

# Apoyo psicológico a víctimas de desastres en Nicaragua: Propuesta de modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis

---

*Dra. Josefá Dolores Murillo*

## Apoyo psicológico a víctimas de desastres en Nicaragua: Propuesta de modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis.

Psychological support to victims of disasters in Nicaragua: Model proposal review-based care systematic and meta-analyzes.

*Dra. Josefa Dolores Murillo.*

Psicóloga clínica. Miembro Fundador Grupo PAE  
<https://orcid.org/0000-0003-0686-3635>  
josefinamurillo@yahoo.com

Recibido: 17 febrero 2020

Aceptado: 20 abril 2020



Copyright © 2020 UNAN-Managua  
Todos los Derechos Reservados.



## RESUMEN

Esta es una investigación de metaanálisis y revisión sistémica en apoyo psicológico a víctimas de desastres, tiene el objetivo de presentar un modelo de atención local. En la atención psicológica a desastres, hay cuatro fases de respuesta: precrítica, preimpacto, postimpacto y recuperación posterior al primer mes. Se hicieron 52 revisiones sistemáticas o metaanálisis de las cuales 4 fueron en inglés, se seleccionaron 27 para ser revisadas completamente. Se propone organizar la respuesta temprana en 5 niveles de atención: Difusión-Alerta temprana, Apoyo social, Manejo médico general, Manejo psiquiátrico general, Manejo psicológico y psiquiátrico general. Lo anterior, a ser aplicado de acuerdo a cultura local y todo lo relacionado con el diario vivir de los habitantes del lugar afectado por el desastre.

## ABSTRACT

This is a meta-analysis and systemic review investigation in psychological support for disaster victims, with the objective of presenting a local care model. In psychological disaster response, there are four response phases: precritical, preimpact, postimpact, and recovery after the first month. There were 52 systematic reviews or meta-analyzes of which 4 were in English, 27 were selected to be completely reviewed. It is proposed to organize the early response into 5 levels of care: Diffusion-Early Warning, Social Support, General Medical Management, General Psychiatric Management, General Psychological and Psychiatric Management. The above, to be applied according to local culture and everything related to the daily life of the inhabitants of the place affected by the disaster.

## PALABRAS CLAVE

*Desastres, Psiquiatría, Psicología, Atención Médica.*

## KEYWORDS

*Disasters, Psychiatry, Psychology, Medical Attention*

## Introducción

Nicaragua, país situado en el centro de las Américas es el que representa las vulnerabilidades más agudas del área latinoamericana en cuanto a amenazas naturales y antrópicas. Su ubicación geográfica, (bajo placas tectónicas Coco y Caribe y parte del anillo del fuego del Océano Pacífico) la expone tanto a huracanes y ciclones como terremotos y maremotos. Su población está expuesta irremediamente al desastre humano. En 1931 y 1972 Managua fue destruida por terremotos en la escala 6 de Richter. (OPS, 2000).

El mundo, actualmente se enfrenta a los desastres en una escalada sin precedentes, en diversas regiones, países y continentes. Se observa que entre los años 1993 y 2003, más de 255 millones de personas fueron afectadas por algún desastre. (Guha-Sapir D. Hargitt, 2004). Las estimaciones indican que con el cambio climático podrían aumentar los desastres naturales.

De acuerdo al Centro de Colaboración de la Organización Mundial de la Salud para el Estudio de la Epidemiología de los Desastres (Centre for Research on the Epidemiology of Disaster-CRED), se considera desastre cualquier emergencia que sobrepase las capacidades de respuesta local. Esta debe haber cobrado entre 10-100 vidas o más; haber obligado a declarar estado de emergencia; o haber obligado a solicitar apoyo internacional (CRED, abril 2009).

## Intervención psicosocial en desastre

La intervención psicosocial en desastre, es hoy en día parte importante en la recuperación emocional de un sobreviviente de fenómeno natural o humano. La atención psicológica primaria y secundaria brindada en el mismo lugar de la tragedia y de ser posible a dos días de ocurrida esta, es significativa para la manifestación de la resiliencia (Murillo. J. 2012 p.124) que la persona afectada desarrollará como parte de su autoestima, valor espiritual y aceptación de la realidad que le aconteció vivir.

El actuar profesional y ético del psicólogo que labora en esta área de la carrera humanística (Psicología), demuestra y transmite amor, fe, esperanza, y especialmente, siente satisfacción personal por la tarea que realiza. La empatía, rapport y respeto mutuo entre terapeuta y paciente es vital, tanto para la persona damnificada o sobreviviente que se encuentra en un refugio, hospital o albergue temporal como para la que interviene psicológicamente. (Murillo, J. 2012 p.94).

Hoy en día, es normal saber sobre las diferentes patologías psicológicas en personas sobrevivientes de desastres, entre ellas están: El trastorno por estrés posttraumático (TEPT), estrés agudo, trastornos de ansiedad, depresión menor y mayor, síntomas de somatización, aumento del consumo de alcohol y drogas. En el caso específico de Nicaragua, la población afectada por desastres, sean estos provocados por el hombre o por la naturaleza, presentan psicopatologías adicionales a las presentadas anteriormente. Siendo los duelos múltiples congelados uno de los factores que se puede agregar a este listado.

Estando presente los moderadores de riesgos más importantes para el desarrollo de las psicopatologías especialmente TEPT, siendo los niveles de amenaza vital, nivel de apoyo social antes y después del trauma, el tipo de respuesta emocional peritraumática y el nivel de disociación peritraumática.

Actualmente existen diversas guías para el manejo clínico de las víctimas de desastres, sin embargo, estas son estandarizadas y aplicadas de acuerdo al lugar de origen que fueron elaboradas. Es en esta circunstancia que en 1998, cuando el huracán Mitch provoca el deslave del Volcán Casitas (Posoltega Nicaragua), donde perecieron más de 2.000 personas, se hace uso del conocimiento y guías establecidas. Sin embargo, estas fueron adecuadas al contexto de país. (Cohen, R.1999 p. 69).

El objetivo de este trabajo es presentar un modelo de intervención psicológica temprana en víctimas de desastres. Fundamentado en la mejor evidencia disponible, de acuerdo a los principios de la medicina basada en la evidencia.

## Materiales y Método

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas y metaanálisis en idioma español e inglés. Esta búsqueda se inicia en febrero de 2014. Se efectuó varios tipos de búsqueda; una en las bibliotecas y centros que laboran el tema de atención psicológica en desastres (Nicaragua). En buscadores y repositorios como Goggle academic, PubliMed, The Cochrane Database of Systematic Review con los términos de búsqueda: Stress Disorders, Traumatic “Mesh” y Stress Disorder, Post-Traumatic. Por último, una amplia búsqueda en Internet para encontrar evidencia acerca de la información durante los desastres y el apoyo social a las comunidades.

**Selección de la evidencia.** Después de revisar los resúmenes de todas las referencias encontradas, se hizo selección de las que podían relacionarse directamente con la atención psicológica de víctimas de desastres. En otras palabras, se evaluó la calidad de las revisiones encontradas.

**Elaboración de las recomendaciones.** Luego que se leyeran las referencias seleccionadas, se desarrolló un modelo de respuesta, integrando la experiencia del lector con la evidencia encontrada.

**Resultados.** Se encontraron 52 revisiones sistemáticas o metaanálisis, 4 en idioma inglés. De ellas, se seleccionaron 27 para ser revisadas completamente.

El siguiente modelo se circunscribe a las cuatro fases de respuesta al desastre. La primera fase es la precritica, la segunda es fase de preimpacto, la tercera parte postimpacto y está relacionado con la reconstrucción de estructura, humana y social. La cuarta fase es de recuperación posterior al primer mes. Deberá ser revisado periódicamente para su actualización, bajo nueva evidencia científica. Tabla 1.

## Actividades de la atención psicológica temprana

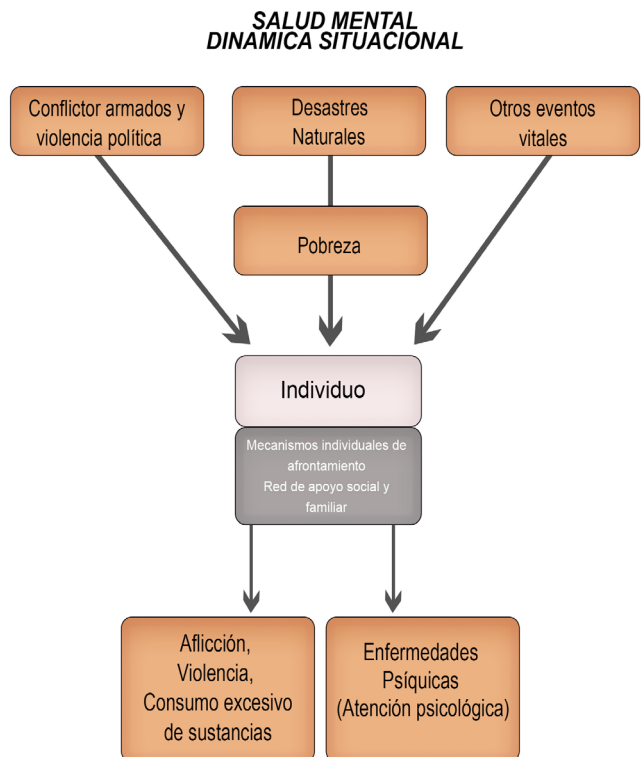
Se propone organizar la respuesta temprana en 5 niveles de atención: I. Difusión-Alerta temprana; II. Apoyo social; III. Manejo médico general; IV. Manejo psiquiátrico general. V. Manejo psicológico y psiquiátrico general. Cada uno de estos niveles se implementarán en diferentes lugares físicos y tendrá distintos objetivos; beneficiarios, tareas, ejecutores y criterios de derivación al siguiente nivel, lo que determinará un flujo de pacientes desde centros de menor a mayor nivel de especialización.

Todo lo anterior aplicado, de acuerdo a cultura local y todo lo relacionado con el diario vivir de los habitantes del lugar afectado por el desastre. En la Figura 1. Se observa que toda la comunidad deberá ser informada acerca del desastre y recibir psicoeducación de cómo obtendrá atención psicológica a través de los medios de comunicación o comunicación vecinal comunitaria.

La mayor parte de los afectados serán atendidos en el mismo lugar donde se encuentran albergados: hospitales, escuelas, casa comunal y cualquier otro lugar que sea habilitado para ese servicio humanitario. Un porcentaje menor será derivado a los puestos médicos establecidos (hospitales de baja complejidad u hospitales de campaña de las fuerzas armadas para recibir atención médica general y especializada). (Tabla.1)

Solamente aquellos que desarrollen trastornos psiquiátricos formales serán derivados a los centros y hospitales psiquiátricos generales. Los pacientes más graves, refractarios a los tratamientos basados en la evidencia, podrán ser sometidos a tratamientos de rescate en los centros de especialidad en TEPT. Si existe algún centro con esta especialidad en el país de la tragedia.

El objetivo es reservar la psicoterapia, farmacoterapia y actividades lúdicas solo para los pacientes con trastornos psiquiátricos formales, ya que es el único grupo que ha demostrado beneficiarse de estos tratamientos (Ursano RJ, Fullerton CS, 2007. Pp.29-47). Para el resto de los afectados, incluyendo a aquellos con distrés subclínico, se recomienda limitar la atención a los llamados Primeros Auxilios Psicológicos y en caso de necesitarse utilizar la transferencia y contratransferencia hacia los centros especializados.



## ¿Qué ocurre ante un desastre?

<b>Fase precrítica o de pre impacto horas o días previos</b>	<b>Fase crítica o de impacto (Evento y 72 horas posteriores)</b>	<b>Fase postcrítica o de postimpacto 30 días o más</b>	<b>Fase de recuperación posterior al primer mes</b>
<p>Se conoce y se anuncia la catástrofe.</p> <p>Expectativa de inevitabilidad con alto nivel de tensión en la población.</p> <p>Sobre o subvaloración del posible desastre.</p> <p>Se potencializan características humanas preexistentes</p>	<p>Periodo breve durante el cual transcurre la catástrofe. Destrucción y muerte.</p> <p>Desorganización y confusión generalizada.</p> <p>Miedo. Sentimientos de abandono y vulnerabilidad. Necesidad de supervivencia.</p> <p>Pérdida de la iniciativa.</p> <p>Liderazgos espontáneos (positivos o negativos)</p> <p>Conductas:                      ✓ Heroicas o mezquinas.                      ✓ Violentas o pasivas.                      ✓ Muestras de solidaridad y de egoísmo.</p>	<p>Conocimiento y evaluación más detallada de la situación, en especial de las pérdidas.</p> <p>Se inicia un proceso lento y progresivo de recuperación.</p> <p>Miedo a la recidiva.</p> <p>Conductas agresivas contra autoridades e instituciones.</p> <p>Actos de rebeldía y/o delincuencia.</p>	<p>Se mantiene como no resueltos muchos problemas.</p> <p>Secuelas sociales de salud de las personas; en especial problemas de orden psíquico</p> <p>En función de la estructura social, los individuos y el grado de pérdidas, se planifican y ejecutan tareas para la recuperación definitiva.</p>

### Nivel I. Difusión –Alerta temprana

Tenemos entendido que muchos de los afectados por desastres no reciben la atención psicológica oportuna por diferentes razones; ya sea porque desconocen de su disponibilidad, no reconocen los primeros síntomas de los trastornos mentales o porque no se cuenta en el país con el suficiente desarrollo en salud mental. Para evitar esto, es necesario que toda la comunidad conozca, de manera anticipada, la existencia de los servicios psicológicos que presta el centro de salud más cercano.

Además de informar sobre cuáles son los primeros síntomas que indican una patología psiquiátrica, la asimilación cognitiva de los mismos por parte de los ciudadanos se podría lograr en ambientes de desastres a través de programas psicoeducativos en la televisión o la radio, así como panfletos con figuras, de forma que no se necesite saber leer para entenderlos. La coordinación con oficial de difusión es muy importante. Es importante la cobertura psicológica e informar a la población sobre la evolución del desastre. La información debe ser oportuna, precisa y deberá provenir de una sola fuente (autoridades oficiales). Si esta información es contradictoria e imprecisa podría crear incertidumbre y desconfianza en la población, aumentando la posibilidad de revictimización de la misma. (Mellman, DD. 1996 pp.9: 607).

Otro aspecto importante es no minimizar los alcances del desastre, tratando de evitar el pánico de las masas, ya que las observaciones de campo indican que dicho fenómeno es excepcional y la minimización podría perjudicar la confianza de la población en sus autoridades, generando caos y descontento.

## Nivel II. Apoyo social

No se encontró evidencia de que la psicoterapia o la farmacoterapia beneficien a todos los afectados por un desastre (Taylor, V. 1998; 5: 126-44). La atención a la población ubicada en refugios o centros de atención públicos debería limitarse a brindar seguridad y confort, monitorear el estado emocional, facilitar el retorno a las rutinas y orientar el uso de los recursos disponibles, al respecto de los primeros auxilios psicológicos (Tabla 2) se recomienda no forzar a los afectados a hablar de sus sentimientos, ya que las intervenciones psicoterapéuticas incluyendo el debriefing, no ha demostrado reducir el desarrollo de trastornos psiquiátricos posteriores y peor aún podrían aumentarlo.

**Tabla 2. Primeros auxilios psicológicos.**

Fase pre crítica /o de preimpacto horas o días previos)	Evaluación del grado y organización (coordinación interinstitucional)	Identificación de grupos de riesgos psicosocial	Localización de personal competente (creación redes de trabajo.)	Capacitación emergente.
Fase crítica o de Impacto (evento y 72 horas posteriores)	Primera ayuda psicológica por personal no profesional. Intervención en crisis	Recuperar la iniciativa y elevar la autoestima: El tiempo de llegada de la ayuda externa es decisiva	Información y orientación sobre: Qué está ocurriendo. Qué se está haciendo. Qué deben hacer	Transmitir: organización, seguridad, autoridad moral, sosiego, apoyo y ánimo
Fase postcrítica (o de postimpacto 30 días o más)	Establecimiento del plan de acción en Salud Mental. Organización de la propia comunidad, reforzando su autoresponsabilidad y se transmite confianza en la recuperación	Equipos móviles de atención especializada en SM	Coordinación interinstitucional.	Creación de redes de trabajo.
Fase de recuperación (posterior al primer mes)	Se consolida y proyecta la coordinación interinstitucional y a la organización comunitar-	Atención a casos con trastornos psíquicos. Referencia de casos con trastornos psíquicos.		Atención a albergues que continúen en funcionamiento y a grupos especiales y vulnerables.

**El segundo** objetivo del apoyo social será identificar a los afectados en riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos o a aquellos que presenten alguna emergencia psiquiátrica, para derivarlos a la atención médica. Este proceso se conoce como screening psicológico o triage psicológico y se han realizado múltiples instrumentos para realizarlo. (Bisson, E. Pilling, M. Turner, R. 2007; pp.97. 104.190). En general, los instrumentos de screening cortos y sencillos han demostrado ser tan o más efectivos que los largos y complejos. Se recomienda utilizar el Disaster-Related Psicológica Screening Test (DRPST) por su practicidad de aplicación (7 ítems, punto de corte>=3), su efectividad (sensibilidad 0, 98; especificidad 0,97 para TEPT) y por ser uno de los pocos instrumentos validados en una población de víctimas de desastres. Combinado con la pesquisa de emergencias psiquiátricas, ofrece una excelente herramienta de screening para seleccionar a quienes derivar a la atención médica general (Tabla 3).

**Tabla 3. Screening Psicológico\***

<p><b>Emergencia psiquiátrica</b></p> <p><b>Riesgo de agresión a terceros o sí mismo.</b></p> <p><b>Ideas delirantes o alucinaciones.</b></p> <p><b>Síntomas psicológicos invalidantes</b> <b>(Ej. Crisis de pánico, insomnio pertinaz).</b></p> <p><b>Puntaje DRPST &gt; 3</b></p>
---

*\*Derivar al nivel III si existe cualquier emergencia psiquiátrica o  
Si el puntaje del DRPST es >3. DRPST: Disaster-Related  
Psicológica Screening Test.*

Se debe aplicar en conjunto con los Primeros Auxilios Psicológicos en cada albergue o centro donde se encuentren ubicados los afectados. Estos serán implementados por trabajadores sociales provenientes de organismos de asistencia humanitaria, Defensa Civil o Cruz Roja, coordinados por un psicólogo, especialmente entrenado para ello.

### Nivel III. Manejo médico general

Las poblaciones derivadas desde los Centros de afluencia de público deberían recibir atención médica general con tres objetivos: 1. Estabilizar los síntomas psicológicos invalidantes; 2. Efectuar el diagnóstico psiquiátrico y 3. Derivar al manejo psiquiátrico general si corresponde. Estas acciones deberían ser efectuadas por médicos generales y de urgencias en puestos médicos avanzados (hospitales de baja complejidad u hospitales de campaña de las fuerzas armadas). En la tabla 1, se detallan los criterios de derivación sugeridos.

Para la estabilización de los síntomas psicológicos invalidantes, como insomnio pertinaz, crisis de pánico, crisis de angustia e irritabilidad marcada, entre otras, se recomienda el uso de benzodiacepinas, aunque no hayan demostrado ser efectivas para prevenir el desarrollo de la psicopatología posterior por su bajo riesgo de efectos adversos, su rápida acción y su efecto sostenido, se sugiere el uso de benzodiacepinas de vida larga media, como diazepam o clonazepam, no se recomienda el uso de antipsicóticos por el mayor riesgo de efectos adversos.

Para apoyar el proceso diagnóstico, se recomienda utilizar los criterios derivados de manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales (Tabla 4). Puesto que se ha demostrado que los pacientes con trastornos por estrés agudo pueden desarrollar TEPT si no reciben psicoterapia entre las dos y cuatro semanas posteriores al trauma. Todos los pacientes que lleguen al nivel III deberían ser controlados dos semanas después del trauma, para implementar inmediatamente la psicoterapia se diagnostica un trastorno por estrés agudo en el control.



**Tabla 4. Síntomas de TEPT**

**El TEPT se caracteriza por la presencia de tres grupos de síntomas que deben estar presentes por al menos un mes. Se requiere al menos un síntoma del grupo reexperimentación, tres síntomas del grupo evitación y embotamiento emocional y dos síntomas del grupo hiper-alerta.**

**Reexperimentación-recuerdos intrusivos y angustiantes del evento traumático; flashbacks; pesadillas; reacciones físicas y psicológicas intensas y molestas, como sudoración, palpitaciones o crisis de pánico al enfrentarse a personas, lugares o cosas que recuerden el trauma.**

**Evitación y embotamiento emocional de actividades, lugares, pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionadas al evento; restricción de las emociones; pérdida del interés en las actividades normales; sentimientos de desapego con los demás; amnesia psicógena; sensación que no hay futuro.**

**Hiperalerta-insomnio, irritabilidad; dificultades para concentrarse, hipervigilancia; sobresaltos.**

**Nivel IV. Manejo psiquiátrico general**

Por la necesidad de aplicar técnicas que requieran un entrenamiento especial y que se desarrolla a lo largo de múltiples sesiones, la atención de los pacientes con trastornos psiquiátricos traumáticos debería ser efectuada por profesionales bien entrenados y en lugares que permitan la continuidad del tratamiento. (Wagner, S.2006;36:1515-22). Se propone que sea realizada en centros psiquiátricos generales, por ejemplo, hospitales de día. En caso que exista una emergencia psiquiátrica, debería considerarse la internación del paciente.

Está demostrado, que tanto la psicoterapia como la farmacoterapia son útiles en el tratamiento del TEPT (Rizo AA, P. 2008. Pp.250-261). Actualmente, la evidencia indica que la psicoterapia es más eficaz que la farmacoterapia y presenta un bajo índice de abandono de tratamiento. De todas las psicoterapias, las psicoterapias individuales centradas en el trauma son las que tienen una mayor evidencia de efectividad. Otras psicoterapias que también han demostrado ser efectivas, son las técnicas de manejo al estrés y la psicoterapia conductual grupal.

Actualmente las psicoterapias centradas en el trauma se pueden implementar en dos formas: terapia cognitivo- conductual o eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Ambas consisten esencialmente en exposición sistemática, desensibilización y reestructuración cognitiva. En el caso de EMDR, se utilizan los movimientos oculares para facilitar el proceso

La evidencia por el contrario, indica que sería el componente conductual, común a todas las psicoterapias centradas en el trauma, el que explicaría su efecto benéfico y no se han encontrado

diferencias de efectividad entre la terapia cognitivo conductual y EMDR en el tratamiento del TEPT. En el caso del EMDR, se han observado efectos benéficos después de 15 meses de completado el proceso de la terapia. Las psicoterapias aplicadas en el trauma también se pueden aplicar en niños, en quienes se ha mostrado una efectividad moderada, ya sea de forma individual o grupal. Otras psicoterapias en adolescentes y niños no tienen evidencia suficiente.

Cuando la psicoterapia es contraindicada debe recurrirse al psicofármaco. La evidencia actual está de acuerdo en el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), de los cuales la sertralina es el único que cuenta con meta análisis que avalan su efectividad. Es conveniente completar al menos un año de tratamiento. Otros antidepresivos como la carbamacepina se podrían intentar cuando los ISRS hayan fallado, así como el tratamiento ansiolítico con benzodiacepinas.

### Nivel V. Manejo psiquiátrico por expertos.

La evidencia indica que la efectividad de los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y los antidepresivos tricíclicos es similar, los IMAO solo deberían ser utilizados cuando otros antidepresivos han fallado, por su alto riesgo de efectos adversos severos. La adición de olanzapina y risperidona podría ser útil, especialmente en los síntomas de intrusión (Pae. CU, L. Ajwani, P. Patkar, S. 2008; 23:1-8). El ácido valproico también podría ser de utilidad. En cualquier caso, estos y otros tratamientos experimentales, como la realidad virtual, deberían ser indicados por expertos, solo en casos más graves e idealmente en centros de especialidad en TEPT.

## Discusión

En los próximos años, los desastres podrían aumentar como consecuencias de los cambios climáticos, la sobrepoblación en zonas de riesgo y otros desastres producidos por el hombre. En ello va la importancia de desarrollar estrategias para disminuir sus consecuencias.

La mayoría de las víctimas de los desastres presenta síntomas psicológicos transitorios, solamente la minoría desarrolla psicopatología de largo plazo, siendo el TEPT y la depresión mayor las enfermedades más frecuentes.

A pesar de la disponibilidad, la mayoría de los afectados por los desastres no pide ayuda en los servicios de salud mental, por lo que después de un desastre la demanda no se incrementa significativamente. En el caso específico de Nicaragua, solamente existe un hospital de salud mental ubicado en la capital, Managua. Es importante implementar estrategias de difusión de salud mental para reducir el impacto del desastre sobre la población.

Después del primer impacto tenemos la fase postdesastre, se recomienda asistir a las víctimas asegurando la cobertura de las necesidades básicas, como método más efectivo para prevenir la aparición de psicopatologías, lo que se conoce como Primeros Auxilios Psicológicos. En fases intermedias y luego de un proceso de screening psicológico que identifique a las víctimas en riesgo de presentar psicopatología grave, se recomienda aplicar técnicas preventivas y curativas. De ellas, las más avaladas por la evidencia son las psicoterapias centradas en el trauma.

Es impresionante la escasez de publicaciones en castellano acerca de desastres. La comunidad hispanoparlante debería reforzar sus esfuerzos por desarrollar investigación en esa área y publicar en nuestro idioma. La falta de literatura es preocupante, porque podría aumentar nuestra vulnerabilidad a los desastres. Es necesario, además, entrenar al personal de salud mental en Primeros Auxilios Psicológicos, ya pues la falta de profesionales entrenados en esta técnica podría afectar la capacidad de respuesta de nuestras comunidades.

En este trabajo se tuvo dos limitaciones importantes. La primera fue la cantidad de fuentes de información utilizadas fue limitada, por lo que se pudo haber omitido trabajos importantes. La segunda, no se evaluó la calidad de las publicaciones seleccionadas. Sin embargo, el tamaño grande de las dos bases de datos que fueron utilizadas permite suponer que no deben ser muchos los metaanálisis omitidos. Además, la similitud de resultados entre los distintos metaanálisis que encontramos nos permite afirmar que sea poco probable que los trabajos omitidos puedan cambiar significativamente nuestras conclusiones.

## Referencias bibliográficas

Adamou, Puchalska S, Plummer W, Hale AS. 2007. Valproate in the treatment of PTSD: systematic review and meta analysis.

Benish, SG., Imel, ZA. Wampold, BE. 2008. The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of direct comparisons. [Links]

Bisson, A. 2007. Psychological treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD). [Links]

Bisson, E., Matthews, R., Pilling S, Richards D, Turner S. 2007. Psychological treatments for chronic posttraumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis.

Cohen R. 2005. Salud Mental para Víctimas de Desastres, Guía para Instructores. México.

David, M., Mendoza, LM., Kulick-Bell R, Ironson G, Schneiderman N. 1996. Psychiatric morbidity following Hurricane Andrew. J Trauma Stress. Emergency Events Database (CRED).

Forbes D, Creamer M, Phelps A, Bryant R, McFarlane A, Devilly GJ. 2007. et al. Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder.

Murillo V. J. 2012. Historia y Memoria de los Sobrevivientes del Deslave del Volcán Casitas. Managua.

Murillo V. J. 2012. Testimonios de Amor y Esperanza: Damnificados del Huracán Mitch, Managua.

Organización Panamericana de la Salud. 2000. Los desastres Naturales y la Protección de la Salud, Washington.

Organización Panamericana de la Salud. 2002. Protección para la Salud Mental en Situaciones de Desastres y emergencias.

Pichot Pierre. DSM-IV: Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1996. México.

Pruzman, P. 1990. Manual del Educador, San José.

Roberts, K., Kenardy J, Bisson JI. 2009. Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events.

Seidler, W. 2006. Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta analytic study. Psychol Med. .

National Institute for Clinical Excellence (NICE). 2005. Posttraumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London.

North, S. 1994. Posttraumatic stress disorder in survivors of a mass shooting. North CS. Norton PJ, Price EC.

Pae Cu, Lim Hk, Peindl K, Ajwani N, Serretti A, Patkar AA, et al. 2008. The atypical antipsychotics olanzapine and risperidone in the treatment of posttraumatic stress disorder: a meta analysis of randomized; double-blind, placebo-controlled clinical trials.

Seidler, GH. Wagner FE. 2006. Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta analytic study.

*Dra. Josefa Dolores Murillo.*

Psicóloga clínica. Miembro Fundador Grupo PAE

<https://orcid.org/0000-0003-0686-3635>

josefinamurillo@yahoo.com