

V Congreso Internacional y VI Encuentro de la Red Latinoamericana de Psicología en Emergencias y Desastres. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, 2019.

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON FAMILIARES DEL PESQUERO RIGEL. REPENSANDO LA ASISTENCIA EN SITUACIONES DE NAUFRAGIO.

Cepeda, Claudio, Sutil, María Antonella y Arbizu, Julieta.

Cita:

Cepeda, Claudio, Sutil, María Antonella y Arbizu, Julieta (2019). *INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON FAMILIARES DEL PESQUERO RIGEL. REPENSANDO LA ASISTENCIA EN SITUACIONES DE NAUFRAGIO. V Congreso Internacional y VI Encuentro de la Red Latinoamericana de Psicología en Emergencias y Desastres. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/claudio.cepeda/12>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pxt5/oZk>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

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>.

Portada

**V Congreso Internacional y VI Encuentro de la
Red Latinoamericana de Psicología
en Emergencias y Desastres**

*Gestión integral e integrada de riesgos de Emergencias y Desastres.
Intervenciones transformadoras. Aporte Psicosocial y DD.HH.*

Título:

**Intervención Psicosocial con familiares del pesquero RIGEL.
Repensando la asistencia en situaciones de naufragio.**

Autor/es:

Lic. Cepeda, Claudio.
Lic. Sutil, M. Antonella.
Lic. Arbizu, Julieta.

Email de Referencia en el Trabajo:

ClaudioCepeda@Hotmail.com

Institución:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA DE LA EMERGENCIA

Eje Temático 2:

Experiencias recientes de intervención como apoyo psicosocial en emergencias
y desastres

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL CON FAMILIARES DEL PESQUERO RIGEL. REPENSANDO LA ASISTENCIA EN SITUACIONES DE NAUFRAGIO

*Lic. Cepeda, Claudio; Lic. Sutil, M. Antonella; Lic. Arbizu, Julieta; Álvarez Craise, Héctor Alejo;
Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología, Programa de Psicología de la Emergencia
Correo electrónico para contacto: ClaudioCepeda@Hotmail.com*

RESUMEN:

A mediados del 2018, el Grupo de Apoyo Psicológico (GAPs) de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP), realizó una intervención de Apoyo Psicosocial a familiares del pesquero Rigel, siniestrado el pasado 9 de junio. La misma se extendió durante casi treinta días, desde el momento mismo en que se declaró la alerta, y hasta la presentación del parte informativo final, con el cual la Prefectura Naval Argentina (PNA) daba por concluido el Operativo de Búsqueda y Rescate (SAR, Search and Rescue) de la embarcación.

De los nueve tripulantes del Rigel sólo pudo rescatarse el cuerpo del capitán, el cual apareció flotando en las cercanías del naufragio. En tanto los otros cuerpos aún permanecen desaparecidos, y se presumen atrapados dentro del navío, que fuera hallado a unos 92 metros de profundidad, y 180 kilómetros de las costas de Rawson, muy cerca de la zona donde la embarcación emitiese una señal de alarma antes de perder toda comunicación con tierra.

En este contexto, la tarea del GAPs estuvo enfocada en la asistencia a las familias de los tripulantes, víctimas en segundo grado de acuerdo a Taylor & Frazer (1978), en el apoyo al Comité de Crisis, y en el cuidado de los integrantes del propio equipo interviniente.

El presente trabajo describe las actuaciones realizadas por el GAPs en el marco de una labor interdisciplinaria ajustada a los lineamientos del Plan Nacional de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2013), junto a los equipos de Salud, Seguridad, Protección Civil y Desarrollo Social de la Nación y la Provincia de Buenos Aires.

En este sentido, y debido a la inexistencia de un protocolo nacional sobre intervención en situaciones de naufragios, se aplicaron protocolos de intervención en emergencias y desastres basados en Primeros Auxilios Psicológicos (IASC, 2007; OPS, 2006; Ministerio de Salud, 2015; UTCCB, 2018), adaptados las particu-

laridades la situación, observando en todo momento las premisas de la Psicología de la Emergencia (Valero, 2002; Araya, 2001), enfocada desde el modelo Salutogénico de la Psicología (Antovnosky, 1996), y orientada hacia la Promoción de la Salud y la prevención de los efectos potencialmente traumáticos para Salud Mental (OPS; 2002; Arraigada, Verón & Cepeda, 2016) que generan la exposición ante acontecimientos disruptivos (Benyakar, 2003).

Diversos autores refuerzan la idea de que la exposición directa a intensas manifestaciones de angustia, dolor o enojo por parte de las víctimas, también puede impactar negativamente sobre la Salud Mental de los equipos de primera respuesta (OPS, 2010; Benyajar, 2003; Poseck, Carbelo & Vecina, 2006), y los agentes de Salud o Seguridad afectados a la contención y acompañamiento de familiares. Por este motivo, al final de cada intervención, se aplicaron técnicas de desactivación emocional, compatibles con el Debriefing (Miller, 2003; Perren Klingler, 2009; OPS, 2010) lo cual resultó de vital importancia para el cuidado de los integrantes del GAPs.

PALABRAS CLAVE: *Asistencia psicosocial, Psicología de la Emergencia, Impacto Psicológico, Naufragios, Rigel.*

INTRODUCCIÓN:

En el marco del *Programa de Psicología de la Emergencia* de la Facultad de Psicología (UNMDP), se conformó el Grupo de Apoyo Psicológico (GAPs), un equipo de voluntarios integrado por graduados y estudiantes avanzados, todos ellos especialmente entrenados en técnicas y estrategias propias de la Psicología de la Emergencia, preparados para brindar asistencia psicosocial en situaciones de emergencias o desastres.

Estas situaciones disruptivas (Benyakar, 2003) afectan no solamente a quienes sufren el impacto directo del incidente, siguiendo a Taylor & Frazer (1978) las víctimas en primer grado, sino también a sus familiares o amigos –víctimas en segundo grado– así como a los integrantes de equipos de primera respuesta (bomberos, servicios de salud, de seguridad y personal de defensa civil), quienes conforman el grupo de víctimas en tercer grado (Taylor & Frazer, 1978, citado en Valero, 2002; OPS, 2006; OMS, 2013; Ministerio de Salud, 2015).

De este modo, el dispositivo GAPs está preparado para brindar asistencia a víctimas de primer, segundo o tercer grado, bajo una modalidad de intervención psicosocial, esto es, abandonando cualquier tendencia psicopatologizante que nos pudiese llevar a pensar las conductas de las personas en situaciones disruptivas como síntomas, para entender que estamos tratando con reacciones, reacciones normales frente a situaciones anormales (Benyakar, 2003; 2012).

Por esta razón, las estrategias y herramientas que conformen este modelo de intervención deberán seguir las premisas de la Psicología de la Emergencia (PE), la cual estudia las reacciones de personas, grupos o comunidades frente a situaciones de emergencia o desastre (Valero, 2002; Araya, 2001). La PE se enmarca dentro del enfoque Salutogénico de la psicología (Antonovsky, 1996), orientado hacia la Promoción de la Salud y la prevención de los efectos potencialmente traumáticos para Salud Mental (OPS; 2002; Arraigada, Verón & Cepeda, 2016), que puedan generar la exposición ante acontecimientos disruptivos (Benyakar, 2003).

CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA

Dado que el GAPs viene acompañando a las familias del pesquero El Repunte, hundido el 17 de junio de 2017, resultó entonces convocado el pasado 9 de junio de 2018, para brindar apoyo psicosocial a familiares del Rigel, mientras la Prefectura Naval Argentina llevase a cabo el Operativo de Búsqueda y Rescate (SAR) de la embarcación, la cual había perdido contacto en horas de la madrugada de ese mismo día. (Cepeda, Sutil, Álvarez Craise & Arbizu, 2018)

Partiendo de las estimaciones de la OPS (2006) sobre la posible presencia de un número de víctimas de segundo grado (familiares y amigos) 6 veces mayor a los damnificados directos, en este caso los 9 tripulantes del Rigel, las autoridades del Consorcio Portuario Regional (CPR) de Mar del Plata, convocaron la asistencia del GAPs para la contención y acompañamiento, habida cuenta de la carga emocional que implica la angustiada espera mientras se desarrolla el Operativo SAR.

INTERVENCIÓN CON LOS FAMILIARES

Pasado el mediodía de ese trágico 9 de junio, los integrantes del GAPs arriban al puerto Mar del Plata, en una fría y lloviznosa tarde de sábado, cuando los primeros familiares empezaban a agolparse en las inmediaciones de la PNA.

Las condiciones físico-ambientales no eran apropiadas, ya que la PNA había dispuesto para las familias un salón grande, muy frío, carente de todo servicio, ni siquiera para las personas mayores o quienes se acercaban con niños, por lo cual el equipo GAPs debió organizar, en dependencias del CPR, un espacio más continente y confortable para la espera, con servicio de bebidas calientes y algún refrigerio, sanitarios accesibles y comodidades para la atención de los menores y bebés, que llegaban acompañando a sus madres.

Siguiendo los protocolos de Primeros Auxilios Psicológicos (IASC, 2007), el acompañamiento y contención inicial brindado por el GAPs se complementaba con un relevamiento socio-ambiental de las familias, así como de la composición de los grupos y parentescos, información que sería fundamental con el correr de los días, para que los efectores del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y los servicios de Protección a la Víctima dependientes del Poder Judicial de la Nación y la Provincia,

podieran brindar asistencia específica y personalizada a cada familia, sin caer en la revictimización secundaria que implica preguntar y repreguntar una y otra vez los mismos datos a los afectados.

Otro espacio de actuación, que permitió aplicar algunos lineamientos básicos propuestos por los Protocolos de Comunicaciones para situaciones de emergencias y desastres (OPS, 2009), fue el acompañamiento al Comité de Crisis (una especie de COE), integrado por autoridades políticas de Nación y Provincia, incluyendo al Secretario de Seguridad Ciudadana, dependiente del Ministerio de Seguridad de la Nación, al Ministro de Producción de la Provincia, al Secretario de Asuntos Marítimos de la Provincia, autoridades del CPR y autoridades de la PNA, organismo responsable del Operativo SAR.

Durante casi treinta días, el grupo de 14 voluntarios brindó acompañamiento y asistencia a familiares, colaboró en reuniones del Comité de Crisis, acompañó a las familias en 2 marchas y participó en una sesión especial que la Comisión de Intereses Marítimos de la Cámara de Diputados de la Nación celebró en la sede del CPR.

En resumen, se realizaron 27 intervenciones, que insumieron 102 horas reloj, con una carga de 379 horas de voluntarios pertenecientes al GAPs. De las mismas, 215 horas (el 56.7%) fueron prestadas por profesionales graduados en psicología, y las restantes 164 (43.3%) estuvieron a cargo de estudiantes avanzados de la carrera.



Gráfico 1 – Horas de intervención según nivel de formación

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

Básicamente, la intervención se desarrolló en 3 ejes:

- Acompañamiento y Asistencia Psicosocial a los familiares afectados,
- Apoyo al Comité de Crisis; y
- Cuidado del equipo interviniente, con protocolos de Desactivación Emocional.

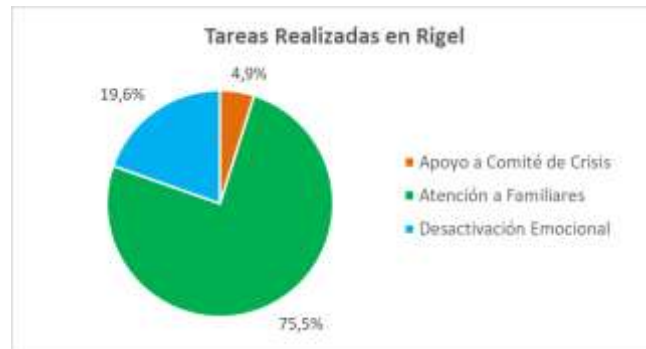


Gráfico 2 – Horas dedicadas según tipo de intervención

En cuanto a la distribución de la carga horaria en función de los ejes de intervención, la Atención a Familiares, con Acompañamiento y Asistencia Psicosocial insumió el 75.5% de las horas afectadas (77 hs reloj y 273 hs interviniente), el Apoyo al Comité de Crisis un 4.9% de las horas (5 hs reloj y 6 hs interviniente) y la Desactivación Emocional, esto es administración de protocolos de Defusing al final de las intervenciones con familiares, insumió el restante 19.6% (20 hs reloj y 100 hs interviniente).

TRABAJO INTERDISCIPLINARIO E INTERINSTITUCIONAL:

La intervención requirió de la participación y coordinación interdisciplinaria e interinstitucional con diferentes efectores de Salud, Seguridad, Protección Civil y Desarrollo Social de la Nación y de la Provincia de Buenos Aires, a saber:

- **Consortio Puerto Regional** (Ministerio de la Producción, de Provincia)
- **Coordinación Región Sanitaria VIII** (Salud, de Provincia)
- **CPA y Salud Mental, Mar del Plata** (Salud, de Provincia)
- **SAME SIE / PROSAMIC** (Salud en Incidentes Críticos, de Provincia),
- **Centro de Asistencia a Víctimas y Acceso a la Justicia** (de Provincia)
- **Centro de Acceso a la Justicia** (Nación)
- **Desarrollo Social** (de Provincia)
- **Secretaría de Seguridad Ciudadana** (Ministerio de Seguridad, Nación)
- **Prefectura Naval Argentina** (Ministerio de Seguridad, Nación)

NAUFRAGIO, UN “DURANTE” DE LARGO RECORRIDO

Explorando la bibliografía publicada, incluyendo guías sobre protocolos de PAP -Primeros Auxilios Psicológicos- (OPS, 2002; OPS, 2006; IASC, 2007) encontramos recomendaciones para su aplicación que van desde las primeras horas, hasta unos 7 días de ocurrido el incidente crítico (IC).

En el caso particular del Rigel, una intervención en situación de naufragio, el PAP debió mantenerse vigente durante todo el Operativo SAR, poco más de treinta días, ya que mientras el mismo permanecía activo, los cuadros emocionales que presentaban los familiares afectados resultaban consistentes con las reacciones típicas que se producen durante las primeras horas cualquier emergencia, alternándose estados de negación y enojo, con intensas manifestaciones de ansiedad y angustia, las cuales se iban incrementando con el correr de los días, a medida que la esperanza de encontrar vivos a los tripulantes iba disminuyendo.

En este sentido, solo se encontró una mención a “IC de largo recorrido” en la guía de la Unidad de Crisis de Barcelona (UTCCB, 2018) que avala la estrategia adoptada, de sostener la estrategia PAP a lo largo de todo el recorrido.

En cuanto a los protocolos administrados por el GAPs en dependencias del CPR y de PNA, en la fase que podríamos denominar el “DURANTE” de la tragedia, se emplearon las revisiones de PAP en niños y en adultos validados por la National Child Traumatic Stress Network (NCTSN, 2006) y la Inter-Agency Standing Committee (IASC, 2007), de acuerdo a los criterios encomendados por la OMS.

El PAP, una herramienta que tiene por objeto brindar ayuda a niños, adolescentes y adultos, personas o grupos, para afrontar las consecuencias inmediatas de las emergencias o desastres, se propone establecer una conexión humana compasiva y no intrusiva con el individuo, identificando sus necesidades y preocupaciones inmediatas, recogiendo información adicional que este pueda brindar, a efectos de adaptar las intervenciones a su situación particular, ayudándolo de este modo a establecer contacto con redes de apoyo (familiares, amigos y recursos comunitarios), a la vez que proveyendo información sobre las reacciones esperables frente al estrés agudo padecido (normalización), brindando estrategias de manejo de adversidades que permitan reducir la angustia y conectando a los damnificados con los efectores de Servicios Públicos disponibles,

que puedan necesitar en ese momento o en el futuro. De esta manera, el protocolo PAP busca reducir, en el corto y mediano plazo, la angustia producida por eventos traumáticos y promover el funcionamiento adaptativo y habilidades de afrontamiento, para lo cual es menester ajustar las intervenciones a las características y necesidad propias de cada sujeto, así como a sus modos de reaccionar frente al evento (MS, 2015; OPS, 2006; NCTSN, 2006; IASC, 2007).

IMPACTO EN LA SALUD MENTAL DE LOS EQUIPOS DE INTERVENCIÓN

Siguiendo a Moreno Jiménez, Morante Benadero, Rodríguez Carvajal y Rodríguez Muñoz (2008), la atención a personas padecientes (Ley 26.657, 2010) alcanza un desarrollo efectivo, debido fundamentalmente a la aplicación de la capacidad empática del interviniente. En este sentido, si bien la empatía se constituye como un factor determinante que resulta positivo, ya que refuerza el vínculo con los afectados y facilita el proceso de ayuda, también puede transformarse en negativa, toda vez que el respondiente no logra distinguir entre su propia realidad y la de la víctima, situación que lo puede llevar a sentirse desbordado o incluso desarrollar reacciones similares a las que manifiestan las personas damnificadas. De acuerdo a Figley (1995), cuando el trabajo profesional implica compartir de manera prolongada historias y experiencias penosas de otras personas, se podría estar expuesto a una situación de desgaste emocional, potencialmente patógena. (Figley, 1995; Moreno Jiménez, Morante Benadero, Rodríguez Carvajal y Rodríguez Muñoz, 2008; citados en Fischetti, Sutil & Zarza, 2017)

Consistente con ello, los manuales y guías de OMS (2010) y OPS (2002; 2006) sostienen que los trabajadores de campo abocados a servicios de primera respuesta pueden resultar afectados en su Salud Mental debido al impacto negativo que resulta de la exposición ante situaciones de emergencia o desastres.

En el caso particular de la intervención realizada con las familias del Rigel, durante cuatro semanas, caracterizadas por una exposición prologada a intensas manifestaciones de sufrimiento, dolor y enojo por parte de los asistidos, agudizadas por la ausencia de los cuerpos (Cepeda & Sutil, 2018), se pusieron a prueba todas las estrategias resilientes de autocuidado aprendidas por los integrantes del GAPs.

Entre los recursos salutogénicos aplicados por el equipo cabe mencionar la administración de protocolos desactivación emocional luego de finalizada cada intervención con familiares, tales como el Defusing, diseñado por Mitchell (1993) y el Debriefing, también propuesto por Mitchell (1993) pero con interesantes modificaciones incorporadas por la Dra. Gisela Perren Klingler (Mitchell, 1993, citado en Miller, 2003; Perren Klingler, 2009).

El Defusing, una técnica basada en una sesión breve, semiestructurada, se aplica después del incidente, en este caso la intervención, tan pronto como sea posible o en las primeras 24 horas luego de ocurrida. Se conduce dentro de una atmósfera de apoyo mutuo, en la cual los participantes describen sus sentimientos y reacciones al suceso. Su objetivo es crear una atmósfera positiva, de apoyo y escucha respetuosa, sin permitir las críticas. Por otra parte, el Debriefing, se lleva a cabo una intervención grupal estructurada, donde se busca examinar y ayudar a los intervinientes a enfrentarse a los sonidos, olores, pensamientos, sentimientos, recuerdos y reacciones físicas percibidas durante la situación crítica, y la respuesta que los mismos generan en el interviniente, integrándolos como reacciones normales ante un evento anormal, a efectos de prevenir manifestaciones sintomáticas o traumáticas futuras.

AUTOCUIDADO, RESILIENCIA Y MINDFULNESS

En su función preventiva, la Psicología de la Emergencia provee herramientas tales como la capacitación, los simulacros y las estrategias de autocuidado destinadas a ayudar a los integrantes de equipos de primera respuesta (salud, seguridad, bomberos) y en general para todos aquellos que, en su quehacer diario, se vean enfrentados a situaciones que impliquen riesgo para su salud y bienestar.

Dentro de estas estrategias de autocuidado, las guías para primeros respondientes (OPS, 2002, 2006, 2010) incluyen la meditación como un importante recurso resiliente vinculado a la promoción de la salud y el control del estrés. Una buena adaptación de la meditación a nuestra cultura occidental la constituye el *Mindfulness* (Kabat-Zinn, 1991), una herramienta práctica y efectiva para el autocuidado, denominada también como “atención plena”, concebida como una

técnica para llevar la propia atención a las experiencias que se están percibiendo en el momento presente, aceptándolas sin juzgar.

De acuerdo con Parada Torres (2009), el cuidado de la salud de los emergencistas, debe iniciarse preventivamente y continuarse durante la intervención en situaciones críticas, inmediatamente después y en los días y semanas siguientes, ya que el estrés excesivo se acumula, convirtiéndose en un factor de riesgo personal. Por ello, las instituciones deben poner énfasis en la elaboración de programas preventivos que permitan el autocuidado de sus integrantes, dentro y fuera del área laboral, desde potenciar los hábitos saludables, las actividades de ocio, fomentar los vínculos sociales y demás estrategias que ayuden a generar resiliencia y fortalezas personales, para la gestión del estrés y la promoción y cuidado de la salud.

Teniendo en cuenta estas teorizaciones como parte de la formación y entrenamiento del GAPs, cada uno de los miembros pudo generar sus propias estrategias y actividades personales a manera de desactivación emocional, tanto en el durante con la contención a los familiares, como en el retorno a sus actividades cotidianas.

DISCUSIÓN

A modo de cierre, y como corolario de la experiencia, cabe destacar la importancia que reviste la formación y entrenamiento específico en herramientas propias de la Psicología de la Emergencia, el cual permitió, a los graduados y estudiantes avanzados que acudieron diariamente durante los casi treinta días que estuvo activo el Operativo SAR, la posibilidad de dar respuesta a las demandas cotidianas que surgían tanto de los familiares como del Comité de Crisis, articulando lo aprendido en teoría y entrenamientos previos con un caso real, en un marco de intervención profesional protegido con estrategias de autocuidado.

Por otra parte, la experiencia acumulada adquirida y el devenir de las situaciones diarias, fue determinando la construcción grupal de estrategias de intervención, y con ello un saber que debería ser aprovechado para la elaboración futura de un protocolo de asistencia psicosocial en situaciones de naufragios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18. doi: 10.1093/heapro/11.1.11
- Araya, C. (2001). *Psicoprevención y Psicología de la Emergencia*. Santiago: Editorial Infolink/Kartel.
- Arraigada, M., Verón, M.A. & Cepeda, C. (diciembre, 2016) *La Psicología de la Emergencia en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental*. Ponencia presentada en VII Congreso Marplatense de Psicología. Mar del Plata.
- Cepeda, C.; Sutil, M.A.; Álvarez Craise, H.A. & Arbizu, J. (noviembre, 2018). Rigel. *Intervención Psicosocial y Estrategias de Autocuidado para los Equipos de Primera Respuesta*. En *Actas del VIII Congreso Marplatense de Psicología*, Mar del Plata.
- Cepeda, C. & Sutil, M.A. (noviembre, 2018). Rigel. *La tragedia detrás de la tragedia*. En *Actas del VIII Congreso Marplatense de Psicología*, Mar del Plata.
- Benyakar, M. (2003). *Lo disruptivo*. Buenos Aires: Biblos. Extracto.
- Benyakar, M. (2012). *Lo disruptivo y lo traumático: Vivencias y Experiencias*. *Imago Revista*, 160.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (2007). *Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué?*. *Psicología Conductual*, 15(3), 373-387.
- Fischetti, M.E; Sutil, M.A. & Zarza, Y. (2017). *Estudio exploratorio de Desgaste por Empatía en Bomberos Voluntarios de la ciudad de Villa Gesell*. (tesis). Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*. Génova: IASC. Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2008/6410.pdf>
- Ley 26.657 (2010). *Ley Nacional de Salud Mental*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Kabat-Zinn, J. (2004). *Responder al estrés en vez de reaccionar a él de forma automática*. En *Vivir con plenitud las crisis: Cómo Utilizar la Sabiduría del Cuerpo y de la Mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad* (pp. 313-322). Barcelona: Kairós.
- Miller, J.(2003). *Critical Incident Debriefing and Social Work*. En *Journal of Social Service Research* 30(2), 7-25. DOI: 10.1300/J079v30n02_02
- Ministerio de Salud (MS). (2013). *Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018*. Buenos Aires: Ministerio de Salud. Disponible en: http://bvs.psi.uba.ar/local/File/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf
- Ministerio de Salud (MS). (2015). *Salud Mental: Recomendaciones para la intervención ante situaciones de emergencias y desastres*. Buenos Aires: Ministerio de Salud. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/recursoscomunicacion/pdf/2015-04-24_sm-en-emergencias-y-desastres.pdf
- National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) & National Center for PTSD. (2006). *Primeros Auxilios Psicológicos, Guía de Operaciones Prácticas*. Disponible en: http://www.nctsn.org/sites/default/files/pfa/spanish/1_primeros_auxilios_book_final_comp_guide
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002). *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington, D.C.: Organización

Panamericana de la Salud (Ed). Disponible en
<http://helid.digicollection.org/es/d/Js2923s/>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2006). Guía Práctica de Salud Mental en situaciones de desastres. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud (Ed). Disponible en:
http://www.who.int/mental_health/paho_guia_practicade_salud_mental.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2010). Apoyo psicosocial en emergencias y desastres: Guía para equipos de respuesta. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud (Ed). Disponible en
http://www.who.int/mental_health/publications/response_teams_guide/es/

Perren Klingler, G. (2009). Técnicas de prevención secundaria de consecuencias psicológicas postraumáticas. Ponencia presentada en el 3er Congreso Mexicano de Psicotraumatología, en la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Lasalle, Mexico, DF. Disponible en <http://www.institut-psychotrauma.ch/>

Poseck, B., Carbelo, B. & Vecina, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. Papeles del Psicólogo, 27(1), 40-49.

Santacruz Escudero, J.M. (2008). Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático). En Rev. Colomb. Psiquiat., 37, 1.

Valero, S. (2002). Psicología en Emergencias y Desastres. Lima: Ed. San Marcos.