

XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2020.

Intervenciones de primera respuesta en situaciones de emergencias y catastrofes: “primeros auxilios psicologicos / emocionales”.

Bodon, María Cecilia.

Cita:

Bodon, María Cecilia (2020). *Intervenciones de primera respuesta en situaciones de emergencias y catastrofes: “primeros auxilios psicologicos / emocionales”*. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-007/8>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/etdS/s0C>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

INTERVENCIONES DE PRIMERA RESPUESTA EN SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y CATASTROFES: “PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS / EMOCIONALES”

Bodon, María Cecilia

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Las situaciones de emergencias y catástrofes acompañan desde siempre a la historia de la humanidad. Las consecuencias sobre la salud física de las personas implicadas son ampliamente conocidas y sobre ellas se destinan importantes recursos humanos y económicos. Los efectos sobre la salud mental merecen mayor consideración de la actual, ya que las estadísticas demuestran una elevada probabilidad de que los afectados presenten conductas disfuncionales. Éstas podrían mitigarse con intervenciones (PAE/PAP) tendientes a reducir la multiplicación innecesaria de víctimas y la aparición de trastornos severos (Trastornos depresivos, Trastornos de ansiedad y el Trastorno de Estrés Post traumático-TEPT). Durante el presente año (2020) la pandemia de COVID 19 puso de manifiesto a nivel mundial, la necesidad imperiosa de contar con profesionales capacitados para intervenir en acciones de primera respuesta. Si bien para la actuación en emergencias y desastres no es requisito poseer un título de grado sino un entrenamiento específico, es imprescindible considerar la inclusión de la temática en la currícula académica de las carreras vinculadas a la salud mental.

Palabras clave

Emergencia - Catástrofe - Riesgo - Prevención

ABSTRACT

FIRST RESPONSE INTERVENTIONS IN EMERGENCY AND CATASTROPHE SITUATIONS: “PSYCHOLOGICAL/EMOTIONAL FIRST AID”

Emergency and catastrophe situations have always been part of human history. The consequences on the physical health of the people involved are widely known and significant human and financial resources are allocated to them. The effects on mental health deserve greater consideration than at present, as statistics show a high probability of those affected of displaying dysfunctional behaviour. These could be mitigated by interventions aimed at reducing unnecessary multiplication of victims and the occurrence of severe disorders (Depressive Disorders, Anxiety Disorders and Post Traumatic Stress Disorder-PTSD). During this year (2020), the Covid 19 pandemic has shown the world the urgent need for trained professionals to intervene in first response actions. Although it is not a requirement to have a degree but

rather specific training in order to act in emergencies and catastrophes, it is essential to consider the inclusion of the subject in the academic curriculum of careers linked to mental health.

Keywords

Emergency - Catastrophe - Risk - Prevention

Introducción:

Las situaciones de emergencias y catástrofes acompañan desde siempre a la historia de la humanidad. Las consecuencias sobre la salud física de las personas implicadas son conocidas, destinándose importantes recursos (humanos y económicos); sin embargo, los efectos sobre la salud mental de las poblaciones afectadas han sido menos atendidos.

La **Psicología de la Emergencia** surge como una manera de responder a esa situación y se define como **el estudio del comportamiento humano antes, durante y después de las situaciones de emergencia** (Valero S. 2001).

Un evento no es por sí mismo traumático, que lo sea dependerá de condiciones subjetivas y personales del afectado. Algunas situaciones son traumatogénicas, es decir, que por sus características pueden provocar efectos adversos en la salud psicofísica de las personas.

Un incidente será crítico cuando desborde la capacidad de afrontamiento del individuo a raíz de la interrupción “temporaria” de sus recursos adaptativos, provocando **reacciones: físicas** (cansancio, taquicardia, sudoración, etc.), **cognitivas** (confusión, falta de concentración, rumiación, etc.), **emocionales** (tristeza, culpa, irritabilidad, etc.) y de **comportamiento** (aislamiento, hiperactividad, trastornos del sueño etc.).

Estas reacciones iniciales se consideran “normales”, por ello, en las intervenciones de las primeras etapas de las crisis **no se habla de “pacientes” sino de “afectados”**.

Según el momento en el que se intervenga y el tipo de ayuda ofrecida, se distinguen:

- Las **Intervenciones de primera respuesta**: brindadas inmediatamente después de acontecido el evento traumatogénico (primeras 72hs). Pueden ser impartidas por personas que no necesariamente sean profesionales de la salud pero que se han entrenado y formado en la temática. **Apuntarán a restablecer el equilibrio emocional facilitando la activación de**

recursos de afrontamiento.

- Las **intervenciones de segunda respuesta**: llevadas a cabo por profesionales de la salud mental, tienen como objetivo **lograr la translaboración del suceso traumático** (Slaikeu, K. 1988).

La pandemia de COVID 19 que afecta a la población mundial en este 2020 puso de manifiesto la urgencia de contar con profesionales que pudieran intervenir adecuadamente en las etapas iniciales de la crisis sanitaria.

A raíz del ritmo vertiginoso de los acontecimientos (contagios y muertes), se vió la necesidad de crear dispositivos de atención, algunos de ellos telefónicos y/o virtuales, destinados a prevenir y paliar los indicadores de ansiedad y estrés evidenciados. En primer lugar, se abocaron a asistir al personal de salud afectado a la pandemia; pero a medida que se fueron investigando las diversas consecuencias psicológicas acaecidas en la población general (Etchevers M. et Al., 2020) se sumaron otros grupos de destinatarios: niños, adolescentes, adultos mayores, personas con necesidades especiales, etc.

Por ende, en este artículo, dada la necesidad de contar con profesionales formados en el tema, se desarrollarán aspectos centrales de las intervenciones de primera respuesta también llamadas **Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) o Primeros Auxilios Emocionales (PAE)**, destacando que esta información no supe el entrenamiento y formación necesarios para llevar adelante responsablemente esas tareas.

Intervenciones de Primera Respuesta (PAP/ PAE):

Son intervenciones de ayuda y soporte emocional que se implementan con las personas que acaban de sufrir el impacto de una noticia, un accidente, o que han sido víctimas de un atentado o vivido una catástrofe.

Constituyen la primera atención que recibirán en las primeras fases de una situación de crisis. **El objetivo primordial será protegerlos de sufrir daños mayores evitando la revictimización, reduciendo las complicaciones, buscando la recuperación, promoviendo el funcionamiento adaptativo y las habilidades de afrontamiento para lidiar con lo sucedido.** (Slaikeu, C 1988, Brymer M et Al, 2006).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002), Organización Mundial de la Salud (OMS 2012), las metas de las intervenciones de primera respuesta son:

- Detener el proceso agudo de descompensación psicológica, aliviando las manifestaciones sintomáticas y el sufrimiento.
- Estabilizar al individuo y protegerlo de estrés adicional, reduciendo los sentimientos de anormalidad o enfermedad.
- Evitar complicaciones adicionales.
- Restaurar las funciones psíquicas y readaptar a la persona a las nuevas condiciones tan rápido como sea posible.
- Prevenir y mitigar el impacto del estrés postraumático.
- Facilitar u orientar la asistencia profesional a mediano o largo

plazo si fuera necesario.

La **gestión de una crisis** incluye 3 momentos claves: **Antes, Durante y Después.**

El “**Antes**”, se refiere a todas las actividades de preparación, capacitación y entrenamiento (físico y emocional) del equipo profesional.

El “**Durante**”, consiste en la aplicación de los PAP/PAE propiamente dichos, que apuntan a disminuir el impacto que la crisis conlleva.

El “**Después**”, (finalizada la intervención) estriba en la implementación de las técnicas de cuidados y prevención de los afectados, y del autocuidado del equipo.

Existen protocolos que detallan secuencias de cada actuación. Consisten en procedimientos consensuados que ante las situaciones de urgencia simplifican el accionar, facilitando la intervención, la toma de decisiones y la protección del equipo.

Para comprender adecuadamente la aplicación de los PAP/ PAE y su efectividad, es preciso entender al ser humano como una totalidad BIO- PSICO-SOCIAL.

George Engel estableció la coexistencia de factores biológicos, psíquicos y sociales implicados en los procesos de salud-enfermedad (Engel G.,1977).

El ser humano en situaciones normales responde integrando cognición y emoción, es decir responde afectivamente y a la vez comprende, razona y coordina la acción.

En momentos de estrés agudo, la amígdala (encargada de procesar y almacenar las emociones) se sobreactiva, la nueva información sensorial “excesiva” no puede acceder a los circuitos de memoria y asociación; produciéndose una disociación temporal. Pasa a primar la esfera emocional por sobre la cognición y **el afectado pierde la posibilidad de discernir con claridad mensajes, retener información y operar asertivamente.**

Como contrapartida, en el equipo de trabajo deberá producirse una “disociación técnica”, también temporal, que permita la primacía de la razón sobre la emoción.

La preparación profesional y el entrenamiento permiten un aprendizaje de respuestas adaptativas que posibilitan la inhibición de las respuestas emocionales dando prioridad a aquellas que permitan el manejo exitoso de la tarea (Cea Ugarte, J.I, 2015).

1- Clasificación de Víctimas:

Para la distribución de los recursos de asistencia de manera apropiada se deben identificar todos los niveles de las víctimas implicados. Taylor A. y Frazer, A. contando con amplio consenso internacional (García Renedo, M et Al. 2007), establecieron:

- Víctimas Primarias:** personas que se encontraban ubicadas en el epicentro del desastre (heridos, fallecidos e ilesos).
- Víctimas Secundarias:** familiares y amigos cercanos de las víctimas primarias. Se calculan unas 10 personas afectadas directas por cada víctima de primer nivel.

- **Víctimas de Tercer Nivel:** personal que interviene en el rescate y la emergencia (médicos, bomberos, psicólogos, personal sanitario, etc.).
- **Víctimas de Cuarto Nivel:** comunidad afectada (por inmediatez cercana).
- **Víctimas de Quinto Nivel:** personas implicadas de manera indirecta. Se ha verificado la presencia de reacciones de miedo, inquietud y angustia en sujetos que vieron imágenes de desastres sin haber estado presentes en los mismos. Por ello es fundamental, limitar al máximo la circulación de ciertas escenas en medios audio-visuales (Fernández Millán, J.M, 2013).

Consideran un **sexto nivel de víctimas**, integrado por aquellos que podrían haber sido víctimas de primer nivel y no lo fueron (Por ej. perdieron el vuelo que sufrió el accidente). En la práctica se las incluye dentro de las víctimas del quinto nivel.

Lo novedoso de esta clasificación radica en considerar que puede haber afectados que no han estado presentes durante el suceso o que han resultado “ilesos” desde lo físico.

El reconocimiento como víctimas permite otorgarles ayuda y fundamentalmente diseñar medidas preventivas tendientes a la reducción del número de las mismas.

El proceso por el cual se identifican los afectados que se encuentran en mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales se conoce como **Triaje Psicológico**. Se coloca una etiqueta o pulsera (color rojo, amarillo o verde) a los asistidos que luego de la evaluación se determine que requieran **prioridad de atención**. (Ruiz Muñoz, E M, 2015).

2- Previo a la aplicación:

Cada integrante del equipo deberá evaluar si está en condiciones de participar.

Como **primer paso** el personal de asistencia, **deberá ponerse al servicio de quienes estén coordinando** la tarea, trabajar de forma integrada y subordinada a ellos.

Se obtendrá la **información** necesaria sobre el lugar disponible para trabajar, datos sobre lo sucedido y sectores donde se brinden los servicios esenciales.

Se **identificarán a las personas que requieran asistencia**. Siempre que sea posible se las **agrupará** respetando pautas culturales, tradiciones y necesidades especiales de cada grupo (niños, adolescentes, adultos mayores o personas con necesidades especiales).

Los PAP/PAE **se aplican fuera de la zona donde ha tenido lugar el suceso, en un espacio seguro** lo más confortable posible (protegido de la vista y sonidos del escenario primario) para cuidar a las personas de una re-exposición innecesaria.

3- Secuencia de implementación de los PAE/PAP:

El primer contacto con los afectados resulta fundamental. Será importante **solicitar permiso** para hablarle, **presentarse**, ex-

plicitando el nombre, rol y objetivo de la intervención a realizar. Se deberá **informar** que la presencia del personal PAE tiene como **objetivo brindar ayuda**, garantizando la mayor privacidad posible.

Se hablará **pausadamente**, utilizando frases cortas (respondiendo por ej. a: qué, quién, cómo, cuándo y dónde). Los aspectos no verbales de la comunicación son fundamentales para lograr confianza (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja, 2014).

Preguntar el nombre y siempre referirse utilizándolo. La **actitud deberá ser calma y tolerante**, estableciendo contacto visual y entendiendo que los afectados podrían tener dificultad en la comprensión y la regulación emocional.

Se implementarán técnicas tendientes a estabilizar a las personas en shock, que le permitirán lograr cierta tranquilidad y se **atenderán necesidades básicas** (comida, bebida, ayuda médica, provisión de información, etc.).

Será **fundamental brindar toda la información disponible**, el desconocimiento aumenta la confusión e incrementa el malestar. Las comunicaciones se transmiten a adultos. Si se requiere asistir a menores se deberá pedir autorización (Brymer M et Al., 2006).

Está contraindicado tener un comportamiento intrusivo, mostrarse ansioso o irritable, hacer falsas promesas, tener una actitud moralista, confrontar creencias, etc.

Para promover la Autoeficacia se animará a las personas a **identificar sus necesidades** y se colaborará ayudándolos a **establecer las prioridades**, facilitando herramientas que les permitan recuperar el control de sus vidas.

Se tomarán las medidas pertinentes para ayudar a **establecer conexión con las redes de apoyo**, haciendo los esfuerzos necesarios para reunir a los integrantes de las familias.

Se brindará **información psico-educativa que normalice** las reacciones físicas y psicológicas que se pudieran registrar. Se recomienda **entregarlas por escrito**.

Se facilitarán datos de los **recursos disponibles de atención** (oficiales y extraoficiales) y se hará **formalmente la derivación** en caso de haberse evaluado su necesidad.

Si un afectado no lograra re-equilibrarse mínimamente, se interrumpirá el trabajo con él, para preservar la integridad y calma necesarias para el trabajo del equipo. Se avisará al personal de seguridad (Brymer M, et Al.-National Child Traumatic Stress for PTSD, 2006).

Síntesis de la secuencia:

- Establecimiento de contacto y presentación.
- Brindar alivio, protección y contención.
- Recogida de información (identificando necesidades inmediatas y preocupaciones).
- Brindar asistencia práctica (para paliar necesidades).
- Establecer conexión con las redes de apoyo (primaria y red comunitaria).

- Provisión de pautas de afrontamiento.
- Conexión con servicios externos.

4- La comunicación de “malas noticias”:

Esta situación siempre implica una carga emocional para los involucrados.

Se cuidarán los aspectos legales en lo concerniente a qué se dice y a quién se lo dice.

Los profesionales deberán seguir un protocolo estipulado (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja, 2014, Bascuñán ML, 2013):

- **Contar con información clara y certera** de lo que se debe comunicar. No anticiparse a brindar información que no esté confirmada.
- **Corroborar la identidad** de la/s personas con las que se tiene que hablar.
- **Presentarse**, dando nombre, explicando tareas y funciones, pedir los respectivos nombres a las personas y dirigirse a ellos usándolos en todo momento.
- **Buscar un lugar** lo más acogedor y privado que sea posible.
- Contar **con material auxiliar** (Pañuelos de papel, agua, sillas, teléfono, etc.).
- **Con actitud empática** se procederá **primero a preguntar por la información que las personas posean**, de esta manera podrán aclararse informaciones falsas o distorsionadas que pudieran circular.
- **Se brindará la información pertinente** evitando dar detalles innecesarios o falsas esperanzas.
- **Al notificar una muerte, debe hacerse de manera clara**, sin usar metáforas o referencias indirectas.

Se deberá **permanecer a disposición el tiempo que sea necesario**.

La información siempre aporta calma y colabora con la recuperación del control.

Existe consenso sobre una **secuencia de reacciones esperables** ante la comunicación de noticias que implican un duelo por hacer, conocerlas permite comprender y acompañar adecuadamente a los asistidos en cada una de ellas (Kubler Ross E. 1975).

- **Etapas de Negación y shock:** surge de inmediato, como intento de amortiguar el impacto de la noticia. La información no se acepta y se niega.

Se la considera una respuesta normal en los inicios del duelo pero permanecer en esta etapa es perjudicial, ya que impide la aceptación de lo sucedido.

- **Etapas de Rabia:** la persona reconoce lo sucedido pero no lo acepta, presenta un comportamiento hostil con el ambiente, la ira es el sentimiento predominante.

Es fundamental comprenderlo como parte del proceso y no juzgar a la persona por ciertas reacciones emocionales que pudieran resultar inadecuadas.

- **Etapas de la Negociación:** se acepta parcialmente lo acon-

tecido pero se necesita algo a cambio. Se desea volver a la situación previa al acontecimiento como intento de aliviar el sufrimiento.

- **Etapas de Depresión:** se comprende y acepta lo sucedido con profundo dolor. Son frecuentes los síntomas de desinterés, apatía, desánimo.
- **Etapas de Aceptación:** consiste en la resignificación de lo acontecido integrándose como parte de la historia personal, aceptando la realidad y conviviendo con ella.

En Argentina, en el marco del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (DECNU 297/2020) dictado a raíz de la pandemia de COVID19 se evidenciaron en la población reacciones correspondientes a cada una de las etapas. El rechazo y/o violación de la norma, la hostilidad y denuncia entre vecinos, la búsqueda de negociación por crisis económica y social, el desánimo general y la mirada negativa sobre el futuro, son algunos ejemplos.

6- Cuidado del equipo de asistencia:

Los **profesionales** son personas que generalmente funcionan adecuadamente bajo las responsabilidades a que son sometidos. Sin embargo, **la magnitud de la experiencia estresante puede superar en algunas circunstancias las defensas del individuo**, volviendo insuficientes los procesos habituales de adaptación, **pudiéndose evidenciar reacciones similares a las de los afectados**. Las estadísticas indican que entre un 3% y un 7% de casos pueden llegar a desarrollar el Trastorno de Estrés Postraumático y Depresión (Hodgkinson y Stewart, 1998) a consecuencia de su labor.

Deberán reconocer las limitaciones que los ponen en riesgo y poder detener la tarea, a pesar de poder sentir la presión social para seguir interviniendo.

Se recomienda: **trabajar con un compañero** (BuddySystem) como forma de apoyo mutuo, desarrollar las tareas en **turnos de entre 4 y 6 horas**, con períodos de descanso, **conocer técnicas de autocuidado** para el manejo del estrés y someterse a una sesión de **Defusing** al finalizar cada intervención. El objetivo será reducir la posibilidad del “desgaste por empatía” (Guía Didáctica de Intervención Psicológica en Desastres. España. 2005).

Como técnica de prevención secundaria se puede implementar el **Debriefing Psicológico** (Mitchell, 1983, Guía Didáctica de Intervención Psicológica en Desastres. España. 2005).

Existe cierta controversia respecto a la utilidad de estas técnicas. Los expertos recomiendan profundizar las investigaciones (Santacruz Escudero J.M, 2008); así como entender que **los beneficios nunca pueden esperarse de la aplicación de una sola técnica sino de la totalidad de un procedimiento general** (Galliano, S et Al., 2003).

7- Técnicas básicas a emplear en PAP/PAE:

Colaboran en la recuperación del control emocional. Incluyen elementos de Psicología Cognitiva, Mindfulness, técnicas de

respiración y relajación.

Ejercicios respiratorios: Existe evidencia científica (Cea Ugarte, J.I. et Al, 2015) sobre el efecto beneficioso que tiene el uso de ejercicios respiratorios voluntarios para el manejo del estrés y la ansiedad, logrando resultados similares al uso de ansiolíticos (Kholi,A et Al.,2001). Son fundamentales en situaciones donde deba recuperarse la calma.

Plan para el manejo del estrés: Permite instalar rutinas saludables (apuntando a los tres planos “bio-psico-social”) incluyendo actividades sencillas, tales como: dieta sana, caminata atenta, realización de actividad placentera, encuentro social e incorporación de ejercicios de respiración; colaborando con el inicio de la etapa de duelo.

Técnica de Estimulación Sensorial (Mindfulness): Ayuda a la mente a volver al presente y liberar tensión acumulada por sobreestimulación sensorial negativa, sincronizando de manera simultánea los sentidos primarios con estímulos positivos que faciliten la calma (Hendriksen, E.2018). Su implementación insume apenas diez minutos (Galfasó A, 2015).

Técnica de Defusing (Mitchell 1983): Es una sesión de descarga para minimizar los efectos de la experiencia en los equipo de trabajo, previo al retorno a sus hogares.

Tendrán la oportunidad para describir sentimientos, reacciones y evaluar resultados (Guía Didáctica e Intervención Psicológica en Desastres. Ministerio del Interior. España, 2005).

8- **Discusión**

El cabal reconocimiento de las posibles y potencialmente graves consecuencias psicológicas que se derivan de las situaciones de emergencias y catástrofes, abre la necesidad de profundizar en estrategias e intervenciones de primera respuesta que ayudarán a aminorar el impacto en la salud psicológica de los afectados.

A partir de la pandemia de COVID19 , diversas investigaciones (Etchevers M. et Al, 2020) sostienen la asociación existente entre el impacto psicológico de la cuarentena y el riesgo de padecer un trastorno mental. La crisis socio-económica desatada produce inevitablemente intensos temores y ansiedades. Los síntomas clínico-psicológicos se incrementan y agravan a medida que el aislamiento avanza.

Así como esta situación pandémica fuerza a cuestionar la calidad de los sistemas sanitarios médicos a nivel mundial, obliga en igual medida a revisar aquellos destinados a preservar la salud mental de las poblaciones. Esto último, nos permite resaltar la idea central de este artículo: **la necesidad de contar con equipos especializados en primeros auxilios emocionales que ayuden a mitigar el impacto psicológico que un evento de esta naturaleza conlleva, en el marco de la atención integral de la salud.**

El personal interviniente instruido en Primeros Auxilios Emocionales debe estar presente en las situaciones referidas para atender a los afectados, ya que son altas las probabilidades que

aparezcan conductas disfuncionales que pueden mitigarse con ayuda apropiada. La misma podrá reducir la multiplicación innecesaria de víctimas y la aparición de patologías severas tales como los cuadros depresivos y el TEPT.

Con la pandemia de COVID 19, y su consecuente implementación a nivel mundial de diferentes estrategias de abordajes médicos y modalidades de restricción social; se abre la puerta a posibles y nuevas investigaciones que permitirán evaluar índices de letalidad por contagio del virus en relación a la letalidad por agravamiento de la salud mental.

Si bien no es requisito indispensable poseer un título de grado para la actuación en emergencias y desastres, sino un entrenamiento específico; **consideramos que sería muy importante incluir la temática en la currícula académica de las carreras de grado vinculadas a la salud mental.**

Para concluir, es necesario volver a destacar que este artículo intenta transmitir contenidos básicos sobre la temática expuesta, pero de ninguna manera suple la formación y entrenamiento necesarios para actuar responsable y eficazmente en emergencias y catástrofes.

BIBLIOGRAFÍA

- Araya Molina, C. (2013) *Psicología de la Emergencia*. Santiago de Chile. Chile. Psicoprev.
- Argentina. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2015). *Salud Mental: recomendaciones para la intervención ante situaciones de emergencias y desastres*. Buenos Aires.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5)*. 5ª Ed. Arlington, VA
- Bascuñán, M. L. (2013) *Comunicación de “Malas Noticias” en Salud*. Revista Médica Clínica las Condes. Santiago. Chile. Vol 24 pp 685-693
- Bessoles, P. (2006). *Psicoterapia Post Traumática. Contribución a una teorización psicodinámica de Defusing y Debriefing psicológica*. En Subjetividad y procesos cognitivos. Pp. 53 -68. UCES.
- Bodon, M. C. y Ríos, A. (2018). *Emergencias y Catástrofes: Características de las Intervenciones de Primera Respuesta*. Manuscrito no publicado, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Boletín Oficial República Argentina (2020). *Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. Decreto 297/2020-DECNU-2020-297 APN PTE Argentina* <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>
- Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Vernberg, E., Watson, P. (National Child Traumatic Stress Network y National Center for PTSD). (2006) *Primeros Auxilios Psicológicos: Guía de Operaciones Prácticas*, 2da edición. Disponible en: <http://www.nctsn.org> y [Http://www.ncptsd.va.gov](http://www.ncptsd.va.gov).
- Cea Ugarte, J. I., González-Pinto Arrillaga, A., & Cabo González, O. M.ª. (2015). *Efectos de la respiración controlada sobre los síntomas de estrés y ansiedad en una población de 55 a 65 años: estudio piloto*. *Gerokomos*, 26(1), 18-22. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000100005>

- Cohen, R. y Ahearn, F. (1989) *Manual de la atención de salud mental para víctimas de desastres*. Mexico. Harla.
- Cortés Trujillo, E. G. (2002) "La percepción psicológica del riesgo y el desastre" *Cap2: - Aspectos Neuropsicológicos*. Cuadernos de Crisis Vol 1 Nro 2 pp15-39. 2003 [www.cuadernosdecrisis.com > docs > cdc_002](http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/cdc_002)
- Costa Marcé, M. Gracia Blanco. (2002) *Debriefing y tria psicológica en intervención en crisis: una revisión*. Psiquis (Madr.). Vol 23 Nro 5: pp 198-208. España.
- Dirección General de Protección Civil y emergencias (2005). *Guía Didáctica de Intervención Psicológica en catástrofes. Unidad didáctica 7. Intervención psicológica con intervinientes en emergencias*. Madrid. España Nipo:126-05-061-0
- Engel, G. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science*. New Series Vol 196 Nro 4286, pp 129-136
- Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N., Grasso, J., Natalí, V., & Helmich, N. (2020). *Salud Mental en Cuarentena. Relevamiento del impacto psicológico a los 7-11 y 50-55 días de la cuarentena en población argentina*. Buenos Aires, Argentina: Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>
- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media-luna Roja (2012). *Primeros auxilios psicológicos*. Ginebra.
- Fernandez Millan, J. M. (2013). *Gestión e intervención psicológica en emergencias y catástrofes*. Madrid. España. Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.).
- Figueroa, R. A., Marín, H., & González, 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>
- Figueroa, R., Cortés, P., Accatino, L. y Sorensen, R. *Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo*. *Rev Mev Chile*; 144: 643-655.
- Galfaso, A. *Manual de Primeros Auxilios Emocionales en Urgencias, Emergencias y Desastres para Primeros Respondientes*. Centro Psicotraumatológico Argentino (no publicado). Bs. As.
- Galliano, S., Cervera Goizueta, M., Parada Torres, E., *El CIPR (Procesamiento y Recuperación tras Incidentes Críticos). Un marco para la intervención postrauma y el desarrollo del debriefing psicológico*. Cuadernos de Crisis Vol 1 Nro 2 pp12-14. 2003 [www.cuadernosdecrisis.com > docs > cdc_002](http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/cdc_002)
- García Renedo, M., Gil Beltrán, J. M., Valero Valero, M. (2007). *Psicología y desastres: aspectos psicosociales*. Castelló de la Plana: Publicaciones de la Universidad de Jaume I. KRK Ediciones.
- Hernández Marin, I. E. y Gutiérrez López, L. P. (2014). *Manual básico de Primeros Auxilios Psicológicos*. UIPC CUCS. Guadalajara. México.
- Hendriksen, E. Ph. (2018). *How to be yourself?* USA. Macmillan. ISBN 978 92 4 354820 3 (Clasificación NLM: WM 401).
- Kohli, A., Varma, V.K., Nehra, R. *Comparison of efficacy of psychorelaxation and pharmacotherapy in generalized anxiety disorder*. *J Person Clin Studies*. 2001;16:43.
- Kübler Ross, E. (1975). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona. España Ediciones Grijalbo.
- Kübler Ross (1997-2005) *La rueda de la vida*. Biblioteca Lascasas 1. Disponible [http:// www.index-f.com/lascasas7documentos7lc0018.php](http://www.index-f.com/lascasas7documentos7lc0018.php)
- Ley 24421 (PLN). Ley Nacional de Atención Primaria de la Salud Mental. Boletín Oficial. República Argentina. 3 de Mayo de 2001.
- Ley 26529 (PLN) Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Boletín Oficial. República Argentina. 20 de Noviembre 2009.
- Ley 26657 (PLN). Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial. República Argentina. 29 de Mayo 2013.
- Madrigal Bonilla, A. (2012). "Disociación como defensa al trauma: caso clínico de fuga disociativa". *Revista Cúpula*. Vol 26(2) 9-18. San José de Costa Roca. ISSN 1659 3871.
- Mitchell, J.T. (1983). *When Disaster Strikes: The Critical Incident Stress Debriefing Process*, *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36-39.
- Norris, F. 2008. *Validation of the Short Post-Traumatic Stress Disorder Rating Interview as a Measure of Post-Disaster Distress and Treatment Need*. *American Journal of Disaster Medicine* (July): 201-212. www.start.umd.edu/publication/validation-short-post-traumatic-stress-dis.
- Ochoa Cepero. M.J (2015) *Psicología de Emergencias: Una nueva Profesión*. Anuario del Centro de la Universidad Nacional de Educación a Distancia en Calatayud. N.º 21, pp. 173-187, 2015
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Prevención del Suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención Primaria en salud. Trastornos Mentales y Cerebrales* Departamento de Salud Mental y Toxicomanías Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Manuscrito no publicado
- Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional (2012). *Primera Ayuda Psicológica: Guía para trabajadores de campo*. Ginebra. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243548203_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud, OMS, (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado el 18 de junio de 2014. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Panamericana de la Salud (2010). *Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Desastres: Guía para equipos de respuesta*. Disponible en: <http://www.cridlac.org/digitalizacion/pdf/spa/doc18061/doc18061.htm>
- Organización Panamericana de la salud -OPS. (2016) *Guía de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias*
- Osorio Vigil, A. (2017) *Primeros Auxilios Psicológicos*. ALFEPSI. Integración Académica en Psicología. Vol 5. Nro 15. ISSN: 2007-5588
- Pineda Marín, C., & López-López, W. (2010). *Atención Psicológica Postdesastres: Más que un "Guarda la Calma". Una Revisión de los Modelos de las Estrategias de Intervención*. *Terapia psicológica*, 28(2), 155-160. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000200003>
- Prados Castillejo, J.A., Quesada Jiménez, F. (1998). *Guía sobre cómo dar malas noticias*. FMC. Vol 5(4): 238-50.

- Rendón Uribe, M. (2012). *Creatividad y cerebro: bases neurológicas de la creatividad*. *Aula*, 15, 117-135. Recuperado de <http://revistas.usal.es/index.php/0214-3402/article/view/8946>
- Ruiz Muñoz, E. (2015). *El Triage Psicológico ¿Una herramienta para el psicólogo de Emergencias?* Cuadernos de Crisis. Nro 14 Vol 11. Pp 63-69 http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2015/numero-14vol1_2015
- Saavedra Torres, J. S., Díaz Cordoba, W. J., Zúñiga Cerón, L. F., Navia Amézquita, C. A., Zamora Bastidas, T. O. (2015). *Correlación funcional del sistema límbico con la emoción, el aprendizaje y la memoria*. *Morfología UCO* ISSN 20119860- Vol. 7 - No. 2 -pag 29 a 44 ISSN electrónico 2011-9860.
- Santacruz Escudero, J. M. *Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático)* *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 37, núm. 1, 2008, pp. 198-205 Asociación Colombiana de Psiquiatría Bogotá, D.C., Colombia.
- Slaikew, K. (1988). *Intervención en Crisis. Manual para Práctica e Investigación* (1988) México. El Manual Moderno.
- Taylor, A.J.W.y Frazer R.A.G. (1981). *Psychological sequelae of operation overdue following the dc-10 air crash in Antarctica*. Victoria University, Wellington, New Zealand: Victoria University of Wellington Publications in Psychology, 27.
- Valero, S. *Psicología en emergencias y desastres* (2001). Lima (Perú): Editorial San Marcos.
- Valero Valero, M., Gil Beltrán, J. M., García Renedo, M. (2007). *Profesionales de la Psicología ante un desastre*. Castelló de la Plana: Publicaciones de la Universitat Jaume I, D.