

IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2017.

# Intervenciones post traumáticas tempranas.

Mallo, Natalia Noemi y Yaya, Irene Lucía.

Cita:

Mallo, Natalia Noemi y Yaya, Irene Lucía (2017). *Intervenciones post traumáticas tempranas. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/269>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRer/emn>

*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 POST TRAUMÁTICAS TEMPRANAS

Mallo, Natalia Noemi; Yaya, Irene Lucía

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Argentina

---

## RESUMEN

Existe un consenso general en cuanto a la importancia de la intervención temprana frente a sucesos potencialmente traumáticos para prevenir la instalación de trastornos psiquiátricos. El trauma, en tanto desborda las capacidades del individuo para tramitarlo adecuadamente, podría generar por dicha razón, diversos trastornos psiquiátricos, ya sea en los afectados directos como en el personal que asiste. En el presente trabajo, se describen abordajes en la fase aguda, un abordaje psicosocial de las catástrofes desde un concepto de salud integral (Ascaini et al 2016) y se describen las técnicas de defusing y debriefing, desarrollados por Jeffrey Mitchel (1983), puntualizando sus características, objetivos y fases. También se incluyen los aportes psicodinámicos de Bessoles (2006) a dichas técnicas. A su vez se subraya la importancia del cuidado y de la formación del personal que asiste.

## Palabras clave

Trauma, Intervenciones, Defusing, Debriefing

## ABSTRACT

### EARLY POST TRAUMATIC INTERVENTIONS

There is general agreement on the importance of early intervention for potentially traumatic events to prevent the onset of psychiatric disorders. Trauma, insofar as it exceeds the individual's capacity to handle it adequately, could generate for this reason, various psychiatric disorders, both in the directly affected person and in the assisting personnel. In the present work, we describe approaches that can be applied in the acute phase, a psychosocial approach to catastrophes from a comprehensive health concept (Ascaini et al 2016) and the defusing and debriefing techniques developed by Jeffrey Mitchel (1983), specifying their characteristics, objectives and phases. The psychodynamic contributions of Bessoles (2006) to these techniques will be also included. In addition, the importance of the care and training of the assisting staff will be highlighted.

## Key words

Trauma, Interventions, Defusing, Debriefing

Los Incidentes Críticos son situaciones que irrumpen de un modo impensable, dejando en suspenso los mecanismos psíquicos que sostienen la vida cotidiana de las personas, e implican una amenaza para la integridad física o psicológica de los afectados. Los afectados pueden manifestar reacciones diversas, cuyo rango puede ir desde una reacción esperable hasta el desarrollo de un Trastorno de Estrés Postraumático. Para reducir el impacto de dichas situaciones, diferentes autores señalan la importancia de la intervención temprana postraumática (Echeburúa, 2007; Mitchell, A., 2003, Mitchell, J., 1983). Entre las técnicas desarrolladas a tales

finés se destacan el Defusing y el Debriefing (Mitchell, J., 1983). Estos procedimientos ayudarían a la metabolización del exceso de energía que dichos eventos generan, volviéndose traumáticos para quien los vive.

En términos generales, los traumas pueden definirse como eventos peligrosos y repentinos que abruma los recursos psicológicos, físicos y económicos de las personas y las comunidades (Figley, 1985). Desde el psicoanálisis se define al trauma como un acontecimiento caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica. En términos económicos, el traumatismo se caracteriza por un aflujo de excitaciones excesivo, en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones (Freud, 1920). Es decir, el trauma se asocia con algo excesivo, incapaz de ser tramitado o integrado al resto del psiquismo. Tales efectos al no ser metabolizados ni eludidos, pueden permanecer en un nivel de actuación que detiene o afecta el fluir normal de la vida psíquica.

Ante una situación o evento que desborda la capacidad psíquica de afrontación y elaboración, la persona puede quedar paralizada, entrar en crisis e incluso pueden devenir procesos patológicos (Irigoyen et. al, 1992). De ahí la importancia de intervenir tempranamente para amortiguar el impacto, así como para detectar los potenciales de salud (resiliencia) y los aspectos de vulnerabilidad. Para el abordaje de los Incidentes Críticos desde el área de salud mental, debemos tener en cuenta su categorización para poder brindar la mejor respuesta posible. Cuando se habla de *emergencia*, nos referimos a un disturbio frente al que se puede dar respuesta médica y asistencia social. Hay riesgo de vida. La OMS define *urgencia* como "la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o su familia" (Salud Mental: recomendaciones para la intervención ante situaciones de emergencias y desastres, 2015). Mientras que los *desastres* son eventos traumáticos que ponen al límite los recursos de asistenciales de la comunidad y hay riesgo de vida. En las *catástrofes* hay mayor número de personas y bienes incluidos. Implica un mayor esfuerzo de coordinación de los recursos para la ayuda. Éstas pueden ser individuales, públicas, privadas, naturales o sociales.

A partir de la 5ª edición del DSM, se da una relevancia en su especificidad a los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Estos fueron agrupados en un nuevo capítulo. Los diagnósticos más frecuentes que pueden presentarse como consecuencia de la exposición a un evento como los mencionados ut supra son el Trastorno de Estrés Postraumático, el Trastorno de Estrés Agudo, el Trastorno de Adaptación (incluidos en dicho apartado), el Trastorno

Depresivo, los Trastornos de Ansiedad y los Trastornos Adictivos (Pineda Marin et. al, 2010).

Un criterio general en los acontecimientos que dan origen al Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), es que la persona fue expuesta al hecho, ya sea experimentándolo, presenciándolo o se lo han explicado y representa un peligro para la vida o integridad física. El Trastorno de Estrés Agudo (TEA) se diferencia del TEPT en que el cuadro sintomático del primero debe aparecer y resolverse en las primeras 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático. En TEPT y TEA el factor estresante debe revestir suma gravedad (peligro para la vida). En cambio, en el Trastorno de Adaptación el factor estresante puede tener cualquier intensidad, este puede diagnosticarse tanto cuando la respuesta a un desencadenante extremo no reúne los criterios diagnósticos del TEPT u otro trastorno mental, como cuando el cuadro sintomático típico de TEPT aparece en respuesta a desencadenantes no excesivamente importantes, por ejemplo, el abandono del cónyuge o pérdida del puesto de trabajo. El Trastorno de adaptación se puede manifestar clínicamente con síntomas tanto de ansiedad como del estado de ánimo.

Es fundamental remarcar la importancia clínica de evaluar si existe riesgo suicida en todos los casos, ya que la exposición a situaciones potencialmente traumatizantes, constituyen un factor de riesgo asociado al comportamiento suicida (OMS, 2000).

La exposición al mismo hecho no traumatiza de igual manera a las personas implicadas. El impacto del traumatismo en cada sujeto es un fenómeno complejo en el que intervienen factores internos, interpersonales, y contextuales. Los factores relacionados con las repuestas de los individuos frente al trauma se pueden clasificar en seis categorías principales: factores biológicos, fase evolutiva o de desarrollo psicosocial en la que se encuentra la persona en el momento del trauma, la severidad misma del trauma, el contexto social de las personas, las condiciones de vulnerabilidad pre-existentes e inmediatamente posteriores al evento traumático (Van der Kolk, 1996) y, por último, algunas características de personalidad.

En el terreno de lo singular entran en juego los conceptos de vulnerabilidad y resiliencia. Zuckerman define a la vulnerabilidad, desde una perspectiva psicoanalítica, como el predominio y cristalización de un modo de funcionamiento psíquico expresado en la precariedad de recursos del Yo y su dificultad en la elaboración de situaciones de sufrimiento. La vulnerabilidad está también estrechamente ligada a la presencia o falta de redes vinculares y sus características. Dicho autor plantea la importancia de la presencia e interiorización de relaciones significativas que se traducen en una percepción subjetiva de apoyo y/o de estrés de magnitudes variables (Zuckerman, 2002).

Un apego seguro y experiencias afectivas asociadas son un determinante primordial para superar acontecimientos traumáticos. La teoría del Apego sostiene que la vulnerabilidad al trauma está en función del apego dominante, el cual determina los modelos de trabajo interno (Fonagy 1999). El grado de amenaza del acontecimiento está en relación directa al sentimiento de indefensión. Otro factor importante es que el efecto de hechos ocasionados por humanos que no reconocen nuestra condición humana ni presentan rescio de identificación con nuestro dolor psíquico, es más perturbador (por ejemplo, ataques terroristas).

### **Intervenciones ante eventos traumáticos:**

Teniendo en cuenta los factores mencionados, se han diseñado algunos procedimientos de posible implementación ante eventos traumáticos.

En nuestro país, por ejemplo, en la Guía de recomendaciones para la intervención ante situaciones de emergencias y desastres de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones de Argentina (2016), se destacan los siguientes principios básicos de la intervención en la fase aguda:

1. *Proteger*: encontrar la forma de proteger a los sobrevivientes de nuevos daños y de nuevas exposiciones a estímulos traumáticos. Cuanto menor cantidad de estímulos traumáticos (ver, oler, sentir, oír), mejor será la recuperación. Es importante contener las respuestas fisiológicas y psicológicas inmediatas, y aumentar la controlabilidad del acontecimiento y de los esfuerzos subsiguientes del rescate; proteger la dignidad del sobreviviente (Ej., cubriendo su cuerpo, evitando miradas intrusas de otras y de los medios).
2. *Dirigir*: los sobrevivientes pueden estar en situación de shock, o experimentando algún grado de disociación. De ser posible es necesario dirigir los sobrevivientes/afectados: fuera del área de destrucción, fuera de las áreas de peligro, fuera del área de heridos. Una dirección firme pero amable es necesaria y apreciada. Quien intervenga debe reorientar al sobreviviente dentro del ambiente del rescate, identificándose y especificando su rol.
3. *Conectar*: los sobrevivientes de una situación de este tipo, acaban de perder conexión con su mundo cotidiano y natural. Un intercambio tanto verbal como no verbal, que ofrezca soporte, sea compasivo y no eleve juicios de valor de la situación, brindará la posibilidad de conexión. Estas pequeñas relaciones, por breves que sean, son de gran importancia en el proceso de recuperación. Ayudar a los sobrevivientes/afectados a conectarse con: sus seres queridos, con la información y los recursos apropiados, y con los lugares de derivación donde encontrar mayores cuidados. Es fundamental informar continuamente a los sobrevivientes sobre los pasos que se tomarán (por ejemplo, evacuación a un hospital), la medicación dada y otra información de relevancia.

Es importante tener en cuenta que nadie que presencie un evento con las características descritas, permanece inalterado, las reacciones de estrés y duelo ante un desastre o catástrofe son respuestas esperables. Muchas reacciones emocionales de los afectados provienen de problemas del vivir que produjo el desastre. Casi ningún afectado, precisamente por dicha condición, puede pedir o considera que necesita ayuda, por lo cual muchas veces las derivaciones provienen de especialidades médicas y son tardías. En los casos de incidentes críticos, el personal que asiste debe activamente buscar y detectar a los afectados y no esperar a que la demanda de ayuda surja espontáneamente de ellos. Se trata de personas que requieren ayuda y no de personas que padecen una enfermedad mental. Se trata de afectados, no de pacientes.

En nuestro país, se desarrolló en La Facultad de Psicología de la Universidad de La Plata, un Programa de intervención en catástrofes siconaturales (Tejo, 2010), donde se intenta por medio de la reducción del riesgo y la vulnerabilidad desarrollar acciones pre-

ventivas desde un concepto de salud integral.

Por su parte Ascaini, Luna y Tejo (2016), en su trabajo sobre Experiencias extensionistas de la misma facultad, plantean intervenciones psicosociales frente a las catástrofes siconaturales desde un modelo de trabajo social comunitario, donde la intervención propiamente dicha debe ser inmediata y realizada en los escenarios próximos a la catástrofe. Se plantea despojar del calificativo natural a las catástrofes debido a que dicho calificativo genera la sensación de que el mundo es así y no se puede hacer nada, y se subraya la idea de que son fenómenos netamente sociales. También remarcan la importancia de la intervención sobre el personal que asiste, ya sea capacitándolos para que puedan cumplir más eficientemente su tarea, como así también en el cuidado de los mismos (Ascaini, Luna y Tejo 2016). Relatan una experiencia llevada a cabo con bomberos de una localidad cercana a La Plata, provincia de Buenos Aires, que trabajan en zona de riesgo por medio de talleres y grupos de reflexión.

En ambos casos se toma en cuenta al Marco de Acción de Hyogo 2005-2015, uno de cuyos objetivos plantea el aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres.

Dentro de las técnicas para el abordaje de incidentes críticos, también se encuentran los aportes de Jeffrey Mitchell. Dicho autor desarrolló dos técnicas, a saber:

#### **DEFUSING:**

El Defusing representa una respuesta a los riesgos de disociación peri traumática. Se utiliza desde las primeras horas luego ocurrido el traumatismo. El propósito del defusing es un inmediato des-shocking de, por ejemplo, los efectos del desconcierto psíquico o la huida con pánico. El objetivo es una verbalización emocional inmediata dentro del marco contenedor de psicoterapeutas que brindan un apoyo compasivo. (Mitchel, 1983).

Se trata de una sesión informal, aunque semiestructurada, que tiene lugar tan pronto como es posible después del incidente crítico o en las primeras 24 horas. Es conducido en una atmósfera de apoyo mutuo, en la cual los participantes describen sus sentimientos y reacciones al suceso. Se desarrollan estrategias de resolución de problemas para que la productividad del trabajo no se vea disminuida o deteriorada.

El objetivo es crear una atmósfera positiva y de apoyo en la cual las inquietudes, preocupaciones y reacciones iniciales puedan ser expresadas. No se deben permitir las críticas destructivas, se debe alentar la aceptación y contener el humor negro excesivo.

Aunque puede surgir espontáneamente, lo mejor, probablemente, es que se convirtiera en parte de la rutina, de forma aceptada y obligatoria para el caso del personal que trabaje asistiendo.

La sesión de defusing, aunque puede ser individual, suele desarrollarse en grupos pequeños, dirigiéndola uno o dos profesionales de salud mental, o un coordinador formado en la técnica. La duración es de 20 minutos a 1 hora. Durante este tiempo, se chequea como se encuentran todos y se provee apoyo y compañerismo a aquellos que parecen más afectados.

#### **DEBRIEFING:**

La técnica del Debriefing apunta a la prevención de síndromes psi-

quicos traumáticos. Jeffrey Mitchell desarrolló el protocolo Critical Incident Stress Debriefing (CISD) en 1983, cuyo campo teórico es conductista y cognitivo. Originalmente, esta técnica se tenía en cuenta para las personas cuyo trabajo era ayudar en los lugares donde habían ocurrido los desastres.

#### **Objetivos del debriefing:**

a) Aliviar el estrés sufrido tras un incidente crítico. b) Hacer legítimo y de esta forma animar a la expresión de sentimientos, pensamientos y reacciones en torno al evento. c) Favorecer el apoyo intragrupal, y desde aquí el consuelo de los participantes. d) Prevenir posibles secuelas psicopatológicas que son altamente probables tras acontecimientos críticos. e) Normalizar lo que han ido expresando, de tal forma que no se sientan "raros o únicos". f) Detectar a las personas más afectadas y facilitarles el contacto con profesionales de salud mental.

#### **Aspectos a considerar en un debriefing:**

I) El debriefing no es una psicoterapia grupal, es una estrategia de prevención secundaria. Está basado en principios de intervención en crisis y educacionales, más que terapéuticos. II) El debriefing se debe realizar entre las 24-72 horas tras la estabilización del incidente, con sesiones de seguimiento en caso de ser necesario. Afortunadamente, este proceso sigue siendo beneficioso aun realizándose las sesiones en un tiempo posterior. III) La dirección de un debriefing requiere un conocimiento y dominio previo de las estrategias que se ponen en marcha. IV) Sería conveniente que asistan todos los intervinientes que han participado en el incidente, aunque es importante separar a los participantes según el nivel de exposición al incidente. V) Es probable, que en el curso de la reunión los participantes se encuentren peor que al inicio del encuentro, pero hay que tener en cuenta que esto es un acontecimiento normal ya que hay una gran "exposición personal", pero esto tendrá grandes beneficios a medio y largo plazo.

#### **Reglas del debriefing**

Se deben eliminar interrupciones. Una vez comenzado un debriefing, no debe incorporarse ninguna persona más. 2) Una vez comenzada la sesión, no se harán descansos, aunque en cualquier momento se pueden atender las necesidades individuales y/o grupales. 3) Se debe garantizar la confidencialidad de todo lo que ocurra en la sesión. Ninguna información será comentada fuera de este contexto. 4) Los participantes serán libres de informar de sus propios sentimientos, reacciones y pensamientos. No se obligará a la participación a ningún asistente. Además, es importante, que no se hable de nadie que no sean ellos mismos, tampoco de personas no presentes en la sesión.

#### **Fases del debriefing:**

La técnica de debriefing cuenta con pasos o fases con objetivos particulares y precisos:

I -INTRODUCCIÓN En esta fase se explicitan las reglas del encuentro y se intenta conseguir una alta motivación de los participantes. Se presentan todos los participantes, incluyendo los que van a dirigir el encuentro y se remarca la importancia del mismo. Se expli-

citan las expectativas, y se aclara que no se trata de un proceso de evaluación.

**RELATO DE HECHOS:** se trataría que los participantes realicen un relato informal sobre lo que realizaron durante todo el día del suceso.

**III. PENSAMIENTOS E IMPRESIONES:** Se busca que los participantes relaten sus pensamientos para que logren comprender algunas de las acciones que pusieron en marcha e integren las experiencias personales, y que lleguen a tener una congruencia sobre todos los pensamientos. Este paso es un requisito para el siguiente.

**REACCIONES EMOCIONALES:** esta puede ser la fase más difícil para los participantes, puesto que supone quedar expuesto ante los demás. Es la más complicada de manejar para los que dirigen el debriefing, puesto que hay que manejar y contener las emociones que fluyen en el grupo. Los intervinientes hablarán de sus miedos, frustraciones, reproches, agresividad, culpa. Llega un momento donde aparecen sentimientos compartidos por el grupo. Algunos miembros se pueden desbordar, y aquí podemos llegar a un momento difícil, debemos animar al apoyo y consuelo intragrupal.

Se deberá tomar nota de aquellos participantes que parecen sufrir extraordinariamente, bien por sus manifestaciones explícitas, pero también por los silencios. Una vez finalizada la sesión se puede acercarse a cada uno de ellos y mantener un contacto más personal.

**1. NORMALIZACIÓN:** A partir de lo relatado por los participantes, se deberá naturalizar todos los sentimientos, pensamientos y conductas que puedan haber tenido durante y después del suceso. Todas han sido reacciones normales ante acontecimientos anormales. El objetivo de esta fase, puede ser logrado a través de clarificaciones, redefiniciones y señalamientos de todo lo relatado por los participantes.

**2. PLANIFICACIONES FUTURAS Y AFRONTAMIENTO:** Se deben asociar las reacciones que han tenido y están teniendo con la situación de Estrés que han vivido. Podemos anticiparles las posibles manifestaciones que pueden tener en los días y semanas posteriores: imágenes y pensamientos intrusivos, ansiedad, miedo, dificultades para dormir, irritabilidad, cambio de valores, que serán normales y se espera que vayan disminuyendo con el tiempo. Se discutirá sobre los recursos de afrontamiento que se están llevando a cabo y orientación sobre otras estrategias posibles. Se resaltarán la importancia de contar o armar una red de apoyo y contención para la recuperación tras el impacto.

**VII. DISOLUCIÓN DEL GRUPO:** antes de dar por finalizado un debriefing, hay que brindar la posibilidad de que pregunten o hagan alguna aportación que consideren necesaria. También les daremos información necesaria para saber detectar cuando deben buscar ayuda profesional.

Una segunda versión de esta técnica, es la denominada *Debriefing francés*. La misma es utilizada como una psicoterapia temprana post-traumática. Lebigot, F. y de Clercq, M. (2001) la definen como un proceso dinámico de enlace de afecto/percepción; un re-registro en el orden simbólico (particularmente el lenguaje) y una prueba preliminar de realidad regulada por los psicoterapeutas (Bessoles, 2006). En este caso, el marco teórico es psicoanalítico, pero comparten los objetivos, las reglas técnicas y las fases del protocolo original de Mitchell (CISD), aunque éstas tienen una denominación diferente (I: paso de introducción, II: paso de descripción, III: paso

de reflexión, III: paso de respuesta, IV: paso de los síntomas, V: paso de enseñanza, VI: paso de conclusión).

El debriefing francés propone un defusing y debriefing clínico que esté encuadrado bajo el concepto psicodinámico de trauma, con un objetivo terapéutico doble:

- Regulación de la explosión de afectos. Esto implica la gradual reconstrucción de la envoltura psíquica temprana de la víctima. Esta envoltura es la condición principal para poder promover la expresión de los afectos. Esta regulación requiere la construcción de un espacio de tipo transicional, en el que el afecto pueda ser expresado sin ninguna amenaza de retaliación y sin que sea sinónimo de un colapso psíquico irreversible. Este espacio no puede ser pedagógico, ni educacional, ni interpretativo. Su objetivo de contención tiende a regular estas explosiones de afectos de dolor inherentes al traumatismo que se ha vivido.
- Promover procesos de ligadura psíquica entre afecto y representación. El terapeuta tiene una función de mediación, de “vocero” y portador del pensamiento. Este “portar” (carrying) es un sinónimo de holding, por ejemplo, holding y apoyo.

Existe cierta controversia en relación a la eficacia de estos procedimientos. Si bien el objetivo de estas técnicas es, entre otros, evitar que las reacciones esperables (por ejemplo, un Trastorno de Estrés Agudo) se cronifiquen (y llegue a conformarse un TEPT), como así también identificar a los más vulnerables, algunas investigaciones indican que no es posible asegurar que la implementación del debriefing prevenga el desarrollo de trastornos psiquiátricos (Echeburúa, Mitchell, A. et. al, 2003). Sin embargo, los clínicos resaltan la utilidad de estas intervenciones postraumáticas tempranas para detectar las personas más vulnerables o que requerirán asistencia psicológica posterior, y los posibles riesgos. Asimismo, las personas que recibieron sesiones de debriefing refirieron valorar el hecho de haberse sentido escuchados y contenidos, y contar con un espacio para compartir vivencias en torno al trauma sufrido. De todos modos, faltan estudios que amplíen esta información.

## DISCUSION

Es indudable que en situaciones de emergencia debe esperarse un incremento de reacciones emocionales intensas. La gran mayoría de estas manifestaciones son esperables, pero la falta de intervención específica en el abordaje de este tipo de incidentes, puede generar la patologización de aquello que era normal en un contexto anormal.

El Debriefing puede acelerar la recuperación de personas emocionalmente sanas que experimentan reacciones esperables a eventos anormales. Si se ha llevado a cabo adecuadamente, este trabajo intensivo pero cuidadoso, habrá mitigado el impacto que el incidente haya dejado sobre los miembros; habrán obtenido otra visión de lo ocurrido e irán retornando a sus niveles de funcionamiento personal, social y laboral previo al incidente.

Si bien aún existen controversias respecto de su utilidad, los clínicos y los afectados han resaltado su valor.

Desde el psicoanálisis, podemos pensar que ayuda a la elaboración de situaciones potencialmente traumáticas facilitando el proceso de duelo que estos acontecimientos pueden desencadenar.

Nos interesa continuar explorando si hay otros dispositivos de este tipo implementados en nuestro país a la vez q rastrear investigaciones en torno a la eficacia de la intervención postraumática temprana de la mano de técnicas protocolizadas.

Desde el área de salud mental, creemos necesario hacer énfasis en la capacitación específica del personal que asistirá, teniendo en cuenta los recursos materiales e institucionales, para poder generar una técnica que se adapte a las condiciones sociales, culturales y económicas, y sea viable de implementar en nuestro país.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aburto Baselga, M. (2007) Psicotraumatología I. El trauma temprano. Clínica e investigación relacional. Revista electrónica de psicoterapia, 1, 91-109.
- Ascaïni, I., Luna, M. E. & Tejo, M. (2016). Intervenciones psico-sociales en catástrofes socio-naturales. Experiencias extensionistas de la facultad de psicología de la UNLP. Temas en Psicología, 1, 51-73.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5). 5ª Ed. Arlington, VA: Autor
- 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.
- Dirección General de Protección civil y emergencias. Guía Didáctica de Intervención Psicológica en catástrofes. Unidad didáctica 7. Intervención psicológica con intervinientes en emergencias. 2005.
- De Clerq, M. & Lebigot, F., (2001). Les traumatismes psychiques, París, Masson.
- Echeburúa, E. & de Corral, P. (2007). Psicología Conductual, Vol. 15, 3, 373-387.
- Figley, C. R. (1985). Trauma and its wake: Traumatic stress theory, research and intervention. Nueva York: Brunner/Mazel
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. Aperturas Psicoanalíticas, 3.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. En Amorrortu Ediciones (trad.) Obras Completas. tomo XVIII.
- Irigoyen, R., Minotto, H. & Pérez Lloveras, C. (1992). Crisis. Tópica de lo traumático. Buenos Aires: Tekné.
- Mitchell, A., Sakraida, T. & Kameg, K. (2003) "Critical incident stress debriefing: implications for best practice". Journal of Emergency Nursing, 1 (2), 46-51.
- Mitchell, J.T., (1983), "When Disaster Strikes: The Critical Incident Stress Debriefing Process", Journal of Emergency Medical Services, 8, 36-39.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M., Garrosa, E. & Rodríguez, M. (2004). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. Psicología Conductual.
- Nemirovsky, C. (2007). Winnicott y Kohut. Nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría. Buenos Aires: Grama.
- 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 (2012). Primera Ayuda Psicológica: Guía para trabajadores de campo. Ginebra. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243548203\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243548203_spa.pdf)
- 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. 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: Autor.
- Tejo, M., Gagliardi, A., Oñativia, X., Larroca, N., Ascaïni, I., Luna, M. E., Carpio, V. & Paradiso, J. (2010). Programa de Intervención en Catástrofes Socionaturales. Universidad Nacional de La Plata.
- Van der Kolk, B. A. (1996b). Trauma and memory. En B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane y L. Weisaeth (Eds.), Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society (pp. 279-302). Nueva York: Guilford.
- Zukerfeld, R. (2002). Psicoanálisis interdisciplinario y Salud Mental. En Ferrari H. & Zac De Filc, S. Desafíos al Psicoanálisis en el siglo XXI. Buenos Aires: Polemos.