

## PSICOLOGÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS: ¿MITO O REALIDAD?

Cavanillas de San Segundo, Mercedes<sup>1</sup>. Mart3n-Barraji3n Mor3n, Pedro<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Psic3loga en Pr3ctica Privada. Docente. Psic3loga Voluntaria en SAMUR-Protecci3n Civil

<sup>2</sup>Psic3logo Red p3blica de Atenci3n Social a personas con enfermedad mental grave y duradera. Docente. Psic3logo Voluntario en SAMUR-Protecci3n Civil.

### RESUMEN

El presente art3culo, tiene como prop3sito iniciar la aportaci3n de voces autorizadas en la psicolog3a de emergencias para el enriquecimiento mutuo y el desarrollo "proporcionado" de esta especialidad incipiente de la psicolog3a.

Para ello, planteamos el debate sobre la necesidad real de la participaci3n de psic3logos en situaciones de crisis. Partiendo de la evoluci3n hist3rica de la especialidad hasta nuestros d3as, pasamos a revisar las definiciones m3s extendidas de crisis. Se exponen tambi3n los principios b3sicos de los Primeros Auxilios Psicol3gicos (PAP), junto con ciertas recomendaciones y aspectos a tener en cuenta en cualquier intervenci3n en crisis. Finalmente, aportamos una serie de datos que avalan la conveniencia de la participaci3n de los psic3logos en situaciones de crisis de una manera no indiscriminada.

**Palabras clave:** TEPT, V3ctimas, Primeros Auxilios Psicol3gicos, trauma, evitaci3n, negaci3n, factores protectores, factores de riesgo.

### ABSTRACT

*The purpose of the present article is to bring together different authorities on emergency psychology, to further enrich and develop this emerging specialisation within the discipline. In order to do this, the real need for psychologists' participation in crisis or emergency situations is debated. Using the historic evolution of this specialisation as a starting point, the more accepted and extended definitions of "crisis" are then revised. The basic principles of "Psychological First Aid" (Primeros Auxilios Psicol3gicos; PAP) are then covered, along with certain recommendations and important aspects to take into account in any psychological intervention in a crisis situation. Finally, some data is analysed that indicate the convenience of having psychologists participate indiscriminately in crisis situations.*

**Key words:** PTSD, victims, psychological first aid, trauma, avoidance, denial, protective factors, risk factors,

### INTRODUCCION HISTORICA

El inter3s por la atenci3n a v3ctimas de desastres se inicia a partir de mediados del s. XIX, inicialmente desde una orientaci3n b3sicamente cl3nica, que ir3 evolucionando hacia orientaciones psicosociales. Entre los a3os 1857 y 1885, aparecen las primeras descripciones de sintomatolog3a compleja (angustia, emotividad exagerada, depresi3n, insomnio, alteraciones de la memoria) en v3ctimas de accidentes de ferrocarril y de guerra. Estas alteraciones, que se presentaban en ausencia de lesiones f3sicas evidentes, se atribu3an a la conmoci3n cerebral ("shock nervioso") y en la terminolog3a de la 3poca aparece denominado como "neurosis traum3tica". <sup>(1)</sup>

Desde una perspectiva psicosocial, los estudios se inician hacia mediados del siglo XX. Las observaciones del psic3logo William James sobre el comportamiento

de v3ctimas y equipos de socorro en 1906, durante el terremoto de San Francisco resultan un importante antecedente a dichos estudios.

Pero lo que marca el inicio de la intervenci3n psicosocial en crisis de la 3poca moderna son los trabajos de Liderman y sus colaboradores, tras el incendio del local nocturno Coconut Grove en Boston (1942) en el que fallecieron 492 personas.

Dichos investigadores se centraron en conocer los s3ntomas psicol3gicos de los supervivientes (ansiedad, depresi3n, alteraciones psicosom3ticas), en aquellos sujetos que utilizaron la negaci3n como principal mecanismo defensivo, as3 como el proceso de duelo que atravesaban aquellas personas que hab3an perdido un ser querido.

A través del seguimiento de los familiares de muchas de las víctimas del suceso descubrió, sorprendido, que la mayoría de ellos no habían desarrollado síntomas psicopatológicos, y los que así lo hicieron, afirmaba, era a consecuencia de no haber experimentado el ciclo completo del proceso de aflicción.

De este modo, su informe clínico sobre los síntomas psicológicos de los sobrevivientes se constituye como la piedra angular para las teorizaciones subsecuentes sobre el proceso de duelo, una serie de etapas mediante las que el progreso del doliente equivale a aceptar y resolver la pérdida <sup>(2)</sup>. Además aportó un principio esencial en la intervención en crisis: las personas disponen de una gran cantidad de recursos internos con los que pueden enfrentarse a una crisis súbita en su vida <sup>(3)</sup>. No obstante, en ocasiones, los recursos de afrontamiento del individuo pueden verse desbordados. Destacaron como podrían existir profesionales que con su ayuda en el primer momento, podían prevenir dificultades psicológicas posteriores. Comenzaba así a cobrar relevancia el enfoque preventivo de la intervención en crisis.

En los últimos años ha existido y existe una creciente demanda social y política de apoyo psicosocial cuando se produce una situación traumática, especialmente en eventos evaluados como catastróficos, considerados como potenciales generadores de daño psicológico. Ante esta popularización del apoyo psicosocial en catástrofes, se plantea el debate de si realmente es necesario; al fin y al cabo, durante toda la historia de la humanidad se han producido tragedias que conllevaban pérdidas personales y materiales sin que los sujetos implicados contaran con apoyo psicológico. Y es legítimo plantearse dicho debate, ya que efectivamente no todas las personas afectadas por una situación traumática desarrollan sintomatología psicopatológica.

Lo que parece estar claro es que, al margen del "eco mediático", dicha necesidad es genuina; ante cualquier crisis vital, se producen secuelas psicológicas, que remiten en la mayoría de los casos; pero el apoyo psicosocial puede ayudar a reducir la manifestación de dichas secuelas, su severidad y posible cronificación <sup>(4)</sup>, así como la mortalidad.

Existen varias razones que avalan la intervención psicosocial en crisis. La primera es la indiscutible aparición de sintomatología psicopatológica en un porcentaje de la población afectada por sucesos traumáticos. Por otro lado, la definición de salud de la OMS (1948) indica que es «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.», y, por tanto, su restablecimiento incluirá el trabajo en los tres ámbitos. "El dolor puede combatirse con analgésicos, pero la culpa no". <sup>(5)</sup>,

Adicionalmente, es de reseñar un aspecto más, relacionado con los países industrializados; la evolución

de la sociedad al llamado "Estado del Bienestar" (en la actualidad en grave crisis), ha derivado hacia una sociedad hedonista, que huye y evita el dolor y el malestar.

Por ello, se han eliminado muchos de los recursos "tradicionales" que preparaban y ayudaban a la recuperación psicológica tras una situación traumática; por ejemplo, los rituales que acompañan al hecho de la muerte han ido acortándose o desapareciendo (el velatorio se realiza en lugares acondicionados para ello, con tiempo limitado, los periodos legales de baja laboral temporal por fallecimiento de un familiar..., etc.). Es por ello que, cuando ocurre una situación traumática, los individuos no están preparados para ello, y recurren a todo lo que pueden para continuar evitando ese dolor.

### DEFINICION DE CRISIS:

Hay muchas definiciones de crisis. Slaikeu (1996) define una crisis como "un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo." Se caracteriza por una gran desorganización emocional, perturbación y un colapso en las estrategias previas de enfrentamiento.

Evidentemente, a lo largo de la vida existen muchos tipos de crisis; la más relevante en este contexto es la crisis psicosocial o traumática, definida por Everly y Mitchell (1999) como "una respuesta aguda a un Incidente Crítico como un desastre masivo, un evento traumático, o un ataque terrorista", en donde:

1. La homeostasis (balance) psicológica se rompe.
2. Los mecanismos normales para hacer frente a las situaciones estresantes fallan.
3. Se presenta un deterioro funcional significativo.
4. Existe clara evidencia de sufrimiento, dolor y aflicción.
5. Se produce un estado de confusión y/o agitación

En general, la persona puede entrar en este tipo de crisis si se enfrenta a una situación traumática, que podemos definir como "acontecimiento que constituye una amenaza grave para la integridad psicológica o física del individuo que lo sufre" <sup>(6)</sup>

Sus características principales son que se produzca quiebra en el sentimiento de seguridad (desbordamiento de las propias estrategias de afrontamiento), vivencia súbita de indefensión, percepción de incontabilidad ante el futuro, y pérdida de la confianza básica en sí mismo y en los demás <sup>(7)</sup>.

## EL TRAUMA A NIVEL BIOLÓGICO

A nivel psicobiológico, el cerebro funciona de la siguiente manera: el *input* sensorial llega a la amígdala, que realiza una primera integración parcial y, si es necesario, nos activa hormonal y automáticamente ante un suceso antes de darnos cuenta cognitivamente del mismo, proceso que se produce, en un momento posterior, en la asignación cognitiva atribuida por el hipocampo y su procesamiento final en el neocórtex. Esto es lo que hace que, por ejemplo, si vemos una forma alargada y retorcida en un camino por el bosque, nuestro cuerpo empiece a dar respuestas de lucha-huida *antes* de ver si se trata o no de una serpiente.

Las experiencias emocionalmente significativas están reguladas por un sistema neurobiológico endógeno que se activa en función de la importancia de las mismas.

Ante una situación de crisis, la amígdala se sobreestimula; dicha sobreestimulación puede interferir en la activación del hipocampo, y éste, fracasar en su misión de integración de la información traumática; así, para la integración no fragmentada del suceso, existen dos “necesidades”:

- Que el sistema no se active por encima del umbral de sintomatología que cause un sufrimiento intolerable (mediante respuestas de desconexión o negación *que pueden dar lugar a la integración “fragmentada” de la información relativa al trauma, lo cual interfiere en la recuperación de la víctima*).
- Mantener el sistema lo suficientemente activo para que se dé el procesamiento de forma adecuada, (mediante respuestas de conexión-aproximación. Si se recuerdan mejor las experiencias de peligro, se está más preparado para evitarlas en el futuro.

El sistema de fijación de los recuerdos con significación afectiva tiene dos componentes:

- a) Las catecolaminas epinefrina (adrenalina) y norepinefrina (noradrenalina) favorecen la fijación del acontecimiento cargado afectivamente.
- b) El complejo anatómico de la amígdala cerebral.

La inyección de adrenalina inmediatamente después de una experiencia importante afectivamente aumenta el recuerdo de la misma actuando, sobre todo, a nivel de la amígdala cerebral.

## REACCIONES AL TRAUMA

Algunos autores defienden que tenemos un acervo común y muy restringido de respuestas ante acontecimientos vitales estresantes. Además de unas respuestas fisiológicas y un proceso de asimilación de la nueva realidad (situaciones relacionadas con la

muerte, diagnósticos crónicos en salud mental, enfermedades terminales, catástrofes, comunicación de malas noticias...etc.), tienen en común algún tipo de pérdida que requiere de un esfuerzo adaptativo a la nueva situación.

En este esfuerzo, media un intervalo temporal que contribuye a amortiguar el impacto de las consecuencias emocionalmente violentas, en el que el doliente pondrá en marcha (con más o menos éxito para su futura adaptación), las estrategias de afrontamiento que forman parte de su repertorio habitual. La negación/evitación de esa nueva realidad, puede suponer una respuesta adaptativa para evitar que el daño del impacto desborde al afectado, darle tiempo para “digerir” gradualmente el significado de la información relativa al trauma, y poner en marcha otros recursos de afrontamiento más adecuados, ante una situación donde puede ser imposible ejercer control.

Cuando la persona entra en situación de crisis puede reaccionar de muy diferentes maneras, y todas ellas pueden resultar adaptativas, ya que su expresión fenomenológica permite la integración del suceso, e inicia la reestructuración: negación, tristeza, shock o embotamiento emocional, agitación, agresividad, irritabilidad, estrechamiento cognitivo, llanto incontinente, crisis de pánico, nostalgia, desesperación, trastorno por estrés agudo..., y un adaptativo cuestionamiento de los supuestos básicos.

Hay personas, más cercanas en un hipotético continuo al polo de la introversión, que no tienen necesidad de ventilar emociones después de una situación traumática, porque nunca lo han hecho, no forma parte de su repertorio habitual. Por eso, es erróneo pensar que siempre es preciso que el doliente se “desahogue” expresando sus pensamientos y emociones negativas para dirimir el dolor.

Es decir, la intervención en crisis, puede resultar iatrogénica, y darse un fracaso empático si se dirige la intervención a “aumentar la realidad de la pérdida” a través de la “ventilación emocional”, o a confrontar con una realidad que aún no se está preparado para abordar. <<Insistir en que los pacientes deben enfrentarse a la realidad de sus situaciones o expresar sus sentimientos puede ser potencialmente perjudicial>><sup>(8)</sup>. Si una víctima no necesita hablar y se le fuerza a hacerlo, puede llegar a sufrir una traumatización secundaria.

Como respuesta del interviniente en la situación crítica ante la incredulidad y la negación, el silencio puede ser una herramienta de información apropiada, ya que en ocasiones reafirma al doliente en la reflexión que plantea, y en este sentido puede despejar sus dudas, siempre que se trate de una reflexión y no de una pregunta. El silencio, también puede ser una muestra de apoyo, en especial en las situaciones muy emotivas en las que posiblemente no haya nada que decir, y mucho más adecuado que cualquier “frase hueca”,

puede ser el silencio acompañado de una mirada, haciendo entender que estamos ahí, y que la persona en situación de crisis cuenta con nuestro apoyo <sup>(9)</sup>.

Ante este tipo de respuestas (negación/evitación), existe cierta equívocidad, relacionada con la predicción del desarrollo de un duelo complicado, o la necesidad de apoyo psicológico posterior, cuando la "víctima", -en un momento inmediato postraumático muestra señales de aturdimiento o choque y, como consecuencia, emite conductas encaminadas a disminuir el sufrimiento asociado a los recuerdos de lo sucedido: ocuparse de los demás, rumiaciones obsesivas sobre las circunstancias del evento estresante, incredulidad o negación... Las investigaciones empíricas demuestran que los individuos que reaccionan menos intensamente tras el trauma tienen más éxito en el procesamiento emocional posterior. <sup>(10)</sup>

Éstas últimas (incredulidad y negación), denotan las dificultades en la capacidad reactiva y de aproximación a la realidad. Sin embargo, protegen de las emociones negativas, y se mantienen porque reducen la disonancia cognitiva que se deriva de la sobreestimulación que genera el tener información relativa al trauma, que es incompatible con las creencias nucleares sobre que el mundo es benevolente, seguro, ordenado y predecible, y las personas somos valiosas y capaces de cuidar de nosotros mismos y de los nuestros <sup>(11)</sup>

Si evitación y negación, se instauran como resultado del intento de adaptación a la pérdida (superando la función adaptativa inicial), entonces predicen un duelo complicado, pero para determinar si una respuesta de afrontamiento es o no efectiva, no son la intensidad, frecuencia o incidencia, las que lo "determinan", sino su eficacia en la integración de la pérdida.

Por ejemplo: *La "negación" al recibir un diagnóstico de enfermedad mental crónica ("yo no tengo esquizofrenia, esos son los que salen por televisión que roban y matan, y yo no he hecho eso nunca...), puede tener la función de "preservar" la autoestima, y puede resultar "útil" como estrategia de afrontamiento inicial, sin embargo, si se mantiene en el tiempo, dificulta: la adherencia al tratamiento psiquiátrico, el ajuste farmacológico y de expectativas de rehabilitación psicosocial y laboral, que pueden conducir a una reagudización de síntomas psicóticos.*

Los cambios emocionales producidos por algún suceso vital estresante, elevan el nivel de activación y desencadenan la búsqueda de una explicación causal. Suele haber una interpretación del suceso, y una búsqueda de sentido del mismo, y en este sentido, es habitual encontrar un <<responsable>> (*de las voces en el caso de pacientes con alucinaciones auditivas -por bizarras que sus atribuciones sean-, de las circunstancias que rodean el suceso súbito e inesperado, de "la cuota de responsabilidad personal" en la muerte violenta de un familiar..., etc.*).

<<Si observamos las cosas buenas o malas que les suceden a los demás, existe una tendencia a la búsqueda de explicaciones; y si la gente las busca con suficiente energía, las encontrará, o las fabricará>> <sup>(12)</sup>

En esa búsqueda de explicaciones habitual ante situaciones traumáticas, modificar la interpretación de lo sucedido suele ser más <<fácil>> (*"¿por qué a mí?, ¿qué he hecho yo para merecer esto?, si no le hubiese dejado solo, no se habría suicidado..., ¿y si...?"*), que cambiar o modificar las creencias nucleares o supuestos básicos.

Cuando alguien padece una experiencia traumática, sus ideas sobre el mundo y sobre sí mismo son puestas en tela de juicio. La víctima o superviviente, deberá reinterpretar el trauma de manera que resulte menos amenazante o bien modificar sus creencias previas. El crecimiento después de un trauma sólo es posible si los esquemas son "sacudidos". <sup>(6)</sup>

Concluir "*es culpa mía*", permite seguir creyendo que cualquier acontecimiento puede explicarse y controlarse, y de esta manera, conservar las creencias sobre la predictibilidad, la seguridad, y la confianza en el mundo y en los demás. "*Si es culpa mía, llevaré mucho cuidado para que no se repita en el futuro y todo vaya bien*". <sup>(13)</sup>

En este sentido, cabe afirmar, que preferimos sentirnos culpables, a sentirnos indefensos...

## PRIMEROS AUXILIOS PSICOLOGICOS

Los Primeros Auxilios Psicológicos son considerarlos la "intervención en crisis de mejor elección" para responder a las necesidades psicosociales de personas afectadas por desastres o actos de terrorismo. <sup>(14)</sup>

Los Primeros Auxilios Psicológicos (P.A.P.), serán el conjunto de estrategias puestas en marcha de manera inmediata por los intervinientes tras un suceso crítico y que están orientadas a prevenir o disminuir consecuencias negativas en la salud mental de los afectados.

Están diseñados para reducir a corto y largo plazo la angustia inicial producida por eventos traumáticos y para promover el funcionamiento adaptativo y las habilidades de afrontamiento. Existe consenso entre los expertos en salud mental ante situaciones de crisis, en que estos elementos constituyen maneras efectivas de ayudar a los sobrevivientes a manejar la angustia y las adversidades después de un desastre, y a identificar quiénes podrían requerir servicios adicionales. Los P.A.P., son comparables en dos aspectos a la Reanimación Cardiopulmonar (RCP): ambos pueden realizarlos un amplio abanico de intervinientes adecuadamente formados, y en lo que se refiere a una utilidad específica para una situación concreta; (en caso de precisar ayuda más especializada, se recurre a los profesionales cualificados).

La intervención en P.A.P., tiene pues varias finalidades: explorar e instruir, pero también suponen una intervención preventiva, y sus objetivos son:

- **Intentar restablecer el nivel de funcionamiento previo al suceso:** colaborando en la solución de problemas inmediatos., intentando calmar a la víctima...etc.
- **Minimizar el impacto psicológico:** reducir sintomatología somática traumática.
- **Disminuir la probabilidad de aparición de psicopatologías:** resignificación de síntomas, reestructuración cognitiva breve, evitar la disociación en el momento inmediato, facilitar la "narrativa ordenada" del suceso para su integración posterior.

**Prevenir el riesgo de pérdidas de vida y/o reducir la mortalidad:** ayudando a establecer conductas adaptativas, evitar la "deambulación" que puede provocar más víctimas, conductas autolesivas..., etc.

Entre un 8- 10% de las personas en duelo desarrollan una patología. En España, hay aproximadamente 100.000 defunciones anuales por cáncer, según el índice de duelo o *grief index* <sup>(6)</sup> hay un promedio de 6 personas afectadas por muerte; lo que supone que cada año tendríamos unos 60.000 nuevos casos de duelos complicados en nuestro país, sólo por procesos oncológicos <sup>(6)</sup>

Si a esto le añadimos que: el 57% de las víctimas de agresión sexual, el 54% de las de violencia de género, el 50% de las víctimas de terrorismo, el 33,3% de las personas que reciben un diagnóstico de enfermedad grave, y el 12,3% de las víctimas de accidente de tráfico; desarrollan un trastorno de estrés postraumático (TEPT), -los índices más altos corresponden a aquellos sucesos que son provocados deliberadamente por el ser humano, y aquellos que son reiterados y permanecen el tiempo, respecto a acontecimientos "fortuitos", como desastres naturales- <sup>(5)</sup>, sin contar con otro tipo de víctimas como: heridos por arma de fuego o arma blanca, atropellos, familiares de pacientes suicidas u otras muertes súbitas, secuestros con y sin robo o agresión, catástrofes naturales, etc., la necesidad de los primeros auxilios psicológicos se hace patente en este tipo de situaciones.

Pero el duelo patológico o el desarrollo del TEPT no son las únicas patologías que pueden aparecer como consecuencia de una situación "traumática", en mayor o menor porcentaje pueden darse también las siguientes:

- Diferentes trastornos de ansiedad.
- Depresión -hasta un 47,6% en víctimas de violencia de género- <sup>(15)</sup>
- Abuso o dependencia de sustancias.
- Disfunciones sexuales.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos somatomorfos.

- Trastornos gastrointestinales.
- Trastornos adaptativos.
- Descompensación de trastornos de personalidad premórbidos.
- Modificaciones permanentes de la personalidad (susplicacia, hostilidad, dependencia emocional).
- Aislamiento social.
- Conductas hetero/ autoagresivas (suicidio o ideación suicida).

Sin embargo, a pesar de la contundencia de los datos anteriores, es importante reseñar que no todos los acontecimientos negativos generan un trauma, ni todas las personas expuestas a una situación traumática desarrollan sintomatología psicopatológica.

El desarrollo de sintomatología psicopatológica depende de dos tipos de factores:

- **Factores protectores:** buena autoestima, adecuada gestión emocional, alto apoyo social percibido, proyecto de vida activo, aficiones gratificantes, un estilo de vida equilibrado ocio-trabajo- familia, aceptación de las propias limitaciones, una actitud positiva ante la vida, un afrontamiento adecuado de la vida cotidiana, etc.
- **Factores de riesgo:** que indican que hay un mayor riesgo de aparición de psicopatología (psicopatología previa, presencia *concomitante* de otros problemas vitales: económicos, laborales, de pareja, familiares, escaso apoyo social, secuelas físicas graves, capacidad de afrontamiento pretraumática deficitaria, hijos pequeños a cargo, inmigración en situación irregular, otras pérdidas recientes o múltiples traumas <sup>(7)</sup>, etc.

Teniendo en cuenta las estadísticas mencionadas, no es menos cierto, que también un porcentaje altísimo de víctimas de accidente de tráfico por ejemplo, (hasta un 87,7%), no desarrolla un TEPT como consecuencia del accidente.

Haciendo una comparativa de estos casos con la medicina extrahospitalaria, la probabilidad de reanimar a una persona en parada cardiorrespiratoria por sobredosis de cocaína, es mucho menor y sin embargo, dichos profesionales invierten hasta el último de sus recursos por reanimar al paciente.

Algunos estudios muestran que la mayoría de casos de TEPT, se resuelven por sí solos entre el primer y el cuarto mes<sup>(11)</sup>. Solomon y Green<sup>(11)</sup> consideran que en desastres naturales, la mayoría de síntomas han desaparecido espontáneamente a los 16 meses, salvo cuando hay una amenaza vital extrema o una destrucción y duelo masivos. Esto apoyaría la idea de que la mayoría de estos síntomas constituyen una adaptación normal (frente una situación anormal) del cuerpo humano, ante una agresión externa de extrema gravedad, y que su medicalización en estas primeras fases es un error. <sup>(11)</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Robles Sánchez, J. I, y Medina Amor, J.L. (2008). "Manual de salud mental en desastres". Editorial Síntesis, Madrid.
2. Slaikeu, K. A. (2000). "Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación". 2ª Edición. Editorial El Manual Moderno.
3. Asociación Nacional de Víctimas de Delitos Violentos. Material didáctico curso: "Atención a Víctimas de la Violencia" Madrid, 2011
4. Fernández Millán, J.M. (2005). "Apoyo psicológico en situaciones de emergencia". Madrid. Pirámide.
5. Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J.(2001). "Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa". Análisis y modificación de conducta, Vol.27, Nº 116.
6. Payás Puigarnau, A. (2010). "Las tareas del duelo. Psicoterapia del duelo desde un modelo integrativo-relacional". Editorial Paidós.
7. Echeburúa, E. (2005). "La superación del trauma: principios básicos". Seminario internacional agresión y violencia en psicología: perspectivas actuales. Universidad Complutense de Madrid. España
8. Meichenbaum, Donald. (1987). "Manual de inoculación de estrés". Ed. Martínez Roca.
9. Parada Torres, E. (2008). "Psicología y Emergencia: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia". Editorial Desclee de Brouwer.
10. Ramos Díaz, N.S. (2000). "Variables cognitivas implicadas en el ajuste al trauma y asociadas a la comunicación emocional". Tesis Doctoral. Málaga. Disponible en: <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/2664/16272699.pdf?sequence=1>
11. Pérez-Sales, P. (2006). "Trauma, culpa y duelo: hacia una psicoterapia integradora". Editorial Desclee de Brouwer.
12. Goldstein, Jeffrey H. (1978) "Agresión y Delitos Violentos". México D.F. Ed. Manual Moderno.
13. Sabouraud- Séguin, A. (2003). "Cómo superar un trauma psicológico". Editorial Síntesis.
14. Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C, Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Vernberg, E., Watson, P. "Primeros Auxilios Psicológicos, Guía de operaciones prácticas". National Child Traumatic Stress Network. Disponible en: [http://www.nctsn.org/nctsn\\_assets/pdfs/PFA\\_Spanish\\_Guide\\_Web042909.pdf](http://www.nctsn.org/nctsn_assets/pdfs/PFA_Spanish_Guide_Web042909.pdf)
15. Labrador, F.J. (2005). "Tratamiento del TEPT en víctimas de violencia doméstica". Seminario internacional agresión y violencia en psicología: perspectivas actuales. Universidad Complutense de Madrid. España
16. Acinas Acinas, P. "Información a la población en situaciones de emergencia y riesgo colectivo". Intervención Psicosocial, 2007, Vol. 16 N.º 3 Págs. 303-321.
17. Echeburúa, E. (2004). "Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos." Madrid. Pirámide.
18. Labrador, F.J., Paz, P., de Luis, P., y Fernández-Velasco, R. (2004). "Mujeres víctimas de violencia doméstica. Programa de actuación". Madrid. Pirámide.
19. Lacasta Reverte MA, García Rodríguez ED. "Duelo en cuidados paliativos". SECPAL. Guías Médicas. Disponible en: <http://www.secpal.com>
20. Lillo, A., Muñoz, F.A., Parada, E., Puerta, A., Ramos, M., Pereira, M., Del Val, M. y Guijarro, A. (2004). "Intervención Psicológica tras los atentados del 11 de Marzo en Madrid". Clínica y Salud, 15, 7-88.
21. Montoya J. "El duelo. Biblioteca Básica de Tanatología". Disponible en: <http://montedeoya.homesitead.com/duelos.html>
22. Pacheco Tabuenca. (2009) "El arte de comunicar malas noticias en el ámbito prehospitalario". Revista Prehospital Emergency Care (ed. esp.), Vol.2, Num.1.
23. Payás Puigarnau, A. (2008). "Funciones psicológicas y tratamiento de las rumiaciones obsesivas en duelo". Revista. Asociación Española de Neuropsiquiatría., 2008, vol. XXVIII, n.º 102, pp. 307-323.
24. Perona Garcelán, S.; Cuevas Yust, C.; Vallina Fernández, O. y Lemos Giráldez, S. (2003). "Terapia Cognitivo-Conductual de la Esquizofrenia. Guía Clínica". Madrid: Minerva Ediciones.
25. Perona Garcelán, S.; Cuevas Yust, C. y Martínez López, M. J. (2003). "Guía de tratamientos psicológicos eficaces en delirios y alucinaciones". En M. Pérez Alvarez; J. R. Fernández Hermida, C.; Fernández Rodríguez y I. Amigo Vázquez (Eds.), "Guía de tratamientos psicológicos eficaces I (Adultos)". Madrid: Pirámide.
26. Robles Sánchez, J. I., y Medina Amor, J.L. (2003). "Intervención psicológica en las catástrofes". Editorial Síntesis, Madrid.
27. Trejo Mares, B. y Trejo Mares, J. (2011). "Una revisión del trastorno de estrés postraumático (TEPT)". Disponible en: [Psicologia.com http://hdl.handle.net/10401/4640](http://hdl.handle.net/10401/4640)
28. Worden J.W. (2004). "El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia". Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.