

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Algunas consideraciones teóricas relacionadas con el abordaje psicosocial en situaciones de emergencia y desastres

Some theoretical considerations related to psychosocial approach in emergencies and disasters

Rene Prieto Maceo, Glenda Correa Cusco, Irene Martínez Ruiz, Adela Rasua López

Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se realizó una revisión bibliográfica en junio 2016 con el propósito de elaborar un material que contenga los elementos esenciales para una mejor comprensión y ejecución del abordaje psicosocial en situaciones de emergencia y de desastres por los estudiantes de la carrera de medicina. Se toma como referentes para el mismo: antecedentes del estudio, impacto social, factores de riesgo, sintomatología y algunas técnicas de abordaje psicosocial.

Palabras clave: abordaje psicosocial; emergencia; desastres; comunidad

ABSTRACT

A literature review was conducted in June 2016 with the aim of producing a material containing the essential elements for a better understanding and implementation of the psychosocial approach in emergencies and disasters for students of medicine. It is taken as reference for the same: background of the study, social impact, risk factors, symptoms and some techniques and psychosocial approach.

Keywords: psychosocial approach; emergency; disaster community

INTRODUCCIÓN

En situaciones de emergencia y desastres, la conducta humana tiene sus complejidades y rasgos específicos, vinculados a las características de cada desastre, a las potencialidades de los individuos y comunidades en cada caso; de manera que la variada gama de interacciones entre estos u otros factores condicionan las posibles respuestas, normales en la gran mayoría de las poblaciones cuando enfrentan la proximidad de un evento considerado anormal, por su esencia para la senso-percepción y la humanidad en general.¹⁻⁴

El mundo actual se caracteriza por la experimentación creciente de situaciones de emergencias y desastres. El 75 % de la población mundial está expuesta a desastres provocados por sequías, terremotos, ciclones tropicales o inundaciones. Más de 8 millones de fallecidos desde 1900 hasta 2016 resultan del impacto de estos eventos, solo los de origen natural causan como promedio de 30 000 a 50 000 muertes cada año, unas 184 muertes por día.⁵⁻⁶

Las secuelas para la salud física de las personas expuestas a tales situaciones resultan evidentes, la lista de situaciones que generaron negativamente gran repercusión social y económica podría ser interminable⁷ por lo que han sido objeto de atención por la Medicina desde su surgimiento como ciencia, los mecanismos psicológicos de los que disponemos las personas para poder enfrentarnos a estas situaciones límites pueden ser insuficientes⁸, por lo que en el campo de las emergencias y los desastres la presencia del abordaje psicológico se ha ido haciendo cada vez más necesaria⁵ resultando un tema de marcada actualidad y vigencia.

DESARROLLO

Antecedentes e impacto social

Desde el surgimiento de la humanidad, hemos sufrido los impactos de distintos desastres y catástrofes, naturales o causados por el hombre, que han llegado a transformar nuestra historia⁸, de ahí que el hombre haya comenzado a interesarse sobre los efectos en la salud mental, tanto en los mecanismos de adaptación como en sus consecuencias.⁹

El precursor histórico del término psicosocial fue el concepto de trauma individual al cual inicialmente se le atribuían causas de tipo sobrenatural o de tipo orgánico.

A finales del siglo XIX y principios del XX comienzan a utilizarse términos como neurosis de guerra, fatiga de batalla y agotamiento de combate en las evaluaciones realizadas para conocer con exactitud los resultados de los conflictos bélicos, sin embargo, apenas se publican trabajos realizados con desastres naturales.⁹

En los umbrales del siglo XX Freud planteó sus consideraciones acerca de las huellas que dejan los disímiles eventos de la vida en los seres humanos, en lo que él llamó neurosis traumática.¹⁰

Durante los años siguientes a la segunda guerra mundial, aparecen las primeras publicaciones que tratan de las consecuencias del estrés postraumático, Bethelheim psiquiatra sobreviviente de los campos de concentración nazis, planteó que el evento traumático es una constante sucesión de hechos dolorosos destinados a producir sensación de amenaza vital. El exterminio diario de personas crea un clima psicosocial que él llamó "situación límite" y que se caracteriza por la existencia de un escenario de extremo riesgo vital para todos, del cual no se puede escapar.¹¹

Sin embargo, no fue hasta los años 70 que se comenzó a estudiar con profundidad las consecuencias psicosociales de los desastres naturales e industriales, en contraposición a los bélicos de las etapas anteriores.

A partir de los años 80 cambia el concepto en la manera de analizar las variables ambientales, sociales y psicológicas afectadas en situaciones de desastres.

La Asamblea de la ONU declaró los noventa como la década internacional para la reducción de los desastres, con el objetivo de "promover un desarrollo tecnológico adecuado y suficiente para poder prevenir las consecuencias indeseables que, con frecuencia, los desastres naturales tienen sobre las poblaciones afectadas".¹²

En el año 2002, la OPS/OMS publicó el manual Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias, de especial utilidad como guía de planificación para el "qué hacer" en situaciones de emergencia.³

La inclusión del psicólogo como profesional al Sistema Nacional de Salud (SNS) en Cuba al igual que en muchos otros países resulta en los albores del siglo XXI una realidad definitiva.¹³

Una persona, institución y su comunidad en desastres comienzan a transitar por un periodo que gira en torno a una emergencia psicosocial, en circunstancias de transformaciones continuas y sometidos a una exigencia adaptativa masiva. Este proceso de reconceptualización por todos los involucrados en este escenario, corresponde en parte a lo que algunos autores denominan "EL SEGUNDO DESASTRE". Ocurre una especie de nuevo desastre, ya no como fenómeno físico, sino que en la actividad psíquica se mantiene latente y en evolución entre la mayoría de la comunidad de damnificados y hasta entre el personal socorrista.¹³

Los damnificados y las víctimas son de todas las edades, clases socioeconómicas y grupos raciales o étnicos, ya que en las catástrofes afectan en forma indiscriminada a la población de la zona que sufre el impacto¹⁴. Es importante subrayar que por cada damnificado con daño físico como mínimo existirán dos o más allegados que pueden desarrollar diversas consecuencias en su salud mental.

La generalidad de las investigaciones afirma que, ante una catástrofe, solamente el 15 % de las personas no sufren ninguna consecuencia en su salud. Así, un 15 % de los damnificados presentan diferentes reacciones patológicas y el 70 % de ellos presentan ciertas alteraciones emocionales patológicas y pérdida de la iniciativa, aunque su actitud es aparentemente calmada.¹⁵

Factores de riesgo

Entre los múltiples factores de riesgo que hay que destacar: el tipo de evento traumático; la duración del suceso; el cambio de realidad y la probabilidad de recurrencia; el grado de pérdida e impacto en la comunidad; la inminencia del evento y el grado de exposición a la situación traumática; la existencia enfermedad mental previa, de traumas previos y de pérdidas no resueltas; el abuso de sustancias; el ser testigo de heridos graves, mutilación, cadáveres; el resultar herido o tener conocidos fallecidos o que hayan resultado gravemente heridos; los acontecimientos vitales estresantes concurrentes; la cantidad de recursos socioeconómicos que posea el individuo; la inestabilidad familiar y la pérdida de apoyo social; el significado asignado al desastre; el carácter, la cultura, la etnia y las creencias espirituales del individuo; y la personalidad, habilidades y los diferentes mecanismos de afrontamiento del individuo.¹⁶⁻¹⁷

Sintomatología

Dentro de la variada gama de síntomas que las personas pueden experimentar después de un desastre natural destacamos: Dificultades en la memoria y en la concentración, pensamientos y recuerdos

excesivamente recurrentes sobre seres queridos fallecidos o sobre la propia situación traumática, sueños o pesadillas recurrentes acerca de la situación, polémica con respecto a sus opiniones religiosas y espirituales, aturdimiento, desconexión, miedo o ansiedad al percibir sonidos que recuerdan al evento, anhedonia, labilidad emocional, sentimiento de ira, tristeza e irritabilidad, sentimientos de desaliento sobre el futuro, reclusión, excesiva defensa de uno mismo y de los seres cercanos, excesivo estado de alerta, problemas para dormir o mantener el sueño, reconstrucción de los eventos como intento por cambiar los efectos, evitación tanto de actividades como de áreas y personas que recuerdan la situación traumática, Evitación de pensamientos que recuerden el evento a través de excesivas diligencias para mantenerse ocupado.¹⁵

Ante estos eventos, los estudiosos del tema plantean que los afectados pueden desarrollar múltiples respuestas patológicas ante un desastre natural: trastorno de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, fobias, trastorno obsesivo compulsivo, depresión mayor, abuso de sustancias, violencia doméstica e incluso, el suicidio.^{9,15}

Las respuestas pueden transitar por diversas fases: desde la negación, ansiedad, intranquilidad, agresividad, depresión y negociación, hasta alcanzar la completa aceptación de la situación de desastre. Donde predominan los afrontamientos de características improcedentes como: pasividad, evasión, negación; en lugar de los esencialmente apropiados y eficaces de tipo: asimilación, colaboración, competencia.¹⁸

El acaecimiento de las adicciones al alcohol y las drogas se incrementan en estas comunidades, como una de las reacciones psicotraumáticas relacionadas con el desastre. Se encuentran igualmente en las poblaciones infanto-juveniles un ascenso de los problemas de aprendizaje en general. Los adultos pueden llegar a renunciar a su trabajo o en otros casos puede verse afectada su productividad.¹³

Algunas técnicas de abordaje psicosocial

Los estudios realizados demuestran internacionalmente que las Técnicas y procedimientos psicológicos con mayor efectividad resultan las de corte cognitivo-conductual, el entrenamiento en habilidades sociales, el asertividad, la relajación, el entrenamiento autógeno, la hipnosis y autohipnosis, la musicoterapia, entre otras.

En este tema, lo más importante a tener previsto con antelación, es la estructura de la Primera Ayuda Psicológica (PAP), por medio de la cual interactuamos e intervenimos con una persona-grupo-familia--institución-comunidad en crisis.¹³

Los objetivos de la primera ayuda psicológica son: ayudar a las personas a encontrar respuestas después de exponerse a una emergencia o desastre; proporcionar al individuo el conocimiento necesario para manejar mejor las reacciones esperadas, promover la salud y bienestar del voluntario o integrante de los equipos de primera respuesta; prevenir las reacciones de estrés trauma; ayudar a la persona después del desastre; restablecer el funcionamiento después de una reacción al estrés trauma.¹⁹⁻²¹

Existen diferentes tipos de intervenciones psicosociales ante situaciones de emergencia o desastre muy usadas y debatidas a nivel mundial, cada una de ellas se aplica en correspondencia con las características de cada individuo, comunidad o institución, entre ellas están:

1. Comunicación durante acciones de rescate o evacuación^{12,21-22}: Para que la persona accidentada o en peligro, muestre mayor confianza y empiece a tranquilizarse poco a poco, lo primero que se debe hacer es identificarnos, mostrando nuestra intención de ayudarles, referirse a la persona siempre por su nombre, así como mantener el contacto verbal para mantener su atención.

2. Comunicación después del rescate o evacuación^{12,21-22}: Al igual que en el momento del rescate, la identificación del profesional y el mantenimiento de una comunicación y actitud calmada son acciones imprescindibles en los momentos posteriores al rescate. Hay varias acciones que nunca hay que hacer ante una situación de este tipo: nunca hay que discutir con la persona afectada; nunca hay que intentar hacerla entrar en razón a través de la utilización de complejos consejos o explicaciones; nunca hay que culpar al afectado de su comportamiento, por muy imprudente que fuere; nunca hay que prohibir o silenciar su llanto o sus manifestaciones de dolor y sufrimiento; y nunca hay que generar culpabilidad o remordimiento.

3. La distracción atencional ante una situación traumática¹², los afectados pueden llegar a percibir sensaciones de irrealidad. Estas sensaciones pueden llevar a rumiaciones psicológicas persistentes de ideas irracionales que irrumpen los pensamientos de la persona damnificada de manera constante e involuntaria, pudiendo llegar a excederle emocionalmente su capacidad de asimilación de la realidad e, incluso, llevarlo al desmayo.

4. Debriefing o CISD (critical Incident Stress Debriefing):²³⁻²⁴ es una intervención breve que se realiza en los primeros días luego del evento traumático²⁵. La técnica conocida como Debriefing (Critical Incident Stress Debriefing), fue creada por Mitchell en 1983.^{22-23,25-27} Es una técnica grupal o individual, que ayuda a elaborar los acontecimientos y

experiencias vividas en la situación de emergencia o desastre.¹² Las revisiones realizadas demuestran que es una de las técnicas más aplicadas a los afectados en situaciones de desastres y emergencias.²²

5. Defusing o Desactivación:^{12,22,27} esta técnica está destinada principalmente a los equipos de primera respuesta y profesionales del ámbito social, con el fin de proporcionar información y apoyo y favorecer una pausa emocional. Es frecuente su aplicación al concluir cada día de intervención de los equipos de primera respuesta.²² Su esencia descansa en el saneamiento “emocional” inmediatamente que finaliza una intervención determinada en emergencia y en desastres.¹⁵

6. Desmovilización:^{12,22} esta técnica también se utiliza con los equipos de primera respuesta y profesionales del ámbito social, beneficiando la pausa emocional. Se suele aplicar al final de cada intervención general de los equipos de primera respuesta, con el objetivo de cerrar el trabajo emocional y de contención.²²

7. Informe manejo de crisis:¹² esta técnica de intervención se realiza en la población afectada para proporcionarles información del incidente. Su objetivo es controlar los múltiples rumores que se crean de la situación, así como promover las diferentes técnicas de manejo de estrés, concretando los recursos disponibles y trazando las metas para el restablecimiento de la vida normal de la comunidad.^{15,22}

8. Relajación: Existen disímiles técnicas de relajación para enfrentar el estrés. Aplicándose estas en correspondencia con las necesidades concretas de quien brinda el apoyo psicosocial y seleccionado la que posea una aplicación rápida y sencilla para realizar la mejor elección.^{15,22}

9. El método de desensibilización y reprocesamiento a través del Movimiento Ocular Rápido (EMDR): El modelo que sustenta la EMDR es complejo y contiene elementos de procedentes de distintos enfoques, por ejemplo: la psicología conductual, el procesamiento bioinformacional, la psicología cognitiva o humanista, los sistemas familiares o la psicodinámica. Es una técnica psicológica terapéutica utilizada para desensibilizar y reprocesar traumas psicológicos de una manera natural y rápida. El método fue creado y ha sido desarrollado desde 1987 por la doctora Francine Shapir.²⁸

10. La disociación estructural compleja de la personalidad.^{13,29} Este sugiere que los afectados en un evento traumático con trastornos complejos son caracterizados por una división de su personalidad en dos partes diferentes, prototípicas, cada una con su propia base psicobiológica. Con una o más partes “aparentemente normales”, los pacientes tienen una tendencia a interconectar sistemas de acción

preparados evolutivamente para que la adaptación a la vida diaria guíe sus acciones.

11. Las terapias anti-shock, anti-estrés y anti-estrés post-traumático, entre otras tanto del tipo psicoterapéutica como psicofarmacológica.

CONSIDERACIONES FINALES

Un efectivo abordaje psicosocial en los individuos o las comunidades en situaciones de desastres y emergencias, influye de manera positiva sobre las reacciones psíquicas de los afectados, ayuda a la eliminación de las consecuencias, resultando en arma favorecedora en el profesional interviniente que le permite tener conocimiento del control de la situación y de sus propias reacciones.

Los mecanismos de afrontamiento de los individuos y las comunidades en caso de desastres se vuelven insuficientes, al igual que la ayuda material por lo que sin una preparación mantenida e interrumpida en desastres las comunidades y todos los implicados en ello, nunca estarán lo suficientemente capacitados ni preparados para disminuir las consecuencias del "segundo desastre".

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruiz AL. Impacto de los desastres en la salud mental. Centro latinoamericano de Medicina de desastres (CLAMED); 2009. Disponible en: <http://files.sld.cu/desastres/files/2014/03/infodes-ago-sept-oct-2009-impacto-des-salud-mental.pdf>
2. Uribe HM. Psicología de la emergencia: Comportamiento humano antes, durante y después de emergencias [Internet]. Madrid; 2005. [Citado 8 jun 2016] disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/introduccion_psicologia_emergenciahmarin.pdf
3. Valero S. Primera Ayuda Psicológica. En: Rodríguez J, Davoli MZ, Pérez R Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres [Internet]. Washington: COPS/OMS; 2006 [Citado 8 jun 2016].p. Disponible en: https://www.google.com.cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjM1u_au83NAhXLqX4KHXfcA_wgQFggnMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fmental_health%2Fpaho_guia_practicade_salud_mental.pdf&usq=AFQjCNFJ0i1CbHYbCFUtMdlPRReFIO6r-WA&bvm=bv.125801520,d.dmo

4. Salud mental. En: Sistema Integrado de Urgencias Médicas [Internet]. La Habana; 2006. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/urgencia/6salud_mental.pdf
5. Gener JG, González YR. Propuesta de intervención educativa para aumentar los conocimientos sobre psicología aplicada a las emergencias en médicos matanceros. Conferencia presentada en el evento "Educación Médica para el siglo XXI" Facultad de Ciencias Médicas de Matanzas; 2014: [Citado 8 jun 2016]. Disponible en: <http://conferenciasiglo21.sld.cu/index.php/conferenciasiglo21/2014/paper/viewFile/111/177>
6. Desastres naturales causaron 50 000 muertos al año desde 1900. El Universo [Internet]. Ecuador; c2016. [Citado 8 jun 2016] disponible en: <http://www.eluniverso.com/noticias/2016/04/18/nota/5532930/desastres-naturales-causaron-50000-muertos-ano-1900>
7. Navarro MVR. Situaciones de desastres. Manual para la organización de la atención médica de urgencia [Tesis]. Cienfuegos: Hospital general universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima"; 2010. Disponible en: <http://tesis.repo.sld.cu/351/1/NavarroMachado-libro.pdf>
8. Espinosa OB. Los desastres naturales y la sociedad. Rev Méd Electron [Internet]. 2008; [Citado 10 jun 2016] 30(4):[aprox. 11 p.]. Disponible en <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol4%202008/tema10.htm>
9. Martínez Cernuda JA. Impacto de los desastres en la Salud mental [Tesis]. Oviedo: Facultad de Medicina Universidad de Oviedo; 2012. Disponible en http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/3987/3/TFM_CernudaMartinez.pdf
10. Varela JV, Bruno L, Roane MF, Arena MF. Trauma y neurosis traumática en el giro de los años 20. Memoria académica [Internet]. La plata: BIBHUMA; 2011 [Citado 10 jun 2016]. Disponible en http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1485/ev.1485.pdf
11. Medina M MV, Layne BB, Galeano H MP, Lozada CP. Lo psicosocial desde una perspectiva holística. Rev Tend Ret [Internet]. 2007 [Citado 12 jun 2016]; (12):177-189. disponible en <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tendencias/rev-co-tendencias-12-11.pdf>
12. Osorio Yepes CD, Facio LD VE. Modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastres por fenómeno natural. Rev Psicol Univ Antioquia [Internet]. 2012 [Citado 12 jun 2016]; 4(2): [aprox. 30 p.]. Disponible en:

- http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922012000200005
13. Ruiz Lorenzo A. Orientaciones para el adecuado manejo de los aspectos psicológicos y sociales en emergencias y desastres [Internet]. [citado 4 Jul 2016]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/orientaciones_para_el_adecuado_manejo_de_los_aspectos_psicologicos_y_sociales_en_emergencias_y_desastres.pdf
 14. Benyakar M. Salud mental y desastres. Nuevos desafíos. Rev Neurol Neurocir y Psiq [Internet]. 2002 [Citado 13 jun 2016]; 35(1):3-25 disponible en http://www.campusvirtual.unt.edu.ar/file.php?file=%2F1367%2FSalud_Mental_y_Desastres_benyakar_2_.pdf
 15. Pérez Tejada J. Debriefing: Intervención psicosocial en situaciones de emergencia. 2013 [Internet]. Disponible en: <http://docplayer.es/12219401-Debriefing-intervencion-psicosocial-en-situaciones-de-emergencia.html>
 16. Apoyo psicosocial en emergencias y desastres. Psicosocial & Emergencias [Internet]. España: Cardona DMA; c2006-16 [Actualizado 21 mar 2013; citado 13 Jun 2016]. Disponible en: <http://www.psicosocialyemergencias.com/apoyo-psicosocial-en-emergencias-y-desastres/>
 17. Camacho C, Rodríguez R, Arnez O. Impacto psicosocial en situaciones de desastres y emergencia. En: Salud mental y desastres: intervención en crisis. Pautas para equipos de respuestas. 1ªed [Internet]. Bolivia: OPS/OMS; 2007 [Citado 13 jun 2016]. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nde28704.pdf>
 18. Lorenzo AL. Aspectos psicológicos asociados a las situaciones de emergencia y desastres. En: García V MM, González D JA. Psicología y Practica Profesional de enfermería [Internet]. La Habana: ECIMED; 2010 [Citado 15 jun 2016]. Disponible en: http://gsdl.bvs.sld.cu/greenstone/PDFs/Coleccion_Enfermeria/psicologia_enfermeria/psicolog_pract_prof.pdf
 19. Chávez S. Crisis estrés y Trauma en emergencias y desastres. Intervención en crisis [Internet]. Disponible en: <http://abordajeenemergenciasydesastres.blogspot.com/>
 20. Ommeren MV, Snider L, Schafer A. Comprender la primera ayuda psicológica (PAP). En: Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo [Internet]. Suiza: OMS; 2012 [Citado 18 jun 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44837/1/9789243548203_spa.pdf
 21. Valdés OV, Lavigne MLI, Ruiz AL, Pérez Contreras JB, Sosa VA, Lorenzo Amador EL, et al. La atención psicológica en situaciones de

- desastres. En: Educación para el desarrollo sostenible, prevención de desastres y protección de la salud mental en escuelas y comunidades [Internet]. La Habana: Educación Cubana; 2012 [Citado 18 jun 2016]. Disponible en http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Havana/pdf/Libro_Educacion_todo2.pdf
22. Balojan I, Chia E, Cornejo C, Paverini C. Estrategias y técnicas de intervención. En: Intervención psicosocial en situaciones de emergencia y desastres: guía para el primer apoyo psicológico [Internet]. Chile: Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior (ONEMI); 2007 [Citado 18 jun 2016]. Disponible en: http://diversidad.murciaeduca.es/orientamur2/gestion/documentos/2-intervencion_psicosocial.pdf
23. Ehrenreich JH. Técnicas de intervención psicosocial. En: Enfrentando el desastre. Una guía para la atención psicosocial [Internet]. New York: SUNY; 1999. [Citado 20 Jun 2016]. p.45-62. Disponible en: <http://www.mobbing.nu/Enfrentandoeldesastre.pdf>
24. Mitchell JT. Critical Incident Stress Debriefing (CISD). En: Trauma [Internet]. Maryland. [Citado 25 Jun 2016]. p.1-10. Disponible en <http://www.info-trauma.org/flash/mediaf/mitchellCriticalIncidentStressDebriefing.pdf>
25. Escudero Santacruz JM. Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático). Rev Colomb Psiq [Internet]. 2008 [Citado 30 Jun 2016] 37(supp1):[aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a16.pdf>
26. Jular AG, El Critical Incident Stress Debriefing. En: Critical Incident Stress Debriefing [Internet]. Universitat de les Illes Balears; 2014 [Citado 30 Jun 2016]. p.10-15 disponible en: <http://repositori.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/842/Garcia-Guas%20Jular%20Aurora.pdf?sequence=1>
27. Sánchez AM, Sanguino A, Espinosa R, Crocq L, Lahad M, Intervención psicológica con intrervinientes en emergencias. En: Guía didáctica de intervención psicológica en catástrofes [Internet]. España. [Citado 30 Jun 2016]. p.1-15 Disponible en http://www.proteccioncivil.es/catalogo/carpeta02/carpeta25/guiadidac_ipc/data/pdfs/unidad_didactica_07.pdf
28. Navas Torrejano DS. Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular (EMDR): una terapéutica para el estrés postraumático. Rev Cienc Bioméd [Internet]. 2011 [Citado 30 Jun 2016]; 2(1):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://www.revista.spotmediav.com/pdf/2-1/23_emdr.pdf
29. Steele K, Der Hart OV, Ninjenhuis ERS. Tratamiento secuenciado en fases de la disociación estructural en la traumatización compleja:

superar las fobias relacionadas con el trauma. J Trauma Disoc [Internet]. 2005 [Citado 30 Jun 2016]; 6(3): [aprox. 40 p.]. Disponible en: http://www.onnovdhart.nl/articles/tratamiento_secuenciado.pdf

Recibido: 22 de junio de 2016

Aprobado: 4 de julio de 2016

Lic. Rene Prieto Maceo. Licenciado en Derecho. Diplomante en Asistencia y Atención Inicial de Salud en Situaciones de Emergencias y Desastres. Instructor. Facultad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba.

Email: rprietom@infomed.sld.cu