

## **INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA VÍCTIMAS DE CATÁSTROFES**

Ramón Ángel Raúl Ferrari  
Universidad de la Defensa Nacional  
Alejandro César Cosentino  
Universidad de la Defensa Nacional  
Pablo Domingo Depaula  
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas  
Universidad de la Defensa Nacional

### Nota de Autor

Ramón Angel Raúl Ferrari, becario del Consejo Interuniversitario Nacional, Licenciado en Gestión y Conducción Operativa de la Facultad del Ejército de la Universidad de la Defensa Nacional (UNDEF). E-mail: taybo\_91@hotmail.com.

Alejandro César Cosentino, PhD en Psicología, Investigador del Centro de Investigaciones Sociales y Humanas para la Defensa (CISoHDef), Facultad del Ejército (FE), UNDEF.

Pablo Domingo Depaula, PhD en Psicología, becario posdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires; Investigador del CISoHDef, FE, UNDEF.

## **Resumen**

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la ayuda pos desastre a diversos tipos de víctimas en diferentes tipos de catástrofes. Se muestran distintas variantes que se utilizan para asistir a las víctimas de catástrofes que tienen por finalidad evitar la aparición del trastorno mental conocido como trastorno de estrés postraumático. Entre las diferentes intervenciones sobre las víctimas se incluyen el *debriefing*, *defusing*, y la primera ayuda psicológica. El trabajo comparó modelos para asistir a las víctimas de catástrofes, en la búsqueda del modelo más efectivo para realizarla.

*Keywords: debriefing, defusing, primera ayuda psicológica, catástrofes.*

## **Intervenciones Psicológicas para Víctimas de Catástrofes**

Esta revisión bibliográfica pondrá el foco en distintas técnicas vigentes en la intervención sobre víctimas de catástrofes, buscando determinar enfoques actuales de primeros auxilios psicológicos y delimitar técnicas que se destaquen por sobre las demás.

La asistencia a víctimas de catástrofes es de gran importancia en la actualidad debido a los incidentes que pueden afectar a la sociedad en su conjunto. En los años que van de 1995 a 2015, el 90% de los desastres fueron provocados por eventos relacionados con el clima, como inundaciones, tormentas y olas de calor, y han tenido como consecuencia un promedio de 30.000 muertes anuales (Centre for Research on the Epidemiology of Disasters, 2015). Más allá de que ha aumentado la frecuencia de las inundaciones en todo el mundo, en América del Sur la cantidad de víctimas se cuadruplicó de una década a la otra, y solo considerando los primeros meses de 2015, hubo más víctimas de inundaciones que las que hubo en la década 1995-2004. Las proyecciones para el futuro auguran un continuo incremento de la tendencia a padecer desastres relacionados con el clima como tormentas o inundaciones en las próximas décadas, y conjuntamente se espera un aumento de la cantidad de personas que necesitarán ser protegidas de estos eventos.

No existe en el mundo Estado u organización no gubernamental que esté exenta de ser afectada por desastres naturales o atentados terroristas, los cuales generan, entre otras cosas, graves daños mentales en la población (Rodríguez Martín, 2011). Se diferencia un desastre natural de un atentado, porque estos últimos son erráticos e impredecibles y las armas utilizadas no son siempre conocidas, para elaborar un planeamiento preventivo (Soto, 2013). Existe una proliferación de estudios de temáticas referidas a los incidentes, que cobra sentido si tenemos en cuenta que actores no estatales, como el terrorismo, influyen en el escenario internacional, obligando a los países a incrementar su capacidad de respuesta ante hechos imprevistos (Aravena, 2004). Con medidas de prevención sólo se pueden reducir las probabilidades de un incidente, pero no se puede garantizar que estos eventos no sucederán.

El incremento de los incidentes en Latinoamérica, no estaría a la par del crecimiento de la investigación en asistencia psicológica a las víctimas, cuando se pone en contraposición con la asistencia médica. A pesar de que la primera no requiere necesariamente de profesionales, sino de personal instruido con protocolos de acción, la investigación de autores en América Latina es mínima en comparación con el desarrollo de investigadores de nacionalidad anglosajona (Pineda Marín & López-López, 2010). Por su parte, la falta de reconocimiento de las patologías psicológicas generadas por las catástrofes, es motivo de preocupación, ya que se prioriza la atención médica, relegando la intervención psicológica. Para entender la gravedad del problema es necesario saber que luego de un desastre, aproximadamente entre la tercera parte y la mitad de los afectados sufre manifestaciones psicológicas posteriores, aunque puedan no constituir psicopatologías (Rodríguez Martín, 2011).

### **Terminología**

Hay distintos conceptos que resulta conveniente esclarecer de forma previa al desarrollo de los tópicos de esta revisión.

Se considera catástrofe o desastre a los hechos repentinos y traumáticos que cumplen por lo general con cuatro características: causar diez o más víctimas mortales, afectar a cien o más

personas, obligar a las autoridades a declarar estado de emergencia y solicitar apoyo externo (Pineda Marín & López-López, 2010). Esta última es la característica principal de una catástrofe, es decir, que el hecho sobrepase los sistemas de respuesta de una sociedad obligándola a solicitar ayuda (Figueroa, Marín & Gonzales, 2010). Con la incorporación de estos conceptos se pueden diferenciar a las catástrofes o desastres, de los siniestros, los cuales no superan la capacidad de respuesta de la sociedad que los acoge. Si bien en varias investigaciones los términos catástrofe y desastre se utilizan indistintamente, algunos autores establecen una diferenciación entre los mismos. Así, para Pérez de Armiño (2004), sobre un fondo de vulnerabilidad, las catástrofes son detonantes o disparadores de los desastres. Por ejemplo, una catástrofe natural como una inundación en un país pobre, o sea con una población vulnerable, puede derivar en un desastre.

Las catástrofes generan pérdidas materiales y humanas, heridos, interrumpen procesos económicos, y dañan la salud mental de sus víctimas entre otras cosas (Pineda Marín & López-López 2010).

Los incidentes traumáticos pueden tener dos orígenes (Rodríguez Martín, 2011): naturales, causados, entre otros factores, por el calentamiento global (incendios forestales, huracanes, tornados y otros), o por el hombre, directa o indirectamente (atentados terroristas, fallas por errores no intencionales, tales como fallas en reactores nucleares, y otros).

En los hechos de crisis se dan distintas fases (Rodríguez Martín, 2011):

- Fase de predicción. Si el siniestro sucede de improviso, no se tiene la posibilidad de alertar los sistemas de emergencias de la sociedad o grupo social afectado. Sin embargo, en ciertos casos sería posible dar alerta temprana a los sistemas de respuesta y reducir el impacto en las posibles víctimas cuando los sucesos son predecibles.
- Fase de alerta. En esta instancia, la sociedad es alertada. Existen tres variantes de respuesta: (a) mutua colaboración, (b) negación de la realidad del problema y de sus consecuencias, (c) pánico, que tiene un efecto rápido en las personas. Las dos últimas reacciones dificultan y hasta imposibilitan el accionar de los organismos de respuesta.
- Fase de impacto. En esta instancia se pueden adoptar distintas actitudes debido a que el impacto producido por el incidente cambia en relación a la magnitud de los sucesos, la sorpresa, el tiempo y espacio en el que ocurren, entre otros.
- Fase de reacción. En esta instancia entran en acción los equipos de respuesta, que habitualmente incluyen profesionales como bomberos, policías, médicos, enfermeros, aunque también la reacción puede provenir de voluntarios y de las propias víctimas que no se ven excesivamente afectadas por el hecho. Es relevante contar con grupos sociales que estén instruidos para brindar ayuda de modo que la conmoción no sature al equipo de respuesta. En esta fase el personal de respuesta aplica los distintos métodos de primera atención a las víctimas.
- Fase de rehabilitación. En esta instancia, se busca que las personas vuelvan a su rutina. Los equipos de ayuda están orientados a evitar la aparición de estrés postraumático, síndrome de aflicción por la catástrofe o síndrome del sobreviviente.

Las patologías psicológicas desencadenadas por una catástrofe requieren una atención prolongada en el tiempo y un seguimiento del paciente por parte de profesionales en la salud mental (Urresta Valencia, 2014), por lo que es importante prevenir estas alteraciones en la fase de reacción.

La referencia a *víctimas*, remite a personas que han sufrido un daño del ambiente externo, de una catástrofe (Rodríguez Martín, 2011). Siguiendo la clasificación de Taylor (1989), existen dos tipos de víctimas: las primarias y las secundarias. Las primarias o directas son las personas

expuestas directamente al riesgo de vida, integridad física, y pérdidas materiales. Las secundarias o indirectas son víctimas que tienen relación cercana o familiar con las primarias y manifiestan preocupación o culpa sobre la situación de sus allegados. En este sentido, resulta también importante mencionar a los integrantes de equipos de respuesta en desastres (Rodríguez Martín, 2011), ya que estas personas, a las que Kliman (1976) refiere como *víctimas ocultas*, se hallan expuestas a una gran variedad de riesgos psicológicos a causa del cumplimiento de su trabajo, y, en ocasiones, no son tomadas en cuenta para recibir tratamientos (De Nicolás & Martínez, 1997; Pérez & Segovia, 2012; Velásquez, Pérez, Puebla, Ruiz, & Sánchez, 2008). Aunque posiblemente lo nieguen, los rescatistas también se ven afectados por su trabajo en desastres (Fouce, 2003) y pueden desarrollar técnicas o estrategias de afrontamiento para sobrellevar las exigencias de su trabajo (Lazarus & Folkman, 1986).

Cuando una persona es víctima de una catástrofe, su mecanismo de autodefensa entra en *crisis*, es decir, un estado temporal de trastorno y desorganización, en el que la situación supera la capacidad de afrontamiento de la persona y no puede recurrir a experiencias aprendidas anteriormente (Urresta Valencia, 2011).

### **Métodos de Ayuda a Víctimas**

Con la delimitación de conceptos realizada previamente, nos enfocaremos en los medios que los equipos de primera respuesta disponen ante las crisis para asistir a las víctimas. Como mencionamos anteriormente, se intenta que quienes estuvieron involucrados en la situación crítica no sólo se recuperen rápidamente, sino que no padezcan alteraciones psicofísicas a futuro.

Si el objetivo es lograr una reacción rápida, se debe contar con un sistema dinámico de recuperación, que incluye educar a la población con el fin de generar que los elementos de respuesta resulten eficientes y no se vean fácilmente superados (Thompson et al., 2012).

En lo que sigue se incluye la descripción de una serie de técnicas para ayudar a víctimas, llamadas *debriefing psicológico*, *defusing* y *primera ayuda psicológica*.

### **Debriefing psicológico**

El *debriefing* psicológico es una intervención que se realiza en forma individual o colectiva. No posee una traducción exacta al español, pero se puede asociar al término *desactivación*. Consiste en realizar una catarsis sobre los hechos sucedidos, separando los hechos de las emociones y percepciones de los individuos (Covas Martorell, 2014).

El *debriefing* psicológico fue estructurado en un principio para ser aplicado a profesionales de emergencias. Debido a sus resultados positivos se expandió su ámbito de aplicación a víctimas secundarias como personal hospitalario o militares, e inclusive se incentivó la aplicación en víctimas directas o sus familiares (Esteban, Herreros, Iglesias, & Larrañaga, 2013).

La mencionada intervención se caracteriza por implementarse en las 48 a 72 horas posterior al evento, entre 1 y 4 sesiones de un máximo de 4 horas de duración, con grupos de entre 6 y 15 personas. Estas sesiones están estructuradas y dos psicólogos las pueden dirigir. En las reuniones, las víctimas pueden expresar sus reacciones y sentimientos sobre el evento, pero también pueden permanecer calladas. A fin de generar tranquilidad y seguridad, y que las personas puedan enfocarse en expresarse libremente, el tratamiento se debe realizar en un lugar físico separado del hecho (Espinosa & Sinchez, 2007).

El *debriefing* psicológico se divide en distintas fases (Santacruz Escudero, 2008), que se muestran a continuación.

1. Introducción. En esta instancia se explican los objetivos del tratamiento, aclarando que lo que se va a realizar no es psicoterapia.
2. Fase de los hechos. En esta instancia se les da la palabra a las víctimas para relatar la situación.
3. Fase del pensamiento. Las víctimas cuentan lo que piensan en relación con el suceso traumático.
4. Fase de los sentimientos. Los psicólogos promueven la elaboración de los sentimientos sobre lo acontecido.
5. Fase de reacción. En esta instancia se comentan las reacciones físicas o psicológicas generadas.
6. Fase de estrategia. Se encausan las reacciones de las víctimas dentro del término “normalidad” ante sucesos de la magnitud acaecida.
7. Fase de reentrada. Se realiza un resumen de lo ocurrido y se observan quiénes deberían tener una asistencia psicológica posterior.

Las mencionadas fases del *debriefing* psicológico pueden variar, en razón de que se han desarrollado variantes para aplicarse en distintos ámbitos.

### **Defusing**

En su traducción al español se la interpreta como *desmovilización*. El *defusing* es un proceso que se realiza dentro de las 72 horas posteriores al desastre. Se organiza un grupo de trabajo semiestructurado, aunque también se puede realizar de forma individual. El grupo se reúne en las proximidades de los hechos porque se trata de una respuesta rápida, pero el punto del encuentro debe ser propicio para generar intimidad y tranquilidad, permitiendo que los individuos dejen fluir sus emociones (Espinoso & Sánchez, 2007).

En el *defusing*, se abordan temas como el contacto con la muerte, el peligro, las pérdidas materiales y humanas, el sufrimiento de otros, entre otros. La técnica consiste en separar las percepciones de los hechos haciendo hincapié en las valoraciones positivas y negativas respecto de lo sucedido y fomentar el trabajo sobre los aspectos negativos (Esteban et al, 2013).

Este método puede ser una variante rápida del *debriefing* para la atención a los rescatistas, aunque no sea tan completa (Esteban et al., 2013).

### **Primer Ayuda Psicológica (PAP)**

El desarrollo de este método se originó a principios de la década de 1950. Sin embargo, no generó demasiado interés en la comunidad científica, hasta que a principios del 2000 se diseñó el modelo curricular Johns Hopkins en Estados Unidos, para la enseñanza del método a integrantes de distintas organizaciones de carácter religioso (Everly, Barnett, & Links, 2012).

Según el Manual Esfera (2011), la Primera Ayuda Psicológica (PAP) es una respuesta humana de apoyo a otro ser humano que está sufriendo y que puede necesitar ayuda.

En la PAP:

- Se ofrece ayuda de modo no invasivo.
- Se analizan las necesidades y preocupaciones de las víctimas.
- Se brinda comida, agua o información para satisfacer las necesidades básicas.

- No se presiona a las personas para que hablen; por el contrario, permite que se expresen por sí mismas.
- Se fomenta que los individuos mantengan la calma.
- Se facilita el acceso a información, servicios y apoyos sociales.
- Se protege a las víctimas de posteriores peligros (OMS, 2012).

Un importante avance para la educación en estos métodos es el desarrollo integrado a través de las distintas organizaciones religiosas, fomentando mediante la fe la recuperación de las víctimas; expandiendo, de este modo, la educación a las distintas comunidades y alentando a que personas con distintas creencias participen en PAP independientemente del lugar del desastre (McCabe et al., 2012). Sin embargo, la PAP puede ser enseñada en cualquier tipo de organización que tenga por objetivo ayudar a víctimas, por ejemplo, el Ejército.

También se puede decir que PAP es un método práctico de ayuda orientado a separar a la víctima del hecho, brindándole apoyo psicológico en una situación donde el individuo se ve superado por la crisis a su alrededor. Esta asistencia es voluntaria, no se obliga al damnificado a responder preguntas o concurrir a una sesión psicológica. El apoyo se da en el lugar del hecho, una vez que se extrae al perjudicado del peligro físico y emocional. Otra característica particular que se puede mencionar de la PAP es que quien brinda el auxilio no es necesariamente un profesional o miembro de equipos de primera respuesta. Por el contrario, puede ser cualquier voluntario con conocimientos del procedimiento a seguir (OMS, 2012).

La PAP ha demostrado ser una alternativa viable al momento de seleccionar un método de ayuda, debido a sus comprobados resultados a largo plazo en las personas que se manifiestan más seguras de sí mismas y con capacidad de superar adversidades, demostrando esperanza en el futuro. Es decir, la PAP brinda herramientas para afrontar y recuperarse de las situaciones críticas generando en el individuo la autoconfianza necesaria (OMS, 2012). En contraposición, la OMS no respalda la intervención a víctimas por medio del *debriefing* psicológico.

La PAP se orienta a que la persona pueda superar la crisis con las herramientas que se le brinda, y no que la persona asimile y conviva con los sucesos de crisis (Rodríguez Martín, 2011).

### **Conclusión**

Con las características planteadas en los párrafos anteriores podemos hacer un análisis crítico sobre los métodos de asistencia en catástrofes.

Según la OMS la metodología del *debriefing* psicológico no se ha mostrado suficiente para responder a las necesidades de las víctimas, basándose en una comparación con PAP y sus resultados a largo plazo. Otros autores también la han cuestionado por sus resultados poco efectivos y por reavivar en el afectado las emociones.

Por su parte, la PAP puede ser enseñada a cualquier persona que lo desee sin necesidad de que sea un profesional de la salud mental. No requiere demasiado tiempo para el aprendizaje sino tan solo jornadas de 2 o 3 días, o incluso menos tiempo. Esto permite que las personas tengan mayor participación en una catástrofe, si se la instruye para tal fin, solucionando uno de los grandes problemas que plantean las crisis: la falta de medios de respuesta. Otra ventaja es que se puede brindar en el lugar del desastre. También resulta interesante el hecho de no realizar preguntas que revivan sucesos traumáticos o ahondar en ellos, sino lo que busca es activar a la víctima para la toma de decisiones.

En contrapartida el *debriefing* psicológico requiere psicólogos para presidir las sesiones, y en una situación de crisis no siempre se dispone de estos profesionales. Es también un proceso

más lento que demora varias sesiones de 2 a 4 horas. Además, como se mencionó, no parecería como una intervención eficaz para víctimas directas.

Por su parte, el *defusing* es un apoyo breve que se puede realizar como alternativa al *debriefing*, pero sus resultados también han sido cuestionados como insuficientes al momento de brindar el soporte y ayuda necesarios (Esteban, Herreros, Iglesias, & Larrañaga, 2013).

En conocimiento de estos conceptos se debe entender que toda estructura social en la actualidad debe contar con equipos de primera respuesta alistados, pero también en capacidad de instruir a la sociedad, principalmente a las organizaciones como empresas, clubes, ONGs, escuelas, iglesias, y otras. Esto es así en razón de la inminente necesidad de contar con una sociedad consciente de cómo reaccionar frente a una catástrofe, porque, si no tenemos la capacidad previsor de educar para el futuro, nuestros problemas llegarán a ser severos y costosos (Piñeyro, Azzollini, & Torres, 2014).

En consecuencia, la PAP podría considerarse como la alternativa de preferencia para la asistencia a víctimas de catástrofes.

## **Referencias - Bibliografía consultada**

- Aravena, F. R. (2004). *Seguridad en las Américas, los desafíos post conferencia: Operacionalizar los consensos y articular los conceptos*. FES Briefing Paper. Bogotá: Friedrich Ebert Stiftung.
- Covas Martorell, N. (2014). *Traumatización vicaria y catástrofe: una realidad poco conocida* (Memoria del trabajo final de grado). Universidad de las Islas Baleares, Palma de Mallorca, España.
- De Nicolás y Martínez, L. (1997). Después de los desastres... ¿qué? *Papeles del psicólogo*, 68, 9.
- Espinosa, A., & Sinchez, S. (2007). *Psicología de la Emergencia: un Punto de Encuentro Entre la Procuración de Órganos y la Atención del Rescatista*. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. *Memorias*, 437-438.
- Esteban, S., Herreros, U., Iglesias, M. & Larrañaga. L. (2013) *El apoyo psicológico a los profesionales de la emergencia*. Universidad del País Vasco. Recuperado de: [https://www.academia.edu/11537459/Apoyo\\_psicologico\\_profesionales\\_emergencia\\_ET\\_S](https://www.academia.edu/11537459/Apoyo_psicologico_profesionales_emergencia_ET_S).
- Everly G. S., Links, J. M., Barnett D. J. (2012). The Johns Hopkins model of psychological first aid (RAPID - PFA): Curriculum development and content validation. *International Journal of Emergency Mental Health*, 14(2), 96-103.
- Figueroa, R. A., Marín, H., & Gonzales, M., (2010). Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Revista médica de Chile*, 138(2), 143-151. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000200001>
- Fouce Fernández, J. G. (2003). La intervención humanitaria en catástrofes internacionales desde el punto de vista del factor de personal. *Acción Psicológica*, 2(1), 19-28. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.2.1.518>
- Kliman, A. S. (1976). The Corning flood project: Psychological first-aid following a natural disaster. En H. J. Parad, H. L. P. Resnik, & L. G. Parad (Eds.), *Emergency and disaster management: A mental health sourcebook*. Bowie, MD, EE.UU.: Charles Press Publishers.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. España: Martínez Roca.
- McCabe, O. L., Marum F., Mosley, A., Gwon, H. S.; Langlieb, A., Everly, G. S. (2012). Community capacity-building in disaster mental health resilience: A pilot study of an academic/faith partnership model. *International Journal of Emergency Mental Health*, 14(2), 112-122.
- Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation, & Visión Mundial Internacional. (2012). *Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Pérez, S. C., & Segovia, A. O. (2012). *Riesgo Psicológico en los Equipos de Primera Intervención en Situaciones de Desastre y Catástrofe*. Curso Internacional en Gestión de crisis. Instituto Universitario Gutiérrez Mellado. Universidad de Educación a Distancia. Recuperado de: <http://www.medena.es/documentacion/AH10.pdf>.
- Pérez de Armiño, K. (2004). *Desastres y acción humanitaria internacional*. Vitoria-Gasteiz, España: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

- Pineda Marín, C., & López-López, W. (2010). Atención psicológica postdesastres: Más que un “guarde la calma”. Una revisión de los modelos de las estrategias de intervención. *Terapia Psicológica*, 28(2), 155-160.
- Piñeyro, D. R., Azzollini, S. C., & Torres, J. A. (2014). Primera atención psicológica: resultados preliminares de la aplicación de un protocolo innovador en víctimas de catástrofes ambientales para la prevención de trastornos de ansiedad. Ponencia de la V Jornadas académicas de la Red de Vinculación Tecnológica de las Universidades Nacionales Argentinas (RedVITEC).
- Rodríguez Martín, I. (2011). *Intervención psicológica en situación de catástrofe*. Recuperado de: <http://beta.isep.es/wp-content/uploads/2014/03/Intervencion-Psicologica-En-Situacion-De-Catastrofe.pdf>.
- Santacruz Escudero, J. M. (2008). Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(Supl. 1), 198-205.
- Soto F. L. (2013). *Impacto de los Desastres en la Salud Mental del Personal Sanitario de Ayuda de Emergencia*. Recuperado de: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/20178/6/Felipe.pdf>.
- Taylor, A. J. W. (1989). *Disasters and disaster stress*. New York, NY, EE.UU.: AMS Press.
- Urresta Valencia, G. F. (2014). *Prevención y primera atención a víctimas de crisis social y Contagio emocional desde la psicología clínica. Estudio en dos familias nucleares en un conjunto residencial, en la ciudad de Quito de mayo a septiembre 2013* (Memoria del trabajo final de grado). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador.
- Ventura Velásquez, R. E., Reyes Pérez, S., Moreno Puebla, R., Torres Ruíz, R. & Gil Sánchez, R. (2008). Estrés postraumático en rescatistas. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 7(4).