estrés crónico. Bajo el término de Screening entendemos una combinación de diferentes parámetros de recogida de datos, estos incluyen los factores de riesgo para desarrollar un trastorno de estrés postraumático, la determinación de disociaciones peritraumáticas y la evaluación de la intensidad de los síntomas. Con el Screening no pretendemos un diagnóstico seguro, se trata de una función orientativa en el contexto del concepto general de intervenciones dirigidas a grupos destinatarios (ZGI). El ZGI normaliza todos los pasos de la intervención, desde la primera ayuda psicológica hasta la psicoterapia indicada *sensu stricto*. En nuestros manuales (Cuadernos del I al III), adaptamos el concepto al perfil internacional requerido en circunstancias catastróficas. El cuaderno II incluye los módulos de intervenciones a grupos destinatarios. En el cuaderno III presentamos una forma protocolizada de la educación psicológica basada en el trauma. Nuestro concepto se basa en el hecho de que el proceso de orientación e identificación de los grupos de riesgo es eficaz para poner en marcha programas efectivos de intervención. Este concepto lo desarrollamos en el pasado para las diversas tipologías de situación. Con el PLOT y con EUTOPA perseguimos la meta de implantar el concepto en el contexto europeo mediante la utilización del internet. Para ello hemos creado la página de internet: www.eutopa-info.eu y [www. Plot-info.eu](http://www.Plot-info.eu). El manual presentado (cuaderno I) se centra en un fragmento clave del ZGI, y trata del fundamento teórico y práctico para la aplicación del Índice de Riesgo de Colonia. El manual ha sido concebido para los profesionales de la ayuda y su objetivo será la demostración de las posibilidades y limitaciones del procedimiento.

Bibliografía sobre las Intervenciones Orientadas a Grupos

Destinatarios (ZGI)

las versiones traducidas del manual en inglés, francés español y alemán las encontrarán bajo

www.eutopa-info.eu

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

Otras informaciones sobre el ZGI en relación con la atención psicosocial a víctimas de atentados terroristas y para soldados con misión en el extranjero, se encuentran bajo

www.ikpp-bundeswehr.de

www.plot-info.eu

Contenido

1.	EXPERIENCIAS DE CARGA Y SUS FORMAS DE ASIMILACIÓN	6
1.1	El modelo procesual del trauma psíquico	6
1.2	Los Grupos de Riesgo: Los que se curan espontáneamente, el grupo de personas que cambia de un grupo a otro y el grupo de riesgo	8
2.	ÍNDICE DE RIESGO DE COLONIA - DESASTRES	9
2.1	El Desarrollo del Índice de Riesgo de Colonia	9
2.2	Los Factores predictivos	10
2.3	Adaptación del Índice de Riesgo de Colonia a Circunstancias de Grandes Daños – Índice de Riesgo de Colonia - Desastres	13
3.	APLICACIÓN E INSTRUCCIONES PARA EL ÍNDICE DE RIESGO DE COLONIA -D	14
3.1	Las Directrices de la Entrevista	14
3.2	Empleo del Índice de Riesgo de Colonia -D online	17
3.3	Registro de los Niveles de los Síntomas	18
4	LA EVALUACIÓN DEL ÍNDICE DE RIESGO DE COLONIA - DESASTRES	19
5.	RESULTADOS DEL TALLER DE EUTOPIA „FACTORES DE RIESGO Y SCREENING“.	20
6.	BIBLIOGRAFÍA	21
7.	APÉNDICE	23

1. Experiencias de Carga y sus formas de Asimilación

1.1 El modelo procesual del trauma psíquico

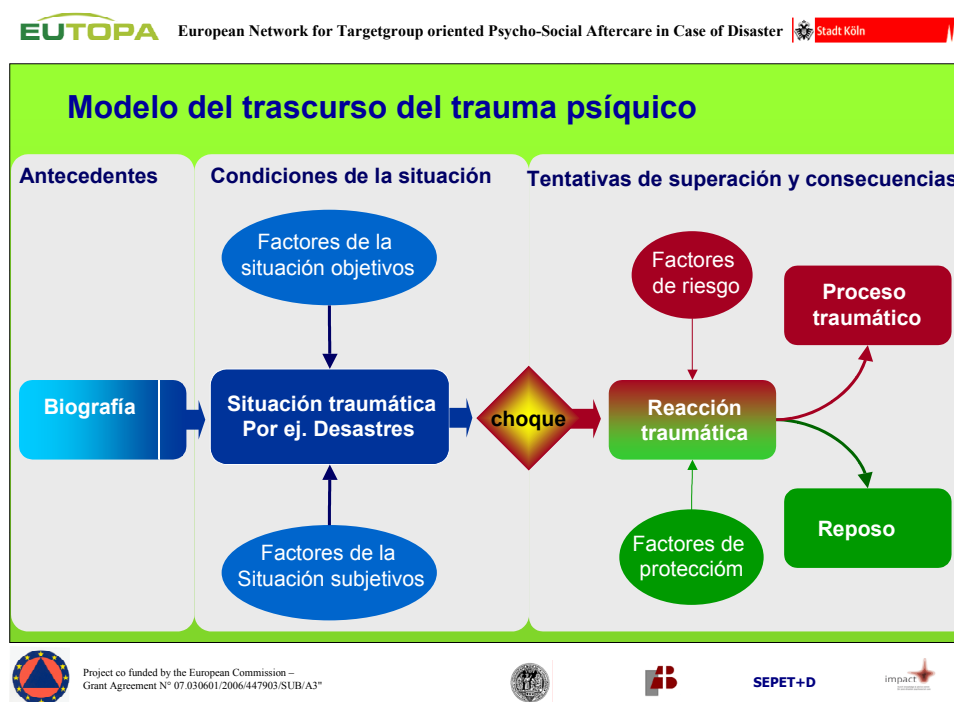


Gráfico 1: Modelo procesual del trauma psíquico (Fischer & Riedesser, 2003). La situación traumática, la reacción y el proceso traumático vs. reposo.

Consideramos la atención psicosocial para los afectados en desgracias sobre la base del modelo procesual. (gr.1) El modelo procesual examina por separado las fases de la situación traumática(1) la reacción traumática(2) (fase de choque) y las repercusiones (3). Un proceso traumático aparece cuando fracasa definitivamente el paso a la fase de superación postexpositoria. Esto incluye por ejemplo el desarrollo de un trastorno postraumático (TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO). El proceso traumático se puede subdividir en la fase de impacto (de 14 días hasta cuatro semanas después del suceso) y la fase de solidificación. Las intervenciones dirigidas a grupos destinatarios se orientan en el modelo procesual de los traumatismos psíquicos.

Seguidamente dirigiremos una mirada más detallada a los componentes individuales del modelo procesual. Los factores de situación pueden ser muy diversos. Delimitan las circunstancias objetivas del desastre como por ejemplo los ataques terroristas, grandes incendios, inundaciones, accidentes aéreos, accidentes de tráfico etc. Las grandes calamidades implican una necesidad de atención a un numeroso grupo de personas afectadas directa o indirectamente: supervivientes, allegados, deudos, grupos de socorro, testigos, así como la población de la comunidad afectada.

La evaluación subjetiva de estas situaciones traumáticas es individualmente muy diversa. Aspectos subjetivos esenciales de la situación traumática son

el desamparo, la impotencia y la amenaza a la vida y a la integridad física.

En situaciones traumáticas se emplean a menudo procesos de defensa disociativa. Esto significa la disolución de la integración de la percepción, la memoria, las emociones y de las acciones. Pueden darse cambios en la vivencia del tiempo, del espacio y de uno mismo. La gravedad de la situación traumática y la disociación peritraumática son factores importantes para el desarrollo de un trastorno de estrés postraumático (Bering et al. 2007) También en el momento inmediato a la fase postexpositoria, fase de choque, pueden reaccionar además los afectados con emociones intensas, el pánico y una fuerte irritabilidad que pueden durar incluso varios días. Otros afectados por el contrario se encontrarán en un estado de insensibilidad por ejemplo entumecimiento emocional. (numbing).

En la fase de impacto se alternan una experiencia intrusiva (por ejemplo imágenes, sentimientos pensamientos intrusivos, pesadillas) y comportamientos de evitación con negación e incluso con defensa disociativa. Para la evolución de este proceso tienen las condiciones precursoras (antecedentes, componentes) una significación importante. El proceso traumático puede llevar a disfunciones del sueño, estados depresivos, estado de agotamiento ira permanente, angustias trastornos de concentración y auto- inculpamiento. Solamente se puede recordar la situación traumática en fragmentos o de forma distorsionada. Se debe tener en cuenta que ante todo esto es una reacción normal a una experiencia muy estresante y que no sugiere per se una cronificación ni el desarrollo del un trastorno postraumático.

Le sigue, en el caso mas favorable a una

fase de impacto otra de recuperación. Los síntomas mejoran significativa y permanentemente. Disminuye la oscilación entre la evitación y la intrusión y es posible el procesamiento del contenido traumático (vgl. Horowitz 1976). Los afectados aprenden a hablar sobre el suceso sin ser desbordados por los sentimientos o tener que defenderse disociativamente.

Para hacer frente a la situación traumática tempranamente y con éxito, la recuperación y el procesamiento de la experiencia traumática son decisivos algunos factores. Se considera muy favorable para este proceso de recuperación a un ámbito social que garantice la seguridad, en el que los afectados puedan hablar sobre sus experiencias. Tomarse tiempo para el descanso y el retiro así como la aclaración sobre la evolución del trauma y la aplicación de técnicas de estabilización, relajación y distanciamiento son igualmente métodos útiles y necesarios.

Si el proceso de superación fracasa, la reacción traumática se dirige hacia el proceso traumático con diferentes formas de evolución. Esto incluye por ejemplo la persistencia de los síntomas del periodo de impacto y la solidificación de un trastorno postraumático. De aquí se pueden desarrollar concomitantemente otros trastornos psiquiátricos o secuelas. Por ejemplo un elevado riesgo de dependencias como resultado de un intento de autocuración, al intentar acallar la vivencia de la intrusión, en las que se da un abuso del alcohol, drogas o medicamentos. Una prevalencia de la defensa disociativa y de negación puede llevar a un desarrollo depresivo. Síntomas crónicos de sobreexcitación llevan asociados trastornos de angustia, la

calidad de vida puede disminuir dramáticamente y pueden aparecer otros problemas psicosociales como problemas con la pareja, pérdida de contactos sociales, limitada capacidad de trabajo hasta llegar incluso a una jubilación anticipada. En los casos en que se da un desarrollo desfavorable de un proceso traumático con una larga duración, pueden llevar a cambios profundos de la personalidad, que como tal son diagnosticados en ICD-10 (F 62.0

Cambios de la personalidad, tras situaciones de estrés extremas). En estos casos cronificados se precisa una atención psicológica y médica completa. Sabemos que desde una situación pueden originarse numerosos cuadros de trastornos que básicamente deben tomarse en cuenta. El trastorno postraumático y los cambios de personalidad tras una experiencia de estrés extremo son como ejemplos identificados los mejor estudiados.

Todas las medidas de apoyo orientadas a grupos destinatarios, aspiran a favorecer el proceso de autocuración

1.2 Los Grupos de Riesgo: Los que se curan espontáneamente, el grupo de personas que cambia de un grupo a otro y el grupo de riesgo

En qué medida los afectados asimilan una experiencia estresante y la superan con éxito depende de diversos factores: Los factores predictivos para la evolución traumática junto con los factores de situación objetivos, la forma de reacción peritraumática, las reacciones del entorno y otras experiencias traumáticas anteriores entre otros. Se puede estimar como de alto es el riesgo de un proceso de desarrollo traumático incluso ya en la fase de impacto, con un número manejable de factores empíricos asegurados que pueden abarcarse con el Índice de Riesgo de Colonia,

Tras una apreciación psico-traumatológica, (Fischer et al.,1999; Bering, 2005; Bering et al. 2003, 2007; Schedlich et al. 2008) las personas que tras una experiencia estresante están expuestas a grados de medio a grave de estrés pueden ser subdivididas en los siguientes tres grupos:

Grupo de los que se curan espontáneamente: El grupo de víctimas de un trauma que con sus propios recursos y potenciales y que con el proceso natural de autocuración asimilan el trauma sin que les ocasione perjuicios.

El grupo de los que cambian de un grupo a otro: es el grupo de víctimas que podrían asimilar el trauma como en el primer grupo si no se agregaran otros factores desestabilizantes postexpositivos (Por ejemplo consecuencias negativas por parte del empleador, la familia, las presiones sociales, la retraumatización etc)

Si al proceso de asimilación se suman estos factores de interferencia el afectado cae en el grupo de riesgo que más alta probabilidad tiene de desarrollar trastornos duraderos y perjuicios psíquicos a raíz del trauma.

Grupo de riesgo: el grupo de afectados que como resultado del trauma más alto riesgo tiene de padecer un trastorno

postraumático crónico y un trastorno comorbido, como alcoholismo, depresión o ansiedad. Este proceso traumático crónico puede persistir incluso varios años o aparecer después de un largo periodo p. e. A través de otros factores de estrés añadido, un aumento de los síntomas o los primeros síntomas de un trastorno postraumático retrasado.

La pronta clasificación de los afectados en uno de los respectivos grupos es significativo en la medida de que

necesitan diferentes formas de ayuda y apoyo según la previsión de la evolución para evitar un desarrollo cronificado.

El Índice de Riesgo de Colonia-Desastres permite la clasificación de los supervivientes tras experiencias traumáticas en uno de los tres grupos. En base a esta clasificación se iniciarán después y en el marco de la atención psicosocial en situaciones de grandes daños medidas orientadas a cada grupo específico

El Índice de Riesgo de Colonia es una herramienta que permite la detección precoz y la clasificación en uno de los tres grupos El Grupo de los que se curan espontáneamente, El Grupo de los que cambian de un grupo a otro y el Grupo de Riesgo de las personas afectadas y forma la base por tanto para la orientación a grupos destinatarios

2. Índice de Riesgo de Colonia - Desastres

2.1 El Desarrollo del Índice de Riesgo de Colonia

El Índice de Riesgo de Colonia fue desarrollado para ganar una evaluación del riesgo sobre la evolución del proceso traumático. La detección precoz de los riesgos es una parte esencial para una prevención secundaria adecuada.

El Índice de riesgo de Colonia fue por primera vez concebido y validado en el marco del Proyecto de Investigación „Prevención de los trastornos crónicos y discapacidad en las víctimas de delitos violentos“ - El Modelo de Ayuda a Víctimas de Colonia (KOM) concebido y validado (Fischer et al. 1999) El Índice de riesgo de Colonia permite estimar a través de la recopilación de factores de situación como el grado de gravedad de la vivencia traumática o la disociación peritraumática y sobre otros factores existentes por

ejemplo la falta de factores de protección, el riesgo de secuelas.

Será colocada la versión validada del ÍNDICE DE RIESGO DE COLONIA para Víctimas de la Violencia por ejemplo de la policía de Colonia. Las víctimas de violencia son evaluadas tras el suceso con una rapidez relativa por oficiales de policía adiestrados y dado el caso serán encomendadas a la oficina de asesoramiento para víctimas de la violencia y accidentes.

Desde entonces han sido desarrolladas numerosas variantes del Índice de riesgo de Colonia que serán expuestas en los siguientes capítulos.

2.2 Los Factores predictivos

Se le ha dado un desarrollo significativo al concepto de Índice de Riesgo de Colonia con una muestra validada en víctimas de violencia y accidentes y a través de esta en gestión de intervención en crisis. Análogamente realizó Walter (2003) un estudio de identificación de factores de riesgo en víctimas de atracos de Bancos. Bering et al. (2003) desarrollaron un índice de riesgo para el ejército federal, orientado a dinámicas específicas de situación en operaciones humanitarias y militares. Hammel adaptó este concepto al contexto de la asistencia a los supervivientes de la catástrofe ferroviaria de Eschede. Bering & Kamp verificaron la validez del Índice de riesgo de Colonia en el contexto clínico con una muestreo de pacientes con un diagnóstico de un trastorno de estrés postraumático. En la tabla 1 son enumerados los factores de riesgo identificados. El enfoque metodológico realizado en todos los estudios es comparable. Fueron utilizadas variantes del Índice de riesgo de Colonia que se pusieron en relación con escalas de síntomas para un trastorno postraumático sobre la base de un modelo de regresión. Entre estas múltiples variantes del Índice de riesgo de Colonia hay intersecciones que se reflejan en la fase de impacto y son la ponderación de los factores disposicionales de la pre-traumatización, los factores de situación y los de protección. Con este objetivo fueron evaluados los factores individuales semicuantitativas sobre la base de valores realizadas en las evaluaciones globales y marcadas de con una a tres estrellas. Una estrella significaba una baja ponderación del factor, dos una mediana, y tres

estrellas representaba una ponderación significativa de los criterios de cada versión. Esta graduación y la explicación de los factores se trataba de una escala en bruto, pensada únicamente como ayuda orientativa. Las inexactitudes son aceptadas para poder acercarse a la meta de representar los factores en un modo similar. Los resultados sugieren que el grupo de factores de la tabla 1 por el desarrollo de síntomas que se asocian a un trastorno de estrés postraumático tiene validez para todas las variantes de Índice de riesgo de Colonia. A continuación se enumeran los factores individualmente:

A los factores disposicionales pertenece el Ítem „género femenino“. Fue identificado tanto en el estudio sobre los soldados del ejército como en el de empleados de banco. Queda poco claro si se trata de un efecto de disimulo en los hombres para determinar este resultado o por el contrario se trata de una vulnerabilidad específica del género.

A los factores biográficos pretraumáticos pertenecen los Ítems trastornos psico-traumáticos pre-trauma. „ desempleo, educación. El alcance de la pretraumatización toma una posición importante en todas las variantes del Índice de Riesgo de Colonia y médicos clínicos tienen que dedicarle a este factor una atención especial. Así es la categoría desempleo como factor de riesgo en el Índice de Riesgo de Colonia en víctimas de la violencia y accidentes para los soldados y los empleados de Banco irrelevantes, pues los acontecimientos críticos se producen en el ámbito del trabajo. Además no se ha encontrado el factor de riesgo que consiste en un bajo

nivel educativo en el Índice de riesgo de Colonia para víctimas de violencia y accidentes en las otras versiones.

Los factores de situación pueden subdividirse en objetivos y subjetivos. A los factores subjetivos pertenece la angustia de morir vivida por ejemplo la valoración subjetiva del grado de carga emocional que se puede identificar en todas las versiones del Índice de Riesgo de Colonia como un ítem importante.

El alcance de la lesión, la duración de la situación traumática, el conocer al culpable, son los factores de situación objetivos, es estos ítem pueden darse solapamientos parciales. Un papel importante en el muestreo lo juegan las heridas físicas en los soldados y las víctimas de violencia y accidentes. En atracos de Bancos son una rareza y son omitidos por este motivo. Los factores de "conocer el culpable", la duración de la situación traumática y el perjuicio a otras personas, muestran lugares de intersección en las diversas variedades del Índice de riesgo de Colonia. El factor de „disociación peritraumática“ muestra una notable coherencia, esta toma en todas las variantes del Índice de Riesgo de Colonia un lugar especial. El trato con fenómenos disociativos gana una atención particular.

A los factores de la fase de impacto pertenecen los de riesgo y de protección que se dan por el ámbito social (miembros de la familia, camaradas, colegas) y los superiores (Director del Banco, Oficiales) o las autoridades públicas, (investigadores, aseguradoras). Es evidente que las reacciones negativas en el ámbito social se relacionan con los síntomas de los trastornos de estrés en todas las variantes del Índice de Riesgo de Colonia. La categoría de una mala experiencia con

las autoridades públicas, colegas y camaradas muestra también una amplia intersección. Gana en atención el factor de riesgo „dificultad para hablar sobre lo acontecido“. Puede ser garantizado tanto para el muestreo con los soldados del ejército federal como para el muestreo clínico.

Para la psicotraumatología tiene este factor una relevancia significativa. Podemos concluir que los factores que favorecen un trastorno traumático son: la carga psicotraumatológica acumulativa, la disociación peritraumática la gravedad objetiva del suceso, la evaluación subjetiva de lo sucedido y la reacción del ámbito social y laboral que se deben estimar como factores ubicuos. Aquí tenemos que hacer restricciones. El vínculo o el grado de determinación con el que los discutidos factores del Índice de Riesgo de Colonia que actúan sobre la carga de los síntomas, pueden concluirse sobre la base de un modelo matemático, que es insuficiente para cubrir la realidad. Instrumentos de encuestas psicométricos solo pueden dar pistas. La percepción de las relaciones de causalidad entre el criterio del hecho y la sintomatología, están ligados a un diagnóstico psicossomático y requiere entrevistas individuales en el ámbito clínico.

Por estas razones se deben colocar los predictores en una estructura dinámica de interrelaciones, en primer lugar. Este paso hace corresponder los análisis de configuración de cada caso particular con la vida y hace posible una evaluación de los factores de disposición, biográficos, situacionales de riesgo y de protección, ya en la fase de impacto. En este contexto es evidente que la concepción del Índice de riesgo de Colonia está basada en una función orientativa de guía. Si el afectado

es asignado al grupo de los que cambian o al grupo de riesgo, seguirá el diagnóstico clínico en los componentes secundarios.

En la tabla 1 podemos ver el campo de los estudios recogidos para la validación del Índice de riesgo de Colonia. Hacemos hincapié en que los factores de riesgo

están en concordancia con los metaanálisis que se ocuparon de esta pregunta. (Brewin et al., 2000, Ozer et al. 2003, Abresch & Bering, 2008). Según el principio de convergencia mostramos dos diferentes vías de acceso metodológico sobre los resultados de la encuesta.

Tabla 1.: Variantes del Índice de Riesgo de Colonia	víctimas de violencia y accidentes	víctimas de otros de Bancos	Soldados en el extranjero	pacientes estacionarios cn PBT
Autores	Fischer et al. (1999)	Walter (2003)	Bering (2005)	Bering & Kamp (2007)
género femenino		*	*	
<i>factores biográficos</i>				
Bajo nivel educativo	*			
pre-traumatización	**	**	**	*
Desempleo	*			
factores de Situación				
amenazas de muerte	*	*	*	
duración de la experiencia traumática	*			
Disociación	***	**	***	**
lesiones físicas	*		*	*
Carga subjetiva vivida	*	*	*	
conocimiento del culpable	*	*		
personas perjudicadas				*
factores en la fase de impacto				
reacciones negativas en el ámbito social	*	**	**	**
contacto limitado con el país de origen			*	
malas experiencias con responsables, colegas, camaradas	*	**	*	
dificultad para hablar sobre lo ocurrido			*	*
En este estudio se comprueba que hay aspectos comunes entre el Índice de Riesgo de Colonia que se resumen en los grupos de factores de disposición, pretraumatización, situación traumática y los de riesgo y protección. Las estrellas simbolizan la ponderación. Si hay una casilla vacía es por no haber sido suficientemente investigado este ítem.				

2.3 Adaptación del Índice de Riesgo de Colonia a Circunstancias de Grandes Daños – Índice de Riesgo de Colonia - Desastres

En la adaptación del Índice de Riesgo (Índice de riesgo de Colonia - D) era preciso tener en cuenta la situación específica de los supervivientes, potenciales afectados. Ya que existen numerosas situaciones traumáticas, experiencias y contextos de características específicas y variados riesgos de desarrollar secuelas a largo plazo, hay que considerar de hecho estos factores especialmente. Perseguimos una intervención metodológica en dos tiempos. En un primer paso nos acercamos a los factores que se comprobaron en la intervalidación del Índice de Riesgo de Colonia y en los meta-análisis. (ver tabla1). En un segundo paso agregamos los que estén bajo sospecha de tener una relevancia específica en los supervivientes a desastres. Apoyándonos en el estado actual de la investigación.

Ad 1

La identificación de los factores de riesgo nos ha demostrado que la biografía pretraumática, la dinámica de situación, los factores de riesgo y de protección en la fase de impacto han de tenerse en cuenta. Debemos apartarnos del paradigma somatológico de la medicina de emergencia y los terapeutas y personal de primeros auxilios tendrán que observar siempre el desarrollo total del proceso, para poner en marcha intervenciones útiles. Con estos recursos queremos dedicarnos a la dinámica de situación en catástrofes.

Ad 2

El estudio inicial de la investigación sistemática de las secuelas psíquicas tras catástrofes naturales tuvo sus orígenes en los años 70. Así formuló Barton (1969)

que la rapidez de intervención, la duración y la preparación de la comunidad ejercían una influencia sobre las secuelas de los afectados. Green (1990) extrajo a lo largo de su estudio de más de 14 años sobre la catástrofe aérea de Buffalo Creek 1972, constelaciones situacionales traumatógenas para evoluciones a largo plazo. La gran parte de la investigación psicotraumática sobre las secuelas psíquicas tras atentados terroristas, se apoyan en los resultados de estudios realizados sobre las secuelas sufridas tras el atentado terrorista de Nueva York el 11 de septiembre del 2001. Los estudios demuestran que los afectados que resultaron heridos o fueron confrontados con cadáveres o personas mutiladas presentan un riesgo más elevado de desarrollar secuelas psíquicas. (Desivilya, 1997; Grieger et al. 2001; Ursano et al., 2003). Estos factores tienen también relevancia para la atención psicosocial del personal de socorro (Fullerton et al. 2004; Philbrick, 2003; Ursano et al., 2003). Se considera un factor predictivo relevante para el desarrollo de secuelas a largo plazo, el haber padecido la muerte de una persona cercana. (Green 1990; Grieger et al., 2005) Según los resultados de los estudios realizados, se puede suponer que para las víctimas de catástrofes son factores relevantes para el pronóstico del desarrollo de secuelas, los factores de situación objetivos, la medida de lo sufrido y el presenciar lesiones. Hasta ahora existen pocos resultados sobre la importancia en los pronósticos de la angustia vital y defensa peritraumática disociativa, así como el significado de los factores de riesgo y de protección.

Si consideramos los factores de riesgo y de protección en la fase de transición, tenemos que recapitular que en el caso de una catástrofe es de esperar un trauma tanto individual como colectivo. En adelante habrá que investigar si un trauma colectivo afecta como factor de riesgo o de protección. Un trauma colectivo puede llevar a una disposición muy alta al apoyo social (Hobfoll et al. 2007). El trauma mueve a una solidaridad colectiva. Riesgos potenciales o factores de protección adicionales en el periodo post-situacional que deben ser observados son: el impacto de la presencia de los medios de comunicación y presentación de informes así como el papel de los responsables políticos. Se puede constatar que la cobertura de los medios de comunicación de la información de forma objetiva y adecuada es una medida esencial para restablecer una relativa seguridad y potenciar la protección de la identidad. La capacidad

intrusiva mediática de la información puede reforzar el potencial de riesgo.

En la versión validada del Índice de riesgo de Colonia fueron integrados los citados factores y puestos a disposición de las organizaciones de ayuda de los países correspondientes online bajo ([www. Eutopa-info.eu](http://www.Eutopa-info.eu)) Los resultados recogidos forman los fundamentos para la adaptación del instrumento de pronóstico como base de una intervención dirigida a grupos destinatarios, ya que el Índice de Riesgo de Colonia no recoge la suma de síntomas de estrés, que puede ser alto incluso en el grupo de los que se curan espontáneamente. Permitida y de gran utilidad es una aplicación precoz en la evolución traumática tras la fase de choque. A menudo se discute si un Screening solamente se puede realizar tras el paso de varias semanas. No participamos de esta interpretación del Screening y se mantiene como un significado no utilizado.

3. Aplicación e Instrucciones Para el Índice de Riesgo de Colonia -D

El Índice de Riesgo de Colonia - D existe en dos versiones. La presente se trata de una versión en Paper-pen y otra versión accesible desde el internet en cuatro idiomas bajo [www. eutopa-info.eu](http://www.eutopa-info.eu). El cuestionario debe realizarse con el apoyo

de un terapeuta. En situaciones catastróficas no es siempre factible y por esta razón ofrecemos una versión en internet del Índice de riesgo de Colonia -D que favorezca una ayuda a través de profesionales de la red.

3.1 Las Directrices de la Entrevista

Las directrices para la entrevista del Índice de riesgo de Colonia -D son un instrumento para el pronóstico de riesgos existentes para la aparición de secuelas. Debe ser realizado conjuntamente con el asesoramiento individual. El uso del Índice de Riesgo de Colonia -D directamente tras el acontecimiento es obsoleto. El Índice de Riesgo de Colonia -D está concebido para

que se pueda aplicar tras los cuidados iniciales y si es posible después de la psicoeducación. Para ello existen la oportunidad de que los especialistas en psicotraumatología remitan a la utilización de la dirección del Internet. La aplicación debe realizar la cobertura de la prevención secundaria a ser posible. Para verificar una correcta aplicación del Índice de

riesgo de Colonia -D el entrevistador debe poseer una formación especializada. Esta es importante para evitar una retraumatización a consecuencia de las entrevistas. Es una aplicación continuada la condición para resultados significativos. Recomendamos la aplicación del Índice de riesgo de Colonia -D junto con

especialistas. La ventaja de este manejo, es la inmediata evaluación por los entrevistadores. También pueden ser reconocidas y planteadas tendencias a banalizar la situación y la defensa disociativa continua. Medidas urgentes, pueden iniciarse y ser discutidas a raíz de esta evaluación de riesgo realizada.

Condiciones del Contexto para la Aplicación de un Índice de Riesgo de Colonia -D

- La entrevista debe ser individual y en un ambiente relajado y de confianza
- El intervalo de tiempo después del suceso debe ser por lo menos de 72 horas
- El lugar de la entrevista, ofrecerá una distancia espacial suficiente respecto al lugar del suceso, para transmitir una sensación de seguridad
- Para la entrevista y la deliberación sobre las medidas adecuadas a tomar, se programará el tiempo suficiente, por lo menos de 20 minutos aunque en casos individuales puede suponer más, ya que los afectados hablarán sobre experiencias estresantes es preciso ser flexible con la estructura temporal

Inicio de la Entrevista

- Es esencial establecer con las personas entrevistadas un buen contacto.
- Informen sobre el objetivo de la entrevista y presenten el Índice de Riesgo de Colonia -D como un instrumento de prevención. Enfatice que a través de la contestación al cuestionario del Índice de Riesgo de Colonia -D el afectado puede recibir la ayuda adecuada, no subraye la identificación de riesgos, en especial en sujetos con una marcada tendencia al disimulo. Deben evitarse las formulaciones que resalten la aparición de un perfil de riesgo individual.

„Las respuestas al cuestionario me ayudan a evaluar qué propuestas podemos hacerle para que asimile la experiencia estresante de la forma más rápida“.

Los temores de los encuestados deben ser hablados y en caso necesario ayudarse con otras aclaraciones, en el caso de persistencia de estos miedos se corre el riesgo de que el afectado no quiera participar más en la investigación.

- Por regla general debe intercalarse la entrevista con una educación psicológica. Si este no es el caso, informen brevemente sobre el proceso natural de asimilación en traumatismos psíquicos. Deben ser designados los síntomas comunes en la fase de impacto. Expliquen que las secuelas tras una vivencia estresante, se basan más en las características de la situación que en la fuerza y la voluntad de la persona. A menudo existe el miedo por parte de los afectados a que se les vea como enfermos incluyendo preocupación respecto a desventajas laborales.

- Informen sobre el transcurso de la entrevista. Por ejemplo, la aplicación del Índice de Riesgo de Colonia -D debe realizarse en conjunto con el módulo de ZGI. Tras la

entrevista son planificadas otras intervenciones basadas en el riesgo (s. Schedich et al. 2008).

- Enfaticen en la voluntariedad de la entrevista, recoja el consentimiento.

Insistan en la protección de datos y el secreto profesional. Informaciones de las conversaciones no deben pasar a otros (camaradas, superiores o médicos) sin el consentimiento de la persona implicada. Es absolutamente necesario, informar sobre el tratamiento confidencial de los resultados del cuestionario y la referencia al secreto profesional, para garantizar la colaboración de los interesados.

-Registren al comienzo la fecha y el código. Aclaraciones al respecto encontraran en la última página sobre las directrices de la entrevista.

Realización de la Entrevista

- Adapte la conversación al comienzo al fluir de la conversación del entrevistado. Evite preguntar el cuestionario sistemáticamente, debe predominar la sensación de conversación, esto requiere un suficiente conocimiento de los Ítems para recoger toda la información a lo largo de la charla.
- Acepten la negación o imposibilidad de algún afectado a hablar del suceso o de alguna de las partes, no le fuerce.
- La vivencia subjetiva del encuestado es lo que cuenta finalmente, resérvese su evaluación personal y no polemice con la persona sino al contrario anímela a expresar abiertamente su propia evaluación del suceso.
- Eviten una conversación intensa sobre el acontecimiento, no debe trabajarse la situación traumática exhaustivamente, pues se puede correr el riesgo de una retraumatización. Si los entrevistados muestran la tendencia a hablar sobre el acontecimiento de forma intensiva, explíqueles las posibles contrapartidas y acentúen la necesidad de una capacidad de autocontrol y distanciamiento.
- Adecuen su lenguaje al del encuestado, eviten tecnicismos. Términos como suceso estresante, son mejores que el de trauma.
- Si tienen alguna duda sobre las cuestiones, remítanse a las directrices de la entrevista donde hay una detallada aclaración sobre las preguntas

Clausura de la Entrevista

- Al final de la entrevista le debe seguir un asesoramiento breve. A los afectados se les aclarará la evaluación del riesgo, el trauma y las secuelas. La decisión de si recurrirá o no a las ofertas de ayuda es absolutamente personal y deberá tratarse con discreción. Tanto la participación en el Screenig como la decisión de llevar a cabo otras medidas son libres. Se tratan de propuestas que permiten una elección y decisión personal de los individuos.

Por regla general los encuestados experimentan la entrevista como una medida de protección y se sienten tomados en serio. El cuestionario sobre

las cualidades del suceso facilita a los afectados hablar de forma estructurada sobre aspectos de este y por tanto es uno de los principales modos de asimilación es

acercarles a la verbalización en un marco protegido. En casos particulares se experimenta el cuestionario a pesar de

todas las precauciones de manera tan abrumadora que a esta reverberación de los recuerdos le sigue un „Flashback“.

Tratamiento con Flashback

- Hablen a la persona con un tono de voz algo elevado, directamente y de forma clara. Dígale donde está, que el suceso ocurrió en el pasado, que está aquí sentada a su lado y que está segura..
- Pregúntele por la fecha, la hora, el nombre etc.
- Hágale observaciones irritantes por ejemplo contéstele con un nombre incorrecto, hágale preguntas claramente absurdas como : „Cuanto son 100 menos 7?“ Sigán preguntando „cuanto son 93 menos 7?“ Preguntas de esta clase enfadarán a la persona que podría reaccionar con ira. Por este método se le regresa a la realidad.
- Estimule a la persona a ser consciente de su cuerpo y sentir claramente los pies en el suelo o notar el respaldo de la silla etc.

Si durante la encuesta se produce un Flashback, esta se interrumpirá, y a la persona se la seguirá tratando como una de alto riesgo. Será concertada una

entrevista posterior con carácter de asesoramiento y con el fin de aclarar las medidas con las que se continuará.

3.2 Empleo del Índice de Riesgo de Coonia -D online

El Índice de Riesgo de Colonia -D es accesible en la página de Internet www.eutopa-info.eu Se puede leer en Alemán, francés, inglés o español. El cuestionario vía Internet sirve para la sincronización y coordinación en diferentes ubicaciones tras un caso de catástrofe. Ayuda a muchos afectados a optimizar los procesos, cuando se da una baja capacidad de personal. Seleccione primeramente el idioma adecuado. En el

menu se encuentra el botón „interactivo“. El paso siguiente necesario es el „log in“, el cual estará reservado a profesionales que han recibido una introducción al concepto, especificando los datos personales pueden los profesionales comprobar su viabilidad. La aplicación del Índice de Riesgo de Colonia -D vía online incluye reglas a las que se les debe prestar atención.

condiciones a tener en cuenta

- Deben haber pasado por los menos 72 horas desde el suceso.
- El emplazamiento de la entrevista debe ofrecer un distanciamiento espacial suficiente para transmitir seguridad.
- Debe planificarse el tiempo suficiente para el trabajo con el cuestionario, aproximadamente 20 minutos.

Instrucciones para la Aplicación del Índice de Riesgo de Colonia - D via online

- La utilización del Índice de Riesgo de Colonia -D vía online necesita de una introducción adecuada
- Asegúrese de que tiene acceso a un profesional.
- Piensen que se trata de un instrumento para la prevención. El Índice de Riesgo de Colonia -D posibilita una ayuda adecuada para ponerse en marcha?
„Sus respuestas al cuestionario nos ayuda a estimar que propuestas útiles le pueden servir para superar el acontecimiento estresante de la forma más rápida“.
- Intercalen al procesamiento del cuestionario una medida psicoeducativa breve, por ejemplo utilicen la educación psicológica para afectados, para conocer el transcurso natural de un proceso de asimilación en traumas.
- El Índice de Riesgo de Colonia -D no es un instrumento para establecer un diagnóstico. El diagnóstico clínico precisa la consulta de un terapeuta clínico.
- El Índice de Riesgo de Colonia -D tiene una función orientativa

Conclusiones del Cuestionario

- Los encuestados serán remitidos al contacto individual en el que vía online se les informará sobre los resultados del cuestionario y las siguientes medidas a tomar.
- El perfil de riesgo individual deberá comunicarse únicamente en privado, sólo así se evitarán una estigmatización en el grupo y estrategias de disimulo.
- Si los afectados se sienten sobrecargados con el cuestionario, este deberá interrumpirse..

3.3 Registro de los Niveles de los Síntomas

El Índice de Riesgo de Colonia -D recoge los factores predictivos biográficos, los factores de situación subjetivos y objetivos, la situación peritraumática y el equilibrio entre los factores de riesgo y de protección. Quedan omitidos los síntomas del estrés postraumático. Esto tiene una presuposición en la fase de impacto desarrollan muchos afectados, en el contexto de una autocuración, síntomas de un estrés postraumático. Ante todo el desarrollo decide si a partir de estos síntomas se produce o no un trastorno de estrés postraumático. Por lo tanto la recogida de síntomas de la fase de

impacto no es un predictor válido para el desarrollo de un trastorno de estrés postraumático. Sin embargo recomendamos complementar el diagnóstico con el PTSS-10 a través de un sondeo orientativo de los síntomas. En el estudio de validación mostró el PTSS-10 la mejor correlación con el valor de suma del Índice de Riesgo de Colonia. Por esto fusionamos el concepto del sondeo de síntomas de estrés con el enfoque de Chüffel et al (1999).

Al término del PTSS -10 será aplicado el PDEQ. Este sirve para el registro de disociación peritraumática.

Cuando se emplea el Índice de Riesgo de Colonia -D se debe recoger una escala de síntomas como p.e el PTSS-10. La disociación peritraumática debe ser cuestionada a parte bajo la utilización del PDEQ

4 La Evaluación del Índice de Riesgo de Colonia - Desastres

El Índice de Riesgo de Colonia -D hace como instrumento de prevención una valoración del riesgo de secuelas psicotraumáticas. No es un instrumento para el diagnóstico de estas secuelas. El Índice es la expresión de una acumulación de factores de riesgo que constan de un sistema limitado y surge de la suma de distintos factores. Este modelo se basa en el supuesto de que los factores tienen una relación complementaria entre sí. A los Ítems identificados se asignará según el grado de carga que representen valores entre 0 y 1. Las puntuaciones se suman, para identificar la puntuación de carga global. Según la puntuación de carga alcanzada se clasificará al encuestado en uno de los tres grupos El grupo de los que se curan espontáneamente, el grupo de

los que cambian y el grupo de riesgo. Si el Índice de Riesgo de Colonia es rellenado vía Internet, seguirá el resultado de un especialista. Hasta el momento es el Índice de Riesgo de Colonia -D calibrado en el nivel de intervalidación. El proceso de validación del Índice de Riesgo de Colonia -D está en progreso y adaptándose continuamente. Por esta razón nos limitamos a informes individuales vía Internet. Quizás en un futuro próximo, proporcionen resultados valiosos sobre las situaciones catastróficas para la mejora del proceso de validación. Por esta causa tomamos en el momento actual distancia de los sistemas de evaluación a nivel de cada uno de los Ítems a publicar.

El proceso de validación del KRI-D está en progreso, teniendo que ser adaptado continuamente. Por esta razón nos limitamos a informes individuales vía internet

5. Resultados del Taller de Eutopa „Factores de riesgo y Screening“

Tanto las jornadas de Colonia (29 noviembre hasta el 1 de diciembre) como también en las jornadas de Amsterdam (del 25 al 26 de septiembre del 2008) fueron realizados talleres en el marco del proyecto de investigación EUTOPIA, con el tema

„Factores de riesgo y Screening. Los talleres fueron dirigidos por Ask Elklit y Robert Bering. Para una información más exacta remitimos a la página de Internet www.eutopa-info.eu.

Los resultados de los talleres se pueden resumir en las siguientes directrices:

1. Los delegados estuvieron de acuerdo en que un „Screening“ es de gran utilidad tras situaciones catastróficas, en el marco de la atención psicosocial.
2. Deben diferenciarse entre „Screening Instrumentos“ los que comprenden los niveles de síntomas, los niveles de factores o los niveles de las funciones.
3. Según una encuesta a los delegados, fueron nombrados los siguientes factores de riesgo graduados según su relevancia: Falta de apoyo social, medida del suceso traumático, trastornos psíquicos, género femenino, rasgos de personalidad, nivel educativo, violencia sufrida, dificultad para hacer frente a problemáticas, desamparo, pérdida, edad avanzada o muy joven, emociones negativas vividas, lesiones, angustia de muerte, duración del suceso traumático, baja autoestima, interrupción de vínculos antes del traumatismo.
3. Futuros estudios deberán investigar la dinámica e interacción entre los factores de riesgo.
4. Futuros estudios deben tener más en cuenta a los factores de protección. Pe. La integración postraumática.
5. Futuros estudios deberán considerar mejor los aspectos sistémicos de la psicotraumatización. Por ejemplo: Tenerlos más en cuenta en familias o comunidades laborales
6. En adelante deberían hacerse más estudios de base para poder valorar mejor las comparaciones entre antes y después del trauma.
7. Estudios futuros deberían tener más en cuenta la influencia de la personalidad y de los estilos de control.
8. Futuros estudios deberían integrar el significado de factores biológicos de riesgo en el modelo psicológico.
9. Futuros estudios deberán observar diferenciadamente la pregunta de la disociación como factor de riesgo. Al mismo tiempo hay que diferenciar disociaciones diarias, traumáticas, peritraumáticas y persistentes.
10. Hubo opiniones diversas sobre cuando se debería utilizar un „Screening“ la mayoría representó el concepto de una observación atenta.
11. No se dio una opinión uniforme entre los delegados de qué factores de riesgo eran relevantes en niños.

6. Bibliografía

- Abresch K. & Bering, R. (2008). Posttraumatische Belastungsstörung als Folge eines Terroranschlages: Eine Metaanalyse zu möglichen Risikofaktoren. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität zu Köln.
- Barton, A.H. (1969). *Communities in Disaster. A sociological analysis of collective stress situations.* Garden City, New York
- Bäumker, B. & Bering, R. (2003). Die Debriefingkontroverse: Eine Literaturanalyse zur Effektivität von Kriseninterventionsmaßnahmen, Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2003 (S. 13–34). München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering & Kamp (2007). Valdierung des Kölner Risikoindex an einer Stichprobe von stationären Patienten des Zentrums für Psychotraumatologie in Krefeld. Unveröffentlichtes Manuskript, Zentrum für Psychotraumatologie Krefeld.
- Bering, R. & Fischer, G. (2005). Kölner Risiko Index (KRI). In B. Strauß & J. Schuhmacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 216–221). Göttingen: Hogrefe.
- Bering, R. (2005). *Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung. Grundlagenforschung, Prävention, Behandlung.* Shaker Verlag: Aachen.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek & G., Fischer, G. (2007). Zielgruppenorientierte Intervention zur Vorbeugung von Belastungsstörungen in der hausärztlichen Praxis. In: R. & L. Reddemann (Hrsg.), *Schnittstellen von Medizin und Psychotraumatologie. Jahrbuch Psychotraumatologie 2007.* (S. 51–66). Heidelberg: Asanger.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Zielgruppenorientierte Intervention. Verfahrensvorschläge zur Reformierung des Truppenpsychologischen Konzepts der Bundeswehr, Untersuchungen des Psychologischen Dienstes der Bundeswehr 2003 (S. 9–131.) München: Bundesministerium der Verteidigung - PSZ III 6. Verlag für Wehrwissenschaften.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2004). Target-Group-Intervention-Program: A new approach in the debriefing controversy. *European Trauma Bulletin*, 11 (1), 12–14.
- Bering, R., Schedlich, C., Zurek, G. & Fischer, G. (2006). Zielgruppenorientierte Intervention zur Prävention von psychischen Langzeitfolgen für Opfer von Terroranschlägen (PLOT). *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 57–75.
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003a). Psychische Belastung von Soldaten der Bundeswehr nach KFOR und SFOR Einsätzen auf dem Balkan. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 35–87).
- Bering, R., Zurek, G., Schedlich, C. & Fischer, G. (2003b). Zielgruppenorientierte Soldatenhilfe: Eine Pilotstudie zur Reformierung der Kriseninterventionsmaßnahmen nach Einsätzen der Bundeswehr. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 1, 15–22.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentin, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 748–766.
- Desivilya, H. S., Gal, R., Ayalon, O. (1997). Extent of Victimisation, Traumatic Stress Symptoms and Adjustment of Terrorist Assault Survivors: A Long-Term-Follow-Up. *Journal of Traumatic Stress*, Oktober 1996, Vol. 9 (4): 881 - 889
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie.* (3. Auflage). München: Reinhardt.
- Fischer, G. (2003). *Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe für schwere seelische Belastungen.* Düsseldorf: Patmos.

- Fischer, G. (2004). Videopräsentation zu „Neue Wege aus dem Trauma“. Köln: DIPT-Verlag.
- Fischer, G., Becker-Fischer, M. & DÜchting, C. (1999). Neue Wege in der Opferhilfe. Ergebnisse und Verfahrensvorschläge aus dem Kölner Opferhilfe Modell (KOM). Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen.
- Fullerton, C.S., Ursano, R.J., Wangl (2004). Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *American Journal of Psychiatry*, Aug;161(8): 1370-1376.
- Green, B.L., Lindy, J.D., Grace, M.C., Gleser, G.C., Leonard, A.C., Korol, M. & Winget, C. (1990). Buffalo Creek survivors in the second decade. Stability of stress Symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 43-54.
- Grieger, T.A., Fullerton, C.S., Ursano, R.J. (2004). Posttraumatic stress disorder, depression, and perceived safety 13 months after September 11. *Psychiatric Services*, Sep;55(9): 1061-1063.
- Grieger, T.A., Waldrep, D.A., Lovasz, M.M., Ursano R.J. (2005). Follow-up of pentagon employees two years after the terrorist attack of september 11, 2001. *Psychiatric Services*, Nov; 56 (11): 1374-1378.
- Hobfoll, S.E., Watson, P., Bell, C.C., Bryant, R.A., Brymer, M.J., Friedman, M.J., Friedman, M., Gersons, P.R., de Jong, J.T.V.M., Layne, C.M., Maguen, S., Neria, Y., Norwood, A.E., Pynoos, R.S., Reissman, D., Ruzek, J.I., Shalev, A.Y., Solomon. Z., Steinberg, A.M., Ursano, R.J. (2007). Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention: Empirical Evidence. *Psychiatry* 70(4), 283-315
- Horowitz, M. J. (1976). Stress response syndromes. New York: Jason Aronson.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults - a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129 (1), 52–73.
- Pfefferbaum, B., North, C.S., Flynn, B.W., Ursano, R.J., McCoy, G., DeMartino; R., Julian, W.E., Dumont, C.E., Holloway, H.C., Noorwood, A.E. (2001). The emotional impact of injury following an international terrorist incident. *Public Health Review*, 2001; 29 (2-4): 271-280.
- Philbrick, K.-E. (2003). Emotional Distress in Emergency Service Workers Following a Terrorist Attack: A Test of Model. *Humanities and Social Sciences*, Februar, Vol. 63 (7A): 2459
- Reddemann, L. (2001). Imagination als heilsame Kraft – Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Schedlich, C., Bering, R., Zurek, G. & Fischer, G. (2003). Maßnahmenkatalog der Zielgruppenorientierten Intervention zur Einsatznachbereitung. In R. Bering, C. Schedlich, G. Zurek & G. Fischer (Hrsg., 2003, S. 89–115.).
- Schedlich, C., Zurek, G. & Bering, R. (2008). Manual zur Zielgruppenorientierten Intervention im Rahmen von Großschadenslagen und Katastrophen. Target Group Intervention Programme Heft II. Unveröffentlichtes Manuskript im Rahmen des Projektes EUTOPA.
- Schedlich, C., Zurek, G., Kamp, M. & Bering, R. (2008). Adaptation der Zielgruppenorientierten Intervention für die mittel- und langfristige psychosoziale Unterstützung im Katastrophenfall. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 2, 75–90.
- Schüffel, W., Schunk, T. & Schade, B. (1999). Forschungsbericht aus der Wehrmedizin. Untersuchungen zu Ressourcen, Belastungen und Stressreaktionen deutscher Soldaten in UN- resp. NATO-Einsätzen - Langzeitverläufen unter gesundheitlichen Aspekten. Druck und Verteilung im Auftrag des Bundesministeriums der Verteidigung. Streitkräfteamt/Abteilung III. Fachinformationszentrum der Bundeswehr (FIZBw).
- Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Norwood, A. E. (Hrsg.) (2003). *Terrorism and Disaster: Individual and Community Mental Health Interventions*. New York: University Press

- Walter, C. (2003). Risikofaktoren psychischer Beeinträchtigung nach Banküberfällen: Validierung und Adaptierung des Kölner Risiko-Index für die spezielle Situation von Banküberfällen. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Kultur.
- Zurek, G., Schedlich, C. & Bering, R. (2008). Manual zur Traumabasierten Psychoedukation für Betroffene von Großschadenslagen. Target Group Intervention Programme Heft III. Unveröffentlichtes Manuskript im Rahmen des Projektes EUTOPA.
- Zurek, G., Schedlich, C. & Bering, R. (2008a). Traumabasierte Psychoedukation für Betroffene von Terroranschlägen. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin, 2, 63 – 74.

7. Apéndice

Índice de riesgo de Colonia (CRI-D)

para los supervivientes y sus allegados en casos de catástrofes

Código: _____

Fecha: _____

Preguntas Generales

A.	Edad:	Sexo:	<input type="checkbox"/> f	<input type="checkbox"/> m
B.	Estado Civil	<input type="checkbox"/> soltera/o, sin relación estable	<input type="checkbox"/> casada/o con relación estable	<input type="checkbox"/> divorciado/ o viviendo separado
C.	¿Tiene Hijos?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	cuantos:
		Número de hijos que viven en casa: Edad (separe los datos con una coma):		
D.	¿Tiene Hermanos?	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	cuantos:
		Edad (separe los datos con una coma)		
E.	Nivel educativo	<input type="checkbox"/> sin diploma	<input type="checkbox"/> Enseñanza general básica E.G.B.	<input type="checkbox"/> Secundaria
E.	Formación profesional	<input type="checkbox"/> ninguna	<input type="checkbox"/> Aprendiz	<input type="checkbox"/> estudios terminados
F.	Su última ocupación profesional	<input type="checkbox"/> ocupación no cualificada	<input type="checkbox"/> ocupación cualificada	<input type="checkbox"/> empleado/r
		<input type="checkbox"/> Autónomo/a	<input type="checkbox"/> estudiante	<input type="checkbox"/> ama de casa
G.	Ocupación Profesional Actual	<input type="checkbox"/> ocupación no cualificada	<input type="checkbox"/> ocupación cualificada	<input type="checkbox"/> empleado/r
		<input type="checkbox"/> autónoma/o	<input type="checkbox"/> estudiante	<input type="checkbox"/> ama de casa
		<input type="checkbox"/> paro	<input type="checkbox"/> incapacidad laboral	<input type="checkbox"/> otros
H.	Domicilio:	<input type="checkbox"/> apartamento/casa alquilada	<input type="checkbox"/> casa propia/apartamento propio	<input type="checkbox"/> Ciudad
				<input type="checkbox"/> Campo
				<input type="checkbox"/> Solo
				<input type="checkbox"/> Piso compartido
				<input type="checkbox"/> Familia/ pareja
				<input type="checkbox"/> Padres
I.	¿Usted ha estado en tratamiento psiquiátrico antes?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Sí	entonces:
				<input type="checkbox"/> 1 Vez
				<input type="checkbox"/> 2-3 veces
				<input type="checkbox"/> 4-6 veces
				<input type="checkbox"/> 7- 10 veces
				<input type="checkbox"/> más de 10 veces
				La primera intervención ha tenido lugar hace _____ meses
				La última intervención ha tenido lugar hace _____ meses.
J.	¿Ha estado con anterioridad en tratamiento psiquiátrico?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si	entonces:
				<input type="checkbox"/> hasta 50 sesiones
				<input type="checkbox"/> hasta 80 sesiones
				<input type="checkbox"/> más de 80 sesiones
				La terapia ha tenido lugar hace_ meses.
K.	¿Hay enfermedades psiquiátricas en la familia?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	
L.	¿Se siente usted discriminado por la sociedad por pertenecer a un grupo? (por ejemplo creencias religiosas, color de la piel, nacionalidad) ?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí	

Las preguntas siguientes se refieren al periodo justo antes de la catástrofe

1.	<p>¿Antes de la catástrofe, ha tenido momentos de estrés por otras circunstancias de su vida (p.e.a nivel familiar, a nivel económico, etc)?</p> <p>↳ entonces:</p> <p><input type="checkbox"/> El estrés tuvo lugar hace más de un año antes de la catástrofe</p> <p><input type="checkbox"/> El estrés tuvo lugar poco antes de la catástrofe</p> <p><input type="checkbox"/> El estrés es permanente y duradero</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
2.	¿Después de la catástrofe hubo un cambio respecto a (se vieron deterioradas) sus relaciones sociales más importantes?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
3.	¿Se sentía restringido en sus condiciones de vida habituales después de la catástrofe (p.e. vivienda pequeña, vida en una zona marginal, vivir sin electricidad)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
4.	¿Ha notado en su entorno social reacciones negativas como el desinterés, la falta de comprensión, la curiosidad exagerada o morbosa, la inculpaación a la víctima o humillación, después de contar la experiencia vivida?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
5.	<p>¿Ha tenido malas experiencias con instituciones?</p> <p>↳ entonces:</p> <p><input type="checkbox"/> Guardia civil</p> <p><input type="checkbox"/> Servicios de socorro</p> <p><input type="checkbox"/> Medicos/Hospitales</p> <p><input type="checkbox"/> Autoridades</p> <p><input type="checkbox"/> Otros</p>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
6.	¿Tenía su familia, sus amigos, sus conocidos, menos comprensión de la esperada hacia su situación?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
7.	¿Posteriormente al acontecimiento,? ha recibido menos apoyo del que esperaba de sus superiores (jefe)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
8.	¿Le cuesta hablar abiertamente de las consecuencias que ha tenido la catástrofe para su vida?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Las siguientes preguntas se refieren directamente a la catástrofe

9.	¿Cuándo y dónde tuvo lugar el atentado?	Mes/ Año: Lugar: _____
10.	¿Cómo evalúa personalmente el nivel de estrés (la carga) producido por el acontecimiento? Nivel de estrés: extremo (2) fuerte (2) más bien fuerte (1) más bien débil (1) débil (0)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11	¿Cuando asumió la noticia de la catástrofe, ha experimentado alguna de las vivencias poco habituales siguientes?	
	a) Cómo si usted no formara parte de lo que pasaba alrededor suyo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	b) actuaba automáticamente (pe. Gritando) sin que lo hubiera decidido conscientemente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	c) La percepción del tiempo estaba alterada, pe. muy rápido o muy lento	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	d) tenía una sensación de irrealidad (cómo dentro de una película o un sueño)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	e) Estaba confuso y o desorientado respecto al tiempo y al espacio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	f) No tenía noción de su propio cuerpo	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	g) Era como si flotara por encima de lo que estaba pasando	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	h) Sólo tiene recuerdos fragmentarios incompletos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	i) Su vista ha sido reducida lateralmente, como si estuviera en un túnel	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	j) Otras formas de percepción alteradas/otras vivencias extraordinarias	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

12.	Cuales fueron las particularidades de la experiencia?	
	a) ¿ El suceso estresante ocurrió de una manera completamente sorprendente e inesperada??	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	b) ¿ Pasó más de media hora hasta que estuvo a salvo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	c) ¿ Sintieron amenazada su vida y su integridad física de forma subjetiva?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	d) ¿ Presenciaron el peligro y la amenaza en otras personas?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	e) ¿ Fué herido gravemente?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	f) ¿ Padecerá secuelas físicas permanentes (cicatrices, movimiento limitado, incapacidad para el trabajo)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	g) ¿ Observaron heridas graves en otras personas? ↳ entonces: <input type="checkbox"/> desconocido/a <input type="checkbox"/> Desconocido: Niño(s), Mujer(es), Personas mayores <input type="checkbox"/> Conocidos <input type="checkbox"/> Amigo muy cercano <input type="checkbox"/> Familiares	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

h) ¿ Ha fallecido una o más personas? ↳ entonces: <input type="checkbox"/> desconocido/a <input type="checkbox"/> Desconocido: Niño(s), Mujer(es), Personas mayores <input type="checkbox"/> Conocidos <input type="checkbox"/> Amigo muy cercano <input type="checkbox"/> Familiares	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
i) ¿ En el caso de fallecimientos, han identificado a todos los cadáveres?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> no se
j) ¿ Ha sido expuesto a la visión de un persona gravemente herida o fallecida?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
k) ¿ Ha perdido sus pertenencias (p.e casa, piso, muebles, coche, ropa etc)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
n) ¿ Ha sufrido grandes pérdidas materiales?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

13. ¿Antes de la catástrofe ha vivido otras experiencias vitales fuertemente estresantes?	
a) Amenaza/ Asalto con un arma (por ejemplo un atraco)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
b) Experiencia de violencia física (por ejemplo una pelea)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
c) Violación, abuso sexual	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
d) Accidente	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
e) Muerte precoz o súbita de personas cercanas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
f) Irrupción en el domicilio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
g) Otras experiencias antecedentes duras	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Las preguntas siguientes se refieren a la manera en que trataban los medios informativos y el gobierno la catástrofe	
14.	a) ¿ Me siento informado insuficientemente por los medios? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	b) ¿ me siento molestado inutilmente a través de la información que me recuerda el suceso? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	c) ¿ Creo que la catástrofe se podría haber evitado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	e) ¿ Hago responsables a los políticos por el ataque y creo que estos han fracasado <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	f) Me siento apoyado por el gobierno, también en el aspecto financiero <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	h) ¿Puede entender la motivacion de los autores del atentado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

IFINALMENTE LE PEDIMOS DESCRIBIR CON SUS PROPIAS PALABRAS LO QUE LES PARECIÓ MAS IMPORTANTE EN SU EXPERIENCIA

1. **¿ Qué momento recuerda con más intensidad?**

2. **¿ Cual fue su experiencia más dura, en el transcurrir del suceso?**

3. **¿ Que experiencias posteriores a la catástrofe ha vivido como positivas?**

4. **¿ Que experiencias han supuesto una carga adicional tras la catástrofe?**

5. **¿ Han recibido ayuda terapeutica? ¿Le ha sido útil??**

6. **¿ Que le ha resultado de utilidad tras la catástrofe para asimilar sus experiencias??**

7. **¿ Qué tipo de ayuda le hubiese gustado obtener, qué otras cosas más le hubieran ayudado?**

8. **¿ Ha cambiado la imagen que tenía de sí mismo desde la catástrofe?**

9. **¿ Cómo vive su entorno desde la catástrofe?**

10. **¿ Qué más le parece importante contar?**