

AFECCIONES PSICOLÓGICAS EN PERSONAL DE PRIMERA RESPUESTA: ¿TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO O ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO? *

PSYCHOLOGICAL CONCERNS IN FIRST RESPONDERS: POST TRAUMATIC STRESS DISORDER OR SECONDARY TRAUMATIC STRESS?

Recibido: 12 de mayo de 2017 | Aceptado: 8 de octubre de 2017

Alexis Lorenzo **Ruiz**¹, Esther Araceli **Guerrero** Angeles²

¹Facultad de Psicología, Universidad de la Habana, Cuba; ²Facultad de Psicología, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México

RESUMEN

Este trabajo pretende hacer una revisión narrativa de las afectaciones psicológicas en el personal de primera respuesta, quienes están constantemente expuestos a situaciones estresantes y psicotraumatizantes como parte de su profesión, al verse involucrados en la atención de víctimas en emergencias y desastres. Se considera que es normal la aparición de algunas de estas afectaciones durante y después de ocurrida la situación, como parte de la elaboración del trauma. Sin embargo, si las reacciones cognitivas, conductuales, afectivas y fisiológicas persisten por más tiempo de lo que se esperaría, interfiriendo en su vida familiar, social y laboral, disminuyendo paulatinamente su calidad de vida, podríamos pensar en el desarrollo de otros síndromes y trastornos; siendo el síndrome de estrés traumático secundario y el trastorno por estrés posttraumático los más comunes. Con el conocimiento de estas afectaciones se pretende en primer lugar favorecer el apoyo psicológico brindado al personal de primera respuesta antes, durante y después de las emergencias y desastres. En segundo lugar, proponemos colaborar en el desarrollo de la investigación en el campo de la Psicología en Emergencias y Desastres. La revisión del tema conduce a una comprensión del qué y cómo acontece con el ser humano -en tales circunstancias- con vistas a poder ofrecer valoraciones de los posibles impactos y repercusiones psicológicas y sociales, que facilitará diseñar programas de acompañamiento, psicoeducación u otros en esta área.

PALABRAS CLAVE: Emergencias y desastres, estrés posttraumático, estrés traumático secundario, personal de primera respuesta.

ABSTRACT

This paper presents a narrative literature review of the psychological affectations in the first responders, who are constantly exposed to stressful situations and psychological-traumatizing experiences as part of their profession by being involved in the care of victims in emergencies and disasters. It is considered that the occurrence of some of these effects during and after the situation is normal, as part of the elaboration of the trauma. However, if cognitive, behavioral, affective and physiological reactions persist for longer than would be expected, interfering in the family, social and work life, gradually decreasing their quality of life, we could think of the development of other syndromes and disorders; with secondary traumatic stress syndrome and posttraumatic stress disorder being the most common. With the knowledge of these affectations we first privilege psychological support provided to first responders before, during, and after emergencies and disasters; Second, we propose collaborations in the development of psychological research in the field of Emergencies and Disasters. The revision of the theme leads to an understanding of what and how human beings respond - in such circumstances - with the expectation of being able to offer assessments of the possible psychological and social impacts and repercussions, which will facilitate the design programs that accompany, support, offer psychoeducation, etc. in this area.

KEYWORDS: Emergencies and disasters, first responders, posttraumatic stress, secondary traumatic stress.

* Para comunicarse con los autores principales, puede dirigirse a los siguientes correos: alexis.lorenzo@psico.uh.cu / psic.eaguerrero@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Todo comportamiento humano en emergencias y desastres es normal. Sin embargo, corresponde a la psicología junto a otras disciplinas, ofrecer un análisis basado en evidencias científicas al respecto. Acorde a la experiencia de los autores y lecciones aprendidas descritas en la bibliografía, en este trabajo se profundiza en qué y cómo acontece con el ser humano en tales circunstancias; con vistas a poder ofrecer valoraciones de los posibles impactos y repercusiones psicológicas y sociales. En este sentido, se va a ofrecer un análisis de las diversas consideraciones referente al tema, con énfasis en los aspectos específicos del estrés post-traumático y el estrés traumático secundario. Dado la tendencia a considerarlos en igual o contrarias direcciones sin suficientes evidencias al respecto.

Cuando escuchamos acerca de un desastre o una emergencia podemos percatarnos de la crisis por la que están pasando las personas que han sufrido el evento; la gravedad y el tipo de lesiones que tienen, el número de fallecidos, quiénes han resultado damnificados o desaparecidos, las pérdidas materiales y económicas, tanto personales como del Estado. En cualquiera de estas situaciones, es normal la aparición de diferentes alteraciones en la salud mental, desencadenando incluso manifestaciones estresogénicas y hasta psicotraumatizantes (Lorenzo, Martínez, Ventura y Mesa, 2008).

La Psicología en Emergencias y Desastres, ha ido ganando terreno como una disciplina científica en estos espacios, cuyo quehacer psicológico irá en busca de la recopilación, análisis y divulgación de los factores de riesgo y manejo de los aspectos psicosociales en desastres y emergencias. Dada la necesidad de incrementar y perfeccionar los conocimientos, hábitos, habilidades e información sobre estas problemáticas en las comunidades, atajando la investigación de los grupos vulnerables y

en riesgo, para así llegar a brindar una mejor atención (Lorenzo, 2006).

Con el desarrollo de la disciplina, se sabe que el impacto en la salud mental tiene lugar no sólo entre aquellos que sufren pérdidas de manera directa, sino incluso entre los que participan en las labores de auxilio (Ventura, 2011). El personal de primera respuesta en emergencias y desastres (entiéndase paramédicos, bomberos, protección civil, militares, policías, médicos, enfermeros y psicólogos) está expuesto a condiciones especiales de trabajo donde presencian muertes masivas, heridas graves en personas y animales, cuadros de desesperación y excesivo sufrimiento humano, situaciones que amenazan su propia integridad física. Estas condiciones ponen a prueba la resistencia, el coraje y las capacidades que tienen para cumplir su labor (Ventura, Reyes, Moreno, Torres y Gil, 2008).

El objetivo del presente trabajo es hacer una revisión narrativa de las afectaciones psicológicas que se desencadenan en el personal de primera respuesta, cuya labor los lleva a involucrarse directamente en la atención en emergencias y desastres. La existencia de un marco referencial de las afectaciones psicológicas relacionadas con el personal de primera respuesta, nos dará partida a tomar acciones para el apoyo psicológico antes, durante y después de los eventos estresantes y psicotraumatizantes, por medio de la prevención, promoción, preparación y capacitación en estos.

Comprensión psicosocial del comportamiento humano en emergencias y desastres

Se han llevado a cabo numerosas investigaciones alrededor de las afectaciones psicológicas en las víctimas directas de las emergencias y desastres (American Psychological Association, 2016, 2017; Kenardy et al., 2006; Mandal, 2010; Richmond et al., 2010; Sören y Kröge, 2013; Tareen et al., 2007), pero hasta hace pocos

años se ha dirigido la atención al personal de primera respuesta y su implicación emocional y psicológica en los eventos que socorren (Castillejo y Osca, 2012; Condori et al., 2002; Ehrenreich, 2006; Lorenzo, 2006; Lorenzo, et al., 2008, 2015; Ruiz, 2015; Santini y López, 1997; Valero, 2002, 2003; Ventura, 2011; WHO, 2005). Por lo que también, se ha considerado un tema bastante nuevo en la formación de urgencias médicas y salvamento que reciben.

Como muestra la literatura científica el trabajo que realiza el personal de primera respuesta, implica que estén constantemente expuestos a experiencias de muerte (enfermedad, accidente, homicidio, suicidio), así como a heridas y enfermedades desde las más simples hasta las más graves (amputaciones, atropellamientos, aplastamientos, quemados, heridas de bala) en niños, jóvenes, adultos y adultos mayores, hombres y mujeres, incluso en animales domésticos o salvajes. Asimismo, presencian cuadros de desesperación y excesivo sufrimiento humano, desde los accidentes que involucran un número pequeño de víctimas, hasta desastres y catástrofes con grandes pérdidas humanas y materiales; y cuyas condiciones del evento pueden estar amenazando su propia integridad física y la de sus compañeros; así como llevar a la falla en la misión (Castillejo y Osca, 2012; Condori, et al., 2002; Ehrenreich, 2006; Lorenzo, 2006; Lorenzo, et al., 2008, 2015; Ruiz, 2015).

Algunas de estas experiencias, sino es que todas, pueden ser consideradas traumáticas para cualquier persona. No obstante, son situaciones que el personal de primera respuesta enfrenta como parte de su labor diaria, produciendo en ellos una serie de reacciones cognitivas, conductuales, emocionales y físicas que potencialmente pueden interferir en su capacidad de respuesta ante el evento, así como en su reincorporación a la vida laboral, familiar y social cotidiana (Ventura et al., 2008). Las reacciones que suelen presentar a nivel

cognitivo son: pensamientos intrusivos, hipervigilancia, confusión, dificultad de concentración, pesadillas y trastornos del sueño, ideas fijas y sobrevaloradas del peligro y la soledad, recuerdo de imágenes y olores desagradables asociados al evento, preocupación excesiva por la familia, desesperanza y cambio en la escala de valores. A nivel conductual: evitar lugares específicos, retraimiento y menor participación social, desmotivación, desinterés y apatía en las actividades diarias, aumento del consumo de tabaco y otras sustancias, apego o desapego familiar marcado, necesidad impetuosa de seguir trabajando, deseos de volver a intervenir en el evento, incapacidad de descansar e incluso negarse a hacerlo, habla acelerada y necesidad de platicar una y otra vez sobre lo ocurrido o negarse a hacerlo. Mientras, a nivel afectivo: miedo, ansiedad, intranquilidad, irritabilidad, ira, sentimiento de incompreensión, tristeza, melancolía, llanto, estados depresivos moderados, sentimiento de minusvalía, culpa, soledad, insensibilidad, labilidad afectiva y reacciones patológicas de duelo. A nivel fisiológico: náusea, fatiga, escalofrío, mareo, dolor de cabeza, migraña, taquicardia, cefalea, gastritis y trastornos digestivos, falta de apetito, dolor corporal y quejas psicósomáticas (American Psychological Association, 2016, 2017; Guerra, et.al., 2013; Mandal, 2010; Reis, et al., 2016, 2016a; Richmond, et al, 2010; Sören y Kröge, 2013).

De lo expuesto anteriormente, resulta importante destacar que es normal la aparición de algunas de estas reacciones durante o después de que ocurre una situación de emergencia o desastre, y se consideran parte del proceso de elaboración del trauma, duran unos días o pocas semanas, pero si persisten por más tiempo de lo que se esperaría es necesaria la intervención profesional pues se estaría hablando de un estado crónico (Fernández, 2005). No todo el personal de primera respuesta, se ve afectado de la misma manera ante las situaciones que enfrenta

como parte de su labor. El impacto emocional y las manifestaciones de los efectos van a depender principalmente de los recursos personales que posea cada uno, incluyendo el repertorio de respuestas aprendidas y si le ha resultado positivo o negativo en situaciones anteriores (Bellak, 1993). Asimismo, la significación que se le otorgue al evento podría explicar los efectos que la experiencia tiene en cada persona (Echeburúa, Corral y Amor, 2000), pues estaría relacionada a las experiencias antiguas o recientes, a la ausencia o presencia de un sistema de apoyo social y psicológico, así como a la preparación que posean para enfrentar la emergencia o el desastre (Castillejo y Osca, 2012; Meda et al., 2012; Ventura et al., 2008).

Del mismo modo, se deben tomar en cuenta otros factores relacionados con el evento como: el tipo e intensidad de la emergencia o desastre, la dimensión de la destrucción, el tipo y número de fallecidos y heridos, la duración y rapidez con la que ocurrieron los hechos, el conocimiento previo del peligro latente y la exposición prolongada a la emergencia o desastre y a sus consecuencias. Igualmente, los factores relacionados con la institución de trabajo, como la mala selección del personal, la preparación técnica, la demanda laboral excesiva y los recursos materiales que se brindan (Castillejo y Osca, 2012; Ventura et al., 2008). Estos factores ponen en riesgo al personal de primera respuesta de sufrir afectaciones psicológicas como parte de su labor. A la larga, tienen un impacto negativo tanto en el ámbito laboral, como en el ámbito familiar y social, pues disminuye su calidad de vida en todos los aspectos.

Es numerosa la literatura que aborda diferentes afectaciones, síndromes y trastornos asociados al personal de primera respuesta (Castillejo y Osca, 2012, Condori, et al., 2002; Ehrenreich, 2006; Lorenzo, 2006; Lorenzo, et al., 2008, 2015; Ruiz, 2015); siendo el trastorno por estrés postraumático y el síndrome de estrés

traumático secundario los más comunes entre el trastorno de estrés agudo, el trastorno depresivo mayor, el consumo de sustancias, el estrés laboral y quemazón, entre otros. Sin embargo, no se distingue claramente la línea que separa el desarrollo del trastorno al desarrollo del síndrome, particularmente en el personal de primera respuesta. Es por tanto, que el presente trabajo tiene como objeto describir las diferencias y similitudes entre ambos, para posteriormente analizar su ocurrencia y manifestación en el personal de primera respuesta.

Trastorno por Estrés Postraumático

En su uso popular se entiende la palabra “trastornar” como invertir el orden regular de una cosa o sacar del estado normal a un cuerpo o situación. Su uso en psicología será para referirse a alteraciones del sentido, la conciencia o la conducta; cuyas alteraciones se ubican entre la normalidad y la patología. En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el trastorno mental se define como un síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad (American Psychological Association, 2013). Éste no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular, dentro de la norma socialmente establecida. Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica que llegue a la patología. Por su parte, el estrés es entendido como un:

Conjunto de procesos y respuestas neuroendócrinas, inmunológicas, emocionales y conductuales ante situaciones que significan una demanda de adaptación mayor que lo habitual para el organismo, y/o son percibidas por el individuo como

amenaza o peligro, ya sea para su integridad biológica o psicológica. La amenaza puede ser objetiva o subjetiva; aguda o crónica. En el caso de estrés psicológico lo crucial es el componente cognoscitivo de la apreciación que el sujeto hace de la situación. Se produce estrés cuando existe una discrepancia importante entre las capacidades del individuo y las demandas o exigencias de su medio ambiente.” (Trucco, 2002, p. 8).

En donde la apreciación que el sujeto hace de la situación es el principal factor. Es decir, cuando la discrepancia que existe entre las expectativas que la persona tiene y lo que su realidad ofrece es significativa (Echeburúa *et al.*, 2000).

Por último, en su uso popular, pero referente a lo psicológico, se entiende al trauma como un choque emocional que produce un daño duradero en el inconsciente, una emoción o impresión negativa, fuerte y duradera. En su uso más técnico, será definido como un suceso que se origina de forma sorpresiva, inexplicable y brutal, que repentinamente conduce a una amenaza para la integridad propia o de terceros, el suceso se encuentra fuera de las experiencias cotidianas del sujeto y sobre el cual no se puede ejercer ningún control (Abbene, 2009). Así, postraumático será aquello que ocurra después y a consecuencia del evento traumático.

Reuniendo estas tres concepciones, se entenderá como trastorno por estrés postraumático a la alteración del sentido, la conciencia o la conducta tras un evento repentino que amenaza el bienestar o la vida del individuo. El individuo no pudo hacer una adaptación satisfactoria de la experiencia, pues ésta rebasa sus expectativas; lo que lo lleva a tener una disfunción comportamental, psicológica o biológica, con la posibilidad de que recupere su estado inicial o que las modificaciones sean permanentes en él.

En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, se define como un síndrome que sobreviene después de que una persona presencia o experimenta un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, o escucha sobre éste (American Psychological Association, 2013). Sin embargo, el acontecimiento no tiene que encontrarse necesariamente fuera del marco habitual de la experiencia humana. La respuesta de la persona a este acontecimiento debe incluir temor, desesperanza y horrores intensos.

Los tres aspectos nucleares del cuadro clínico son: 1) la reexperimentación del suceso traumático, que se presenta en forma de pesadillas, de imágenes y/o de recuerdos (emocionales y físicos) constantes e involuntarios; 2) la evitación conductual y cognoscitiva de los lugares o situaciones asociados al hecho traumático, así como reacciones de miedo, indefensión y desapego; y 3) un estado de hiperactivación (hiperexcitación), que afecta la capacidad de respuesta, se presentan dificultades de concentración, irritabilidad, ira y problemas para conciliar el sueño, puede presentar conductas de hipervigilancia (Abbene, 2009; American Psychological Association, 2016, 2017; Echeburúa *et al.*, 2000; Verduzco y Tovar, 2012). Para poder establecer un diagnóstico para el trastorno de estrés post-traumático, debe de cumplir con el criterio de temporalidad por más de un mes el cuadro sintomático completo, en el cual existe un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o en áreas importantes en la vida de la persona (American Psychological Association, 2013).

En este sentido, para que se pueda diagnosticar un cuadro de Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT-PTSD por sus siglas en inglés), cuyo código en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, corresponde al F43.10 [309.81], los síntomas necesarios para establecer el diagnóstico no se acumularon sino hasta por lo menos seis

meses después del evento (Morrison, 2014). Esto indica “la existencia de sentimientos de desprendimiento, como si se tratara de un sueño, del paciente respecto de su mente o cuerpo. Para el paciente, el medio circundante parece distante, distorsionado, se asemeja a un sueño, o irreal” (Morrison, 2014, p. 220).

Resulta interesante destacar, en pos del análisis que se realiza en el presente artículo, que después de cierto periodo (los síntomas no suelen desarrollarse de inmediato tras el trauma), el individuo de alguna manera vuelve a evocar el evento traumático y trata de evitar pensar en él. También, hay síntomas de hiperactivación fisiológica, como exageración de la respuesta de sobresalto. Los pacientes con TEPT, también expresan sentimientos negativos, como culpa o responsabilidad personal (“Yo debería haberlo evitado”). Además del evento traumático mismo, otros factores pudieran participar en el desarrollo del TEPT. Entre los factores individuales, se encuentran la estructura de carácter innata de la persona y la herencia genética. El nivel bajo de inteligencia y la preparación educativa escasa muestran una asociación positiva con el TEPT. Entre los factores ambientales están el estado socioeconómico bajo y la pertenencia a un grupo minoritario racial o étnico (Morrison, 2014, p. 219).

En cuanto a la prevalencia de TEPT en la población mundial, de 1 a 4 % reporta haberlo presentado alguna vez en la vida (Kessler et al, 1995). Varía según factores como el tipo de evento estresante, la edad o el sexo (Cohen, 1998; Helzer et al, 1987; Pérez-Olmos, et al, 2005). En un estudio longitudinal, desarrollado durante el seguimiento de los afectados por los atentados del 11-M (en Madrid, España) desde el Dispositivo de Atención Psicológica del SUMMA (Servicio de Urgencias Médicas de Madrid), el 33% de los encuestados presentó durante el seguimiento síntomas del Trastorno de estrés postraumático (TPET), siendo el 66% víctimas (Hillers y

Rey, 2006). Mientras que otros estudios, plantean como a lo largo de la vida fue establecida la frecuencia de TEPT de 4.4% (2.5% para hombres y 6.2% para mujeres) (Pérez- Benítez, et al., 2009). En tanto, en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales plantea de 1% - 14% en la comunidad global y del 3% - 58% de prevalencia del trastorno por estrés postraumático en personas que se encuentran en situaciones de riesgo, poniendo como ejemplo a veteranos de guerra, víctimas de erupciones volcánicas o atentados terroristas (American Psychological Association, 2013).

Puede encontrarse en el 12-30% de las personas que cumplen los criterios para el TEPT y puede ser marcado por un patrón único de activación del cerebro en respuesta a las señales de trauma (hipoarosa / emocionalmente sobre-modulada (disociativa) y hiperexcitado / emocional submodulado PTSD (Miller, Wolf y Keane, 2014). Sin embargo, en cuanto a la duración de los síntomas, indica que la mitad de los casos suele recuperarse completamente en los primeros tres meses posteriores al acontecimiento traumático. (American Psychological Association, 2013; Reis, et.al, 2016, 2016a; Ventura, 2011). Aún existe controversia considerable respecto del especificador con expresión tardía. Expertos niegan que los síntomas del TEPT puedan comenzar muchos meses o años después del trauma (Morrison, 2014, p. 223).

Síndrome de Estrés Traumático Secundario

El Estrés Traumático Secundario (ETS-Secondary Traumatic Stress -STS), se define en la literatura del tema como aquellas emociones y conductas resultantes de enterarse de un evento traumático experimentado por otro, acompañado por un fuerte deseo de aliviar el sufrimiento o resolver sus causas (Figley, 1995; Meda, et al, 2012, Moreno, et al, 2004). El impacto de los sucesos traumáticos que otros sufren puede producir profundas alteraciones a nivel cognitivo, conductual, afectivo y físico,

irrumpiendo con el desarrollo normal de la vida en la persona que presencia el sufrimiento ajeno. La persona que padece el síndrome de estrés traumático secundario también sufre los tres aspectos nucleares descritos para valorar el cuadro clínico del trastorno por estrés postraumático: 1) la re-experimentación del suceso traumático, 2) la evitación y el embotamiento, y 3) un estado de hiperactivación e hipervigilancia (Meda et al., 2012).

Hay datos que indican mayor prevalencia del síndrome de estrés traumático secundario en los profesionales del sector de salud, pudiendo ser incluso característico de algunas de estas profesiones. Esto debido a que los profesionales que trabajan con víctimas de traumas emplean la empatía para comprender el proceso traumático por el que pasa la persona, para valorar la magnitud del problema; así como para llevar a cabo un tratamiento adecuado. Sin embargo, debido a esta habilidad emocional llegan a presentar una sintomatología similar a la de la víctima (Moreno et al., 2004). Por ello, se considera la empatía como un factor principal en el desarrollo de este síndrome.

En un estudio realizado en Sudáfrica, los resultados indican que los trabajadores de trauma, en cierta medida, experimentan síntomas de ETS. Además, se encontró que la exposición previa al material traumático (en la vida personal de los consejeros), el nivel de empatía y el nivel de apoyo social percibido tienen una relación significativa con la ETS. No se encontró que el apoyo social tuviera un efecto moderador, pero la empatía surgió como un moderador consistente entre la exposición previa de los traumatizados al material traumático y STS (MacRitchie y Leibowitz, 2010).

El estrés traumático secundario está íntimamente relacionado al estrés laboral y al desgaste profesional. Para que exista un bienestar laboral, debe haber un equilibrio entre expectativas e ideales profesionales de la persona, y lo que desempeña en la

realidad, el cual se verá reflejado en sus propias valoraciones cognitivas y el reconocimiento social (Oramas, Almirall y Fernández, 2007).

En relación con el género, existen estudios que revelan que el agotamiento emocional es más característico de las féminas, la despersonalización y la falta de realización profesional en comparación con los hombres (Moreno et al., 2000). Según Oramas, et al., (2007), para la mujer docente, las diferencias se encuentran sólo en el componente de la despersonalización, el cual en efecto muestra un comportamiento diferente para ambos grupos. La profesión docente tiene un marcado determinismo de género, se identifica con el cuidado y protección, propios del rol femenino.

En el estrés laboral existe un importante desequilibrio entre la demanda profesional y la capacidad de respuesta de la persona para satisfacer dicha demanda. El fracaso tiene importantes consecuencias percibidas; y el desgaste profesional será la respuesta a este estrés laboral crónico, donde la persona se encuentra emocionalmente agotada, desarrolla actitudes y sentimientos negativos hacia su trabajo y hacia las personas con las que trabaja (despersonalización), y aparece una devaluación profesional hacia sí mismo, una falta de eficacia percibida (Lorenzo, et al., 2015; Maslach y Jackson, 1986; Moreno et al., 2000, 2004; Oramas, et al; 2007).

El desgaste profesional se asocia, por lo tanto, a la disminución de la calidad del trabajo, a la reducción del compromiso laboral y de la satisfacción con la carrera profesional, y a problemas de salud relacionados con el estrés. De esta manera, se reconoce al desgaste emocional como otro de los factores principales del síndrome de estrés traumático secundario, que a su vez depende de las variables organizacionales. También, deben tomarse en cuenta los factores personalógicos de los trabajadores. Dentro de éstos, se considera el humor como una variable inversamente

relacionada con la sintomatología traumática, es decir, que a mayor presencia del humor en la labor será menor el impacto traumático (Lorenzo et al., 2015; Moreno, et al., 2000; Oramas, et al., 2007).

Algunos sinónimos del Síndrome de Estrés Traumático Secundario (SETS), que se encuentran en la literatura son “tensión traumática secundaria”, “traumatización secundaria”, “traumatización vicaria”, “sobreviviente secundario”, “contagio emocional”, “persecución secundaria” y “fatiga por compasión”. Su estudio teórico y empírico es escaso todavía, más sin embargo, va adquiriendo relevancia en los últimos años como categoría clínica (Meda et al., 2012).

Afectaciones psicológicas en el personal de primera respuesta

Una vez que se ha profundizado en la sintomatología y cuadro clínico de ambos padecimientos posteriores a un suceso traumático, resulta evidente que el personal de primera respuesta es vulnerable a sufrir algunas de estas afectaciones psicológicas como consecuencia de su labor diaria. El personal de primera respuesta está constantemente expuesto a acontecimientos estresantes y extremadamente traumáticos. Éstos se ven envueltos en hechos que representan un peligro real para su vida o que amenazan su integridad física, son testigos de acontecimientos donde se producen muertes inesperadas o violentas, heridas graves, daño serio o peligro de muerte, por los escenarios en los que laboran. Sin embargo, también se ven íntimamente involucrados en la atención de víctimas que han sufrido acontecimientos estresantes y extremadamente traumáticos, a veces con el sentimiento de no poder hacer nada o muy poco, aunado a la situación de emergencia y a la toma de decisiones inmediatas. Todo lo anterior provoca principalmente afectaciones psicológicas en ellos.

En diversos estudios teóricos y empíricos, se sitúa al estrés postraumático como el trastorno más frecuente entre el personal de primera respuesta (Castillejo y Osca, 2012; Ehrenreich, 2006; Hillers y Rey, 2006; Tello, 2011; Ventura, 2011; Ventura et al., 2008; WHO, 2005). Según los criterios planteados por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales para el estrés postraumático, se consideran los niveles de afectación cognitiva, conductual, afectiva y física, el deterioro significativo en el ámbito laboral, familiar, social y de importancia para el sujeto, y su persistencia por más de un mes (American Psychological Association, 2013; Mandal, 2013; Morrison, 2014).

Por otro lado, el SETS comparte aspectos del cuadro clínico con el trastorno por Estrés Post Traumático (EPT). Sin embargo, posee características distintivas que intervienen en la labor del personal de primera respuesta y en los profesionales de la salud. Se ha comprobado que quienes trabajan recurrentemente con víctimas de sucesos traumáticos, o en general con el sufrimiento ajeno, son más vulnerables al estrés traumático secundario y el riesgo a padecerlo aumenta si tales trabajadores han experimentado en carne propia algún tipo de evento estresante o traumático (Follete, Polusny y Milbeck, 1994; Hillers y Rey, 2006; Kassam-Adams, 1995; Moreno et al., 2004; Pearlman y Maclan, 2005).

Por tales razones, se discute el entrenamiento de la salud mental a trabajadores cuyo trabajo básico es con clientes que han sido seriamente afectados por conflictos armados y / o desastres mediante el uso de "ayudar a través de hablar", y que han tenido poca educación que sea relevante para este trabajo. Dado que las características de estos trabajadores, sus necesidades de aprendizaje, los mensajes sobre sus necesidades de formación y las características de los contenidos potenciales de un diseño hecho a la medida, son orientados para que participen de programas (Van der Veer y

Francis, 2011, p. 145). Lo anterior, conlleva a diseñar programas de los más diversos tipos para acompañarles posteriormente a la actuación en este tipo de situaciones críticas y extremas (Hillers y Rey, 2006; Lorenzo, 2006; Lorenzo et al., 2008, 2015; Ruiz Muñoz, 2015; y Kröge, 2013; Valero, 2002, 2003; Ventura, 2011). Esto último, quizá se deba a la habilidad empática de reconocer el sufrimiento del otro como algo que ha sido experimentado en otro momento de la vida del profesional y a la significación que tuvo dicha situación en particular.

Lo que es un hecho, es que el personal de primera respuesta está íntimamente relacionado a sucesos traumáticos como parte de su trabajo, con los cuales puede experimentar reacciones de estrés si la situación rebasa sus expectativas y su capacidad de respuesta no le resulta suficiente para enfrentarla y/o solucionarla. Así, la línea que separa el desarrollo del trastorno al desarrollo del síndrome, depende de cómo se haya adquirido el trauma: 1) Si fue porque presencié la situación extremadamente traumática y estresante, vivenciando un peligro real para su vida o la de otros (directamente) o, 2) Si fue a consecuencia de una situación empática con la persona que ha vivenciado la situación, involucrándose emocional y sentimentalmente con el sufrimiento de dicha persona (indirectamente), por lo que se diferencia a ambos tipos de estrés como “el de la víctima” y “el del cuidador” (Figley, 1995; Moreno et al., 2000, 2004).

Para el ejercicio de la intervención psicológica con el personal de primera respuesta es importante, por supuesto, conocer el tipo de alteración en la salud mental que se ha desencadenado a partir de las emergencias y desastres que atienden. Sin embargo, se convierte en una prioridad determinar el grado de preparación psicológica previa de este personal, a fin de minimizar y prevenir la aparición a futuro de síndromes y trastornos relacionados con su profesión (Amaro, et al., 2017; Hillers y Rey,

2006; Lorenzo, 2006; Sánchez Gil, 2012, 2014), criterios que pueden también servir de base para aminorar y pronosticar las modificaciones en la percepción de los riesgos asociados a la ocurrencia de este tipo de situaciones críticas (Pell del Río, et al., 2017). Tendencia detectada, inclusive entre grupos de estudiantes de Licenciatura en Psicología (Díaz y Lorenzo, 2016) y de la Medicina (Rolo, et al., 2014). La meta a futuro de la Psicología en Emergencias y Desastres, será la de diseñar estrategias que se conviertan en programas especializados de acompañamiento psicosocial, psicoeducación u otras modalidades que establezcan un lazo entre la investigación del síndrome de estrés traumático secundario y la investigación del trastorno por estrés postraumático. Es importante que esta meta permita desarrollar mayor número de evidencias científicas en torno a los indicadores biopsicosociales relacionados con la labor del personal de primera respuesta; ya que por la peculiaridad de su profesión, constantemente estarán insertos en situaciones que resulten estresantes y psicotraumáticas (Hillers y Rey, 2006; Lorenzo, 2000, 2006; Saenz, et al., 2001; Sánchez Gil, 2012, 2015). Sin embargo, para que este tipo de actividad desde la psicología como ciencia y profesión, no se quede a nivel individual o del voluntariado, exige estar avaladas en investigaciones basadas en evidencias científicas, y refrendado en el marco legal de cada país para la actuación en el ciclo de reducción de situaciones críticas, emergencias y desastres de todo tipo (Amaro, et al., 2017; De la Yncera y Lorenzo, 2014; Lorenzo, 2007, 2009; Lorenzo, et al., 2012; Sánchez y Lorenzo, et al., 2014).

CONCLUSIÓN

Como objeto del presente trabajo, se han descrito las características y la sintomatología de ambos malestares psicológicos, el síndrome de estrés traumático secundario y el trastorno por estrés postraumático, para posteriormente analizar su ocurrencia y manifestación en el

personal de primera respuesta, intentando descubrir la línea que separa a ambos. Se puede decir, que el trastorno por estrés postraumático es un malestar que pueden padecer las personas que sufren directamente el suceso traumático, los familiares o amigos, los testigos, aquellos que se enteran del suceso y todos los profesionales de salud y de rescate que intervienen en situaciones de emergencia o desastre. Donde la experiencia traumática rebasa las expectativas de la persona, dejando signos y síntomas a nivel cognitivo, conductual, afectivo y fisiológico, interfiriendo posteriormente en su vida familiar, social y laboral.

Sin embargo, a pesar de que los profesionales de la salud sufren síntomas del trastorno por estrés postraumático, es propio – más no exclusivo – de ellos padecer un síndrome de estrés traumático secundario. El asistir constantemente sucesos traumáticos, les facilita la escucha empática y el involucramiento de diversas emociones durante la atención que brindan a pacientes víctimas de hechos verdaderamente traumáticos; aunado a una impotencia o frustración al ver fracasados sus intentos de ayuda, compensándolo con conductas reactivas de exigencia y agotamiento laboral.

Es evidente que el personal de primera respuesta labora en situaciones en las que existe un riesgo para su propia integridad física y su vida, experimentan en carne propia situaciones reales de crisis, como accidentes masivos, desastres y catástrofes, llegando a observar y asistir a personas con heridas graves o fallecidas que les pueden causar un alto impacto. Todo lo antepuesto, desencadenaría posiblemente algunos de los síntomas de un trastorno por estrés postraumático en ellos. Por otro lado, también se enfrentan a situaciones en las que se involucran íntimamente con víctimas de experiencias traumáticas y estresantes poniendo su empatía de por medio y que por ser parte de su labor se encuentran a expensas de las variables de la

organización, generando una carga laboral y presión social por la importancia e inmediatez de sus actividades laborales, viéndose involucrados en los factores de estrés laboral que afectan a profesionales de la salud, desencadenando síntomas del síndrome de estrés traumático secundario. Por lo que resulta difícil colocar al personal de primera respuesta como más vulnerable a uno u otro cuadro clínico.

Quizá el caso del personal de primera respuesta no sea exclusivo de uno u otro malestar psicológico, puesto que la labor que desempeñan no sólo implica el cuidado directo con las víctimas de trauma (como los médicos, enfermeros, psicólogos, etc.). Su labor, también implica estar presente en los escenarios de los sucesos traumáticos, sin recibir de boca de nadie la narración de los hechos, pues ellos los presencian en carne propia, como desastres, catástrofes, accidentes, muerte y heridas graves; esa es la diferencia que los distingue del resto del personal de salud que funge como cuidador.

Ni el trastorno por estrés postraumático ni el síndrome de estrés traumático secundario son exclusivos del personal de primera respuesta, pues ello dependerá de las características del evento traumático, de la percepción y significado que cada profesional le otorgue. Por lo que no sería recomendable que se excluya uno u otro en la investigación y práctica psicológica con el personal de primera respuesta.

Finalmente, esta revisión narrativa y la experiencia práctica ya existente en esta área, nos recomiendan hacer un llamado a un cambio de paradigma. Con vistas, a que en futuras investigaciones, este tipo de valoraciones deberán continuar superando el clásico análisis “psicopatológico”, desde la “victimización” y/o “traumatización”. Para incorporar en igualdad de condiciones a cada uno de los diferentes enfoques existentes. Condición que va potenciar una comprensión ética, humanista, integrativa y holística del comportamiento humano en

este tipo de situaciones. Un ejemplo de lo cual percibimos en aquellos análisis que lo cumplimentan desde una Práctica Psicológica Basada en Evidencias (PPBE). Por ende, en ese mismo sentido, diseñar los modos de actuación desde la psicología adaptados a tales circunstancias de la vida humana.

REFERENCIAS

- Abbene, A. I. (2009). *Trastorno por estrés postraumático. Un caso clínico*. Recuperado de <http://www.psicoadolescencia.com.ar/docs/final1.pdf>
- Amaro-Blanco, A. J., Barroso-Pérez, C.T., Lorenzo-Ruiz, A. (2017). Instrumentos y metodologías de los diagnósticos de la vulnerabilidad psicosocial de la comunidad y de la vulnerabilidad familiar, ante situaciones de desastres por ciclones tropicales. *Revista Electrónica Cuadernos de Crisis*, 16(1), 1-18.
- American Psychological Association. (2017). Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. American Psychological Association Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults. Recuperado de: <https://www.apa.org/about/offices/directorates/guidelines/ptsd.pdf>
- American Psychological Association. (2016). Clinical Practice Guideline Initiative. Conflict of Interest Policy and Declaration of Interests. Recuperado de: <https://www.apa.org/about/offices/directorates/guidelines/declaration-development-panel.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5a. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bellak, L. (1993). Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia (PBIU) de los sucesos catastróficos en la vida. En L. Bellak (Ed.), *Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia* (pp. 87-97). México: Editorial El Manual Moderno.
- Castillejo, S. y Osca, A. (2012). Riesgo psicológico en los equipos de primera intervención en situaciones de desastre y catástrofe. *Curso Internacional de Gestión de Crisis*. Instituto Universitario Gutiérrez Mellado, Madrid. Recuperado de <https://www.medena.es/documentacion/AH10.pdf>
- Cohen, J. (1998). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(10), 4-26.
- Condori, L., Palacios, A. y Ego-Aguirre, V. (2002). *Impacto psicológico en el trabajo en emergencias y desastres en equipos de primera respuesta*. Manuscrito no publicado. Sociedad Peruana de Psicología de Emergencias y Desastres del Colegio de Psicólogos del Perú.
- Dearriba C. J. y Rondón J., D. (2009). *Apoyo psicológico para desastres ¿antes o después del desastre?* Universidad de Granma, Ciudad de Bayamo, Cuba.
- De la Yncer-Hernández, N., y Lorenzo-Ruiz, A. (2014). *Los desastres desde una mirada psicosocial. Representaciones sociales en trabajadores y amas de casa de La Coloma, Pinar del Río*. Cuba: Editorial Académica Española.
- Díaz-Arcaño, K., y Lorenzo-Ruiz, A. (2016). Conocimientos e impacto psicológico de los desastres en estudiantes de psicología: Resultados de una investigación. *Integración Académica en Psicología*, (4)12, 45-56.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2000). Tratamiento psicológico. En J. Bobes-García, M. Bousño- García, A. Salcedo-Barba y M. P. González García- Portilla (Eds.), *Trastorno de estrés postraumático* (pp. 203-215). España: Masson.
- Ehrenreich, J. H. (2006). *Managing Stress in Humanitarian Aid Workers: The Role of*

- the Humanitarian Aid Organization. En G. Reyes y G. A. Jacobs (Eds.), *Handbook of International Disaster Psychology. Interventions with Special Needs Populations* (pp. 99-130). Westport, Connecticut: Praeger Publisher
- Fernández, J. M. (2005). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. España: Pirámide.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. Nueva York: Brunner/Mazel Publishers.
- Guerra, C., Martínez, P., Ahumada, C., y Díaz, M. (2013). Preliminary Psychometric Examination of the Davidson Trauma Scale: A study on Chileans Adolescent. *Summa Psicológica UST*, 10(2), 41-48.
- Helzer, J. E., Robins, L. N., y McEvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population. *New England Journal of Medicine*, 317(26), 1630-1634.
- Hillers-Rodríguez, H., y Rey-Bruguera, M. (2006). Seguimiento de los afectados por los atentados del 11-M en Madrid desde el Dispositivo de Atención Psicológica del SUMMA 112. *Anales de Psicología*, 22(1), 1-10.
- Kenardy, J. A., Spence, S. H., y Macleod, A. C. (2006). Screening for Posttraumatic Stress Disorder in Children After Accidental Injury. *Pediatrics*, 118(3), 1002-1009. doi: 10.1542/peds.2006-0406.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., y Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Lorenzo-Ruiz, A. (2000). *Psychological Base International Rehabilitation Programs for People Who Had Suffered After the Biggest Critical Incident*. (Unpublished thesis). National University of Internal Affairs Ukraine, Kharkov Ukraine.
- Lorenzo-Ruiz, A. (2006). Reflexiones sobre la evolución del quehacer psicológico en el tema de emergencias y desastres: Análisis de la experiencia en Cuba. *Revista Electrónica Cuadernos de Crisis*, 2(5), 7-37.
- Lorenzo Ruiz, A. (2007). Teoría y prácticas en actividades de preparación psicosocial para emergencias y desastres en Cuba y América Latina. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/teoria_y_practicas_preparacion_psicosocial_emergencias_y_desastres.pdf
- Lorenzo-Ruiz, A. (2009). Lecciones aprendidas en la organización de programas de ayuda e intervención psicológica para las situaciones de emergencias y desastres en Cuba. Recuperado de <https://www.scribd.com/document/292147887/lecciones-desastres>.
- Lorenzo-Ruiz, A., Gómez-Martínez C., Ventura-Velázquez, R.E., y Mesa-Ridel, G. (2012) *Lineamientos para la salud mental en emergencias y desastres en Cuba*. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/libros/salud_desastre_v/cap_01.pdf.
- Lorenzo- Ruiz, A., Rodríguez L., M.E., González B., M., Amaro, J.A. y Barroso, C. (2015). *Estrés traumático secundario, personalidad y burnout en profesionales que laboran en servicios de emergencias médicas de México, Cuba y Chile*. (Propuesta de proyecto no publicado). La Habana, Cuba.
- MacRitchie, V., y Leibowitz, S. (2010). Secondary Traumatic Stress, Level of Exposure, Empathy and Social Support in Trauma Workers. *South African Journal of Psychology*, 40(2), 149-158. doi: 10.1177/008124631004000204
- Malquín, V.D. (2010). *Propuesta para la formación de equipo apoyo e intervención inmediata Task Forcé (fuerza de tarea) en gestión de riesgo y multiamenaza, como grupo asesor inmediata para la Secretaría Nacional*

- de Gestión de Riesgos. (Tesis no publicada). Instituto de Altos Estudios Nacionales, Ecuador.
- Mandal, A. (2013). Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Diagnosis. Recuperado de: [http://www.news-medical.net/health/Post-Traumatic-Stress-Disorder-\(PTSD\)-Diagnosis.aspx?utm_source=TrendMD&utm_medium=cpc&utm_campaign=AZoNetwork_TrendMD_1](http://www.news-medical.net/health/Post-Traumatic-Stress-Disorder-(PTSD)-Diagnosis.aspx?utm_source=TrendMD&utm_medium=cpc&utm_campaign=AZoNetwork_TrendMD_1).
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1986). Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Meda-Lara, R.M., Moreno-Jiménez, B., Palomera, A., Arias, E. & Vargas, R. (2012). La evaluación del estrés traumático secundario. Estudio comparado en bomberos y paramédicos de los servicios de emergencia en Guadalajara, México. *Terapia Psicológica*, 30(2), 31-41.
- Miller, M. W., Wolf, E. J. y Keane, T. M. (2014). Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5: New Criteria and Controversies. *Clinical Psychology and Practice*, 21(3) 208-220.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. y González, J. (2000). La evaluación del estrés y el Burnout del profesorado: el CBP-R. *Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16(1), 331- 49.
- Moreno-Jiménez, B., Morante-Benadero, M.E., Losada-Novoa, M. M., Rodríguez-Carvajal, R., y Garrosa-Hernández, E. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención
- Morrison, J. (2014). *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico*. México, DF: El Manual Moderno.
- Oramas, V. A., Almirall, H., P. y Fernández, I. (2007). Estrés laboral y síndrome de burnout en docentes venezolanos. *Salud de los Trabajadores*, 15(2), 71-87.
- Pell del Río, S. M., Lorenzo-Ruiz, A., Torres-Valle, A. (2017). *Determinación de la percepción de riesgo de la población ante los productos químicos peligrosos*. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2), 139-148.
- Pérez Benítez, C. I., Vicente, B., Zlotnick, C., Kohn, R., Johnson, J., Valdivia, S., y Rioseco, P. (2009). Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud Mental*, 32(2), 145-153.
- Pérez-Olmos, I., Fernández-Piñeres, P.E.; & Rodado-Fuentes, S. (2005). Prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático por la guerra, en niños de Cundinamarca, Colombia. *Revista Salud Pública*, 7 (3), 268-280.
- Reis, A. M., Carvalho, L. F., y Elhai, J. (2016). Predictive Capacity of Pathological Personality Traits to The Post Traumatic Stress Disorder. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 10(2), 1-9. doi: 10.5327/Z1982-1247201500020003.
- Reis, A. M., de Francisco Carvalho, L., y Elhai, J. D. (2016). Relationship between PTSD and Pathological Personality Traits in Context of Disasters. *PsychiatryResearch*, 241, 91-97. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.099.
- Richmond, T. S., Ackerson, T., Ruzek, J., Wiebe, D., Winston, F., y Kassam-Adams, N. (2010). A Predictive Screener for Depression & PTSD After Physical Injury. *Injury Prevention*, 16(1), A76-A77.
- Rolo-González, A. I., Lorenzo-Ruiz, A., Pérez Cárdenas, C.; Quiñonez, R., E., Rolo-Gómez, F., M. (2014). Percepción de Riesgo de Desastres de origen natural en Estudiantes de Medicina. En, Anuario "Salud y Desastres". Experiencia Cubana. Editora Científica Lic. Yraida Rodríguez Luís. Editorial de Ciencias Médicas (ECIMED) y Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres (CLAMED). La Habana, Cuba.
- Ruiz-Muñoz, E. M. (2015). El triage psicológico ¿Una herramienta para el psicólogo de emergencias?. *Revista*

- Electrónica Cuadernos de Crisis, 14(1), 1-5.
- Sáenz, L., Campos, A., Salas, J.M. Desastres y salud mental. (2001). *Una propuesta de evaluación e intervención en el ámbito comunitario. (Tesis publicada)*. Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Sánchez-Gil, Y., Lorenzo-Ruiz, A., Gómez-Martínez C., Balseiro-Estevez, J., Ventura-Velázquez, R. E. (2012). *El Equipo de Salud Mental en la Brigada Médica de Primera Respuesta para situaciones de desastres*. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/libros/salud_desastre_v/cap_04.pdf.
- Sánchez-Gil, Y., Lorenzo-Ruiz, A., Ventura-Velázquez, Martínez-Gómez, C., Balseiro-Estévez, J. (2014). Estrategia de implementación de los Lineamientos sobre salud mental en situaciones de desastres en Cuba. Recuperado de http://www.bvs.sld.cu/libros/salud_desastre_viii/.
- Sánchez-Gil, Y., Lorenzo-Ruiz, A., Mesa-Ridel, G.; Del Huerto-Marimón, M.E.; Sauchay Romero, L. (2015). *Propuesta metodológica para el Postgrado Internacional en Salud y Desastres*. Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres. Recuperado de: <http://bvscuba.sld.cu/libros-de-autores-cubanos/listado-de-titulos-en-orden-alfabetico/#S%20-%20U>. http://www.bvs.sld.cu/libros/salud_desastre_ix/
- Sánchez-Gil, Y.Y., Martínez -Gómez, C., Alfonso -Carrillo, E., Lomba -Acevedo, P. (2012). *Los preparativos del Equipo de Salud Mental para los desastres de origen sísmico*. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/libros/salud_desastre_v/cap_04.pdf.
- Santini, O. A., López, D. O. (1997): *Desastres. Impacto Psicosocial*. Córdoba, Argentina: Alción Editora.
- Sören, K. y Kröge, C. (2013). Prevention of Chronic PTSD with Early Cognitive Behavioral Therapy: A Meta-Analysis *Using Mixed-Effects Modeling. Behaviour Research and Therapy*, 51(11) 753–761.
- Tareen, A., Garralda E., y Hodes, M. (2007). Post-traumatic stress disorder in childhood *Archives of Disease in Childhood, Education and Practice*, 92(1), 1-6.
- Tello, A. F. (2011). *Efectos asociados a la presencia del estrés laboral en trabajadores de atención pre-hospitalaria que se desempeñan en la Cruz Roja Ecuatoriana. (Tesis no publicada)*. Universidad Politécnica Salesiana Sede Quito, Ecuador.
- Trucco, M. (2002). Estrés y trastornos mentales: aspectos neurobiológicos y psicosociales. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 40(2), 8-19.
- Valero-Álamo, S. (2002). *Psicología en las Emergencias y los Desastres*. Perú: Editorial San Marcos.
- World Health Organization. (2005). *World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems. Emergencias*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/eviden ce/AIMS_WHO_2_2.pdf
- Van der Veer, G., y Francis, F. T. (2011). Field based training for mental health workers, community workers, psychosocial workers and counsellors: a participant-oriented approach. *Intervention*, 9(2), 145-153.
- Ventura-Velázquez., R. E. (2011). *Atención psicosocial en desastres. Temas para entrenamiento*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Ventura, R. E., Reyes, S., Moreno, R., Torres, R. y Gil, R. (2008). Estrés postraumático en rescatistas. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 7(4), 1-7.
- Verduzco, W. y Tovar, H. (2012). Trastorno por estrés postraumático. *Revista AAPAUNAM. Academia, Ciencia y Cultura*, 4(1), 41-49.