



# PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN SITUACIONES DE EPIDEMIAS

THS/MH/06/1

Original: Español

Documento elaborado por:

Unidad de Salud Mental, Abuso de Sustancias  
y Rehabilitación (THS/MH)

Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS)  
Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

## Contenido

	<i>Página</i>
I. Introducción.....	1
II. Vulnerabilidad psicosocial.....	2
III. El impacto en la salud mental.....	4
IV. Atención de salud mental.....	8
V. Manejo de cadáveres.....	15
VI. Atención psicosocial a los equipos de respuesta que han trabajado en la atención a la epidemia.....	17
VII. Estrategias de comunicación social: la importancia de una información veraz, adecuada y oportuna.....	18
VIII. Consideraciones finales.....	21



## I. INTRODUCCIÓN

Recientemente, el Dr. Lee Jong-Wook advirtió a todos los Ministros de Salud de las Américas, reunidos en Washington, D.C. con motivo de la 46 Reunión Anual del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Septiembre 2005, acerca del riesgo de una amenaza de consecuencias sanitarias, sociales y económicas incalculables. "No tomar en serio la amenaza (de la pandemia de la gripe aviar) y no prepararse apropiadamente, tendrá consecuencias catastróficas". También definió como "momento crítico" la posibilidad cierta de una pandemia mundial por gripe aviar, un evento de enormes consecuencias que "no puede encontrar a ningún gobierno, dirigente nacional o Ministro de Salud desprevenido".....,"y todos los países también deben tener una estrategia comunicacional, estando preparados para informar al público sobre la pandemia, sobre qué está pasando y qué hacer".

"Los humanos no tendrán la posibilidad de desarrollar una inmunización natural contra un nuevo virus de la gripe", afirmó el Dr. Lee en referencia al altamente patológico virus de la gripe H5N1 que ya activara muchas alarmas.

Se ha hablado del tema como un posible desastre microbiano: "Mientras la población sobre la tierra aumenta exponencialmente, también aumentarán las perspectivas de nuevas sorpresas del mundo microbiano". "Los nuevos virus se propagan rápidamente porque nadie tiene una inmunidad significativa contra la nueva cepa, y la enfermedad que causa puede ser excepcionalmente grave"<sup>1</sup>.

Las autoridades de la OPS/OMS han urgido a los países de la Región a que se preparen para la posible emergencia frente a una nueva cepa de gripe capaz de crear una pandemia. Se les ha instado a que elaboren planes de contingencia de acuerdo con sus realidades y limitaciones (disponibilidad de vacunas adecuadas y de fármacos antivirales, así como el acceso equitativo a los mismos).

Las descripciones anteriores sirven de preámbulo para enfatizar en la evaluación de esta amenaza desde la perspectiva conductual. En efecto, se hace necesaria una mejor comprensión de las respuestas de los grupos poblacionales afectados y las formas de abordarlas. Por otro lado, es necesario lograr una participación activa de la comunidad en la preparación e implementación de las medidas de control de la epidemia.

Habitualmente los preparativos para una epidemia han enfatizado aspectos tales como: el desarrollo de planes nacionales, la vigilancia epidemiológica, los requerimientos de vacunas y medicamentos, el mejoramiento de la cobertura de

---

<sup>1</sup> Peters, C.J. Hacia un desastre microbiano? En *Perspectivas*, revista de la Organización Panamericana de la Salud. Edición Especial del Centenario. Volumen 7, Número 2. Washington, 2002.

vacunación en los grupos de alto riesgo, así como el impacto y la carga económica. Los ausentes en la programación son los aspectos psicológicos y sociales.

Esto sucede no obstante que muchos de los problemas que afligen al conjunto de las personas tienen su origen en el miedo en sus múltiples expresiones. En cuanto se trata de un problema grupal cabe abordarlo con acciones colectivas. Estudios realizados en poblaciones sometidas a una amenaza que genera miedo o terror han identificado que hasta más del 80% de las personas, en circunstancias de cercanía evidente al peligro, expresan manifestaciones sintomáticas de miedo o pánico.

## **II. VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL**

La vulnerabilidad es la condición interna de un sujeto o grupo expuesto a una amenaza/evento traumático, que corresponde a su disposición intrínseca para ser dañado; es la resultante de un proceso dinámico de interacción de diversos factores.

La ocurrencia de gran cantidad de enfermos y muertes y las vastas pérdidas económicas en el contexto de una epidemia o pandemia genera un riesgo psicosocial elevado. Una aproximación racional en la atención en salud mental implica el reconocimiento de las diferencias de vulnerabilidad de los distintos grupos poblacionales, en especial las relacionadas con el género, la edad, y el nivel socio-económico. Existen también riesgos de origen ocupacional, tal como los propios miembros de los equipos de respuesta que trabajan en la emergencia.

Cabe enfatizar que los grupos más vulnerables son los que tienen mayores dificultades para reconstruir sus medios de subsistencia y apoyo social después de la catástrofe.

A continuación se listan condiciones que generalmente influyen en la vulnerabilidad. Habitualmente no es una sola de estas condiciones la que determina el grado de vulnerabilidad, sino que es la conjunción de algunas de ellas en determinadas circunstancias. Por ejemplo, sólo la condición de indígena no hace vulnerable a una persona si esto no va unido a otros factores.

Condiciones que influyen en la vulnerabilidad	Grupos poblacionales
Edad y sexo	Niños, niñas y adolescentes Ancianos (as) Mujeres
Etnia	Poblaciones indígenas Grupos minoritarios
Antecedentes de enfermedades físicas y/o psíquicas	Personas discapacitadas Enfermos psiquiátricos de larga evolución y trastornos psiquiátricos anteriores Enfermedades crónicas
Condiciones económicas y sociales	Grupos en pobreza y pobreza extrema Marginalidad en grandes ciudades Migrantes del campo a la ciudad y residentes ilegales
Antecedentes de eventos traumáticos	Grupos poblacionales que han sido víctimas de la violencia en sus diferentes formas Comunidades que son afectadas frecuentemente por desastres naturales
Condiciones de trabajo en situaciones de catástrofes. Ejemplos, trabajo con gran cantidad de enfermos, manipulación de cadáveres, observadores de situaciones que generan dolor	Miembros de los equipos institucionales y comunitarios de respuesta

Las pérdidas que fueren experimentadas pueden tener efectos diferenciados sobre las poblaciones masculinas y femeninas. Los patrones sociales y culturales determinan que los hombres y mujeres reaccionen de manera diferente. Por ejemplo, los hombres tienden a reprimir las emociones dolorosas y expresarlas se interpreta como una debilidad. Su respuesta emocional puede ser la ingesta exagerada de alcohol o las conductas violentas. Las mujeres tienden a comunicarse más fácilmente entre sí, a expresar sus temores, así como buscar apoyo y comprensión para sí misma y sus hijos.

Los ancianos, en algunas comunidades, son fuente de experiencia y sabiduría y son la memoria histórica de como, a lo largo del tiempo, se han afrontado situaciones críticas. Sin embargo, algunos pueden correr el riesgo de encontrarse en situaciones de vulnerabilidad como resultado del padecimiento de enfermedades crónicas y discapacitantes, de estar aislados y de carecer de redes de apoyo familiar y social.

Otro grupo vulnerable pueden ser los niños y niñas, quienes suelen tener una menor comprensión del suceso traumático y enfrentan limitaciones en comunicar lo que

sienten. Algunos niños niegan completamente o se muestran indiferentes cuando se enteran que han perdido uno o varios de sus familiares. El impacto emocional es tan severo que con frecuencia no hablan sobre lo que han vivido. Algunos adultos pueden asumir que el niño ha olvidado, pero no es así; es capaz de recordar y contar las experiencias traumáticas vividas cuando sus sentimientos de miedo están bajo control.

Durante catástrofes, como una epidemia a gran escala, se pueden producir violaciones de los derechos de los niños y niñas (salud, educación, nutrición, recreación, protección, derecho a vivir con sus padres, etc.). La situación creada por una epidemia afecta todos los aspectos del desarrollo de la niñez (físico, psíquico y social), pero, habitualmente, los que se ocupan de su asistencia han centrado sus esfuerzos en la vulnerabilidad física, sin tener totalmente en cuenta sus pérdidas y temores.

### **III. EL IMPACTO EN LA SALUD MENTAL**

Las epidemias son emergencias sanitarias en las que se ve amenazada la vida de las personas y causan cantidades significativas de enfermos y muertos. Por lo general, se sobrecargan los recursos locales y quedan amenazados la seguridad y funcionamiento normal de la comunidad. Como resultado se requiere, con carácter urgente, una intervención externa de ayuda. Pero al igual que otros eventos catastróficos, son también verdaderas tragedias humanas y por ende es necesario atender la aflicción y las consecuencias psicológicas.

Desde la perspectiva de la salud mental, una epidemia de gran magnitud implica una perturbación psicosocial que puede exceder la capacidad de manejo de la población afectada. Puede considerarse, incluso, que toda la población sufre tensiones y angustias en mayor o menor medida. Así es que se estima un incremento de la incidencia de trastornos psíquicos (entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta podrá sufrir alguna manifestación psicopatológica, de acuerdo a la magnitud del evento y el grado de vulnerabilidad). Aunque debe destacarse que no todos los problemas psicológicos y sociales que se presentan podrán calificarse como enfermedades; la mayoría serán reacciones normales ante una situación anormal.

Los efectos en la salud mental, generalmente, son más marcados en las poblaciones que viven en condiciones precarias, poseen escasos recursos y tienen limitado acceso a los servicios sociales y de salud.

#### **Los trastornos psíquicos en los sobrevivientes**

En el orden individual muchas personas pueden enfrentar una crisis, definida esta como aquella situación generada por un evento vital externo que sobrepasa la capacidad emocional de respuesta de la persona. Es decir, sus mecanismos de afrontamiento le resultan insuficientes y se produce un desequilibrio e inadaptación psicológica.

Ante una situación muy significativa emocionalmente - como padecer una enfermedad grave y/o muerte de seres queridos - ciertos sentimientos y reacciones son frecuentes. Así mismo el recuerdo de lo sucedido será parte de la vida de las víctimas y no se borrará de su memoria.

Pero, si bien algunas manifestaciones psíquicas son la respuesta comprensible y transitoria ante las experiencias traumáticas vividas, también pueden ser indicadores de que se está pasando hacia una condición patológica. La valoración debe hacerse en el contexto de los hechos, determinando si se pueden interpretar como respuestas "normales o esperadas" o por el contrario identificarse como manifestaciones psicopatológicas que requieren un abordaje profesional.

Algunos criterios para determinar que una expresión emocional se está convirtiendo en sintomática son:

- Prolongación en el tiempo.
- Sufrimiento intenso.
- Complicaciones asociadas (ejemplo, conducta suicida).
- Afectación significativa del funcionamiento social y cotidiano.

Los trastornos psíquicos inmediatos más frecuentes en los sobrevivientes son los episodios depresivos y las reacciones de estrés agudo de tipo transitorio. El riesgo de aparición de estos trastornos aumenta de acuerdo a las características de las pérdidas y otros factores de vulnerabilidad. En situaciones de emergencias también se ha observado, ocasionalmente, el incremento de las conductas violentas, así como el consumo excesivo de alcohol.

Entre los efectos tardíos se reportan duelos patológicos, así como depresión, trastornos de adaptación, manifestaciones de estrés postraumático, abuso del alcohol u otras sustancias adictivas y trastornos psicosomáticos. También los patrones de sufrimiento prolongado se manifiestan como tristeza, miedo generalizado y ansiedad expresados corporalmente, síntomas que con frecuencia adquieren un carácter grave y de larga duración.

Los trastornos de adaptación se caracterizan por un estado de malestar subjetivo, alteraciones emocionales que afectan la vida social y dificultad para ajustarse al cambio vital que significan las pérdidas.

El estrés postraumático (o algunas manifestaciones sintomáticas de este cuadro) es un trastorno de tipo tardío o diferido que aparece como consecuencia de acontecimientos excepcionalmente amenazantes o catastróficos; la vivencia de una epidemia de gran magnitud, especialmente en personas que han experimentado pérdidas importantes puede ser causal de síntomas de estrés postraumático.

## El duelo

Resulta esperado que después de la muerte de uno o varios seres queridos se presente la tristeza, el sufrimiento y la aflicción. El periodo de duelo es aquel en que la persona asimila lo sucedido, lo entiende, supera y reconstruye su vida. Este es un proceso normal que no debe apresurarse ni tratar de eliminarse, así como tampoco considerarlo como una enfermedad.

En todas las sociedades existen ritos, normas y formas de expresión del duelo, que se derivan de diferentes concepciones de la vida y la muerte. La realización de los rituales que establece la cultura comunitaria es parte integral del proceso de recuperación de los sobrevivientes.

El duelo se vivencia con una mezcla de tristeza, angustia, miedo e ira; en el momento más crítico llega a los extremos del dolor emocional muy intenso y la desesperación. Después viene el alivio progresivo y concluye con expresiones de confianza y esperanza renovadas. El proceso de duelo implica:

- Liberarse o dejar atrás la relación con la persona perdida.
- Adaptarse al mundo en otras condiciones.
- El esfuerzo por establecer nuevas relaciones.

El modo de afrontar la pérdida y llevar el duelo adecuadamente está en estrecha relación con los siguientes factores:

- La personalidad del sobreviviente y la fortaleza de sus mecanismos de afronte.
- La relación con la persona perdida.
- Las circunstancias en que ocurrieron los hechos.
- Red de apoyo social (familia, amigos y comunidad).

Las manifestaciones psicológicas más frecuentes del duelo son: recuerdos muy vivos y reiterativos del fallecido y de lo ocurrido, nerviosismo, miedo, tristeza, llanto, deseos de morir, problemas con el sueño y el apetito, problemas de memoria y para la concentración mental, fatiga, pocas motivaciones y dificultades para retornar al nivel normal de actividad, tendencia al aislamiento, mezcla de sentimientos o emociones (como, reproche a sí mismo, inculpar a otros, frustración, impotencia, enojo, sentirse abrumado etc.), descuido del aspecto e higiene personal, y manifestaciones corporales diversas no específicas (como mareos, náuseas, dolor de cabeza, opresión precordial, temblores, dificultad para respirar, palpitaciones, sequedad en la boca)

En condiciones de grandes catástrofes el duelo supone la necesidad de enfrentar otras muchas pérdidas y tiene un sentido más amplio y comunitario; implica la ruptura de un proyecto de vida, con una dimensión no solo familiar, sino también social, económica y política.

El duelo complicado es aquel que no evoluciona de “forma natural” y se transforma en patológico; por lo general conduce a un trastorno depresivo que se caracteriza por una marcada tristeza, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución del nivel de actividad y cansancio exagerado. También se señalan síntomas como: disminución de la atención y la concentración, pérdida de confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad, ideas de culpa, perspectivas sombrías de futuro, pensamientos o actos suicidas, trastornos del sueño y pérdida del apetito.

Son muchas las circunstancias que hacen más difícil enfrentar un proceso de duelo, pero entre estas puede citarse la vulnerabilidad personal y la magnitud de las pérdidas. El proceso de duelo alterado conduce, frecuentemente, a la aparición de trastornos psiquiátricos que requieren de intervenciones más especializadas.

En situaciones de epidemias y muertes masivas se han descrito los miedos y sentimientos que experimentan los sobrevivientes<sup>2</sup>:

- Pesadumbre y aflicción por la pérdida de familiares y amigos, que en ocasiones coexisten con pérdidas de tipo material. También existen pérdidas más sutiles y a veces intangibles, como la pérdida de la fe en Dios, pérdida del sentido de la vida, etc.
- Miedos prácticos: Los temores a asumir los nuevos roles que le impone la desaparición de un miembro de la familia (la esposa viuda que se convierte en jefa del hogar o el padre viudo a cargo de los hijos).
- Miedos recurrentes, a que pueda ocurrir algo nuevamente o que la muerte se va a cernir sobre otros miembros de la familia o la comunidad.
- Miedo personal a morir: el miedo a lo desconocido o a enfrentar a Dios.
- Sentimientos de soledad y abandono: Es frecuente que los sobrevivientes experimenten que los familiares y amigos los abandonan en momentos difíciles.
- Miedo a olvidar o ser olvidado.
- Enojo: Se sienten molestos contra los que los murieron y lo descargan contra familiares o amigos cercanos.
- Sentimientos de culpa: Se sienten culpables, en alguna medida, de la muerte de seres queridos y por haber sobrevivido. En ocasiones, cosas sucedidas después de la muerte incrementan este sentimiento.
- Vergüenza después de la muerte de un ser querido, por circunstancias que rodearon el fallecimiento de la persona (su comportamiento, humillaciones, etc.). O vergüenza por las condiciones en que queda la familia después de los sucesos.

#### IV. ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

<sup>2</sup> OPS/OMS. Manejo de cadáveres en situaciones de desastres y emergencias. Publicado por la OPS/OMS. Washington DC, 2002.

La experiencia adquirida demuestra que los planes de salud mental no pueden limitarse a ampliar y mejorar los servicios especializados que se ofrecen de manera directa a los afectados, sino que es necesario desplegar la visión hacia un campo de competencias mucho más amplio.

Por ejemplo, se puede resaltar la relación de los servicios de salud mental con un amplio rango de actividades, tales como:

- Ayuda humanitaria y social
- Consejería a la población y grupos de riesgo
- Comunicación social

También se ha reconocido que después de grandes catástrofes, los problemas de salud mental requerirán de atención durante un periodo prolongado en los sobrevivientes, cuando tengan que enfrentar la tarea de reconstruir sus vidas. Esto nos pone frente a la necesidad de prever planes de recuperación psicosocial en el mediano y largo plazo.

Desde el punto de vista de la atención hay que distinguir tres momentos (antes, durante y después) y cuatro grupos de personas:

- Los enfermos
- Los que padecieron la enfermedad y sobrevivieron
- Los que no están enfermos, pero pueden potencialmente enfermar; y pueden haber experimentado pérdidas importantes (fallecidos o enfermos entre sus familiares, amigos o vecinos)
- Los miembros de los equipos de respuesta que trabajan en la emergencia

Acciones de salud mental según fases

<b>Fases / manifestaciones psicológicas y sociales de la población</b>	<b>Acciones de salud mental</b>
<p><u>Antes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Expectativa de inevitabilidad con alto nivel de tensión en la población.</li> <li>- Sobre o sub-valoración (negación) de la posible epidemia</li> <li>- Se potencializan características humanas preexistentes (positivas y negativas)</li> <li>- Ansiedad, tensión, inseguridad y vigilancia obsesiva de los síntomas de la enfermedad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicación de riesgo a la población, con énfasis en grupos vulnerables. Sensibilización e información sobre el tema</li> <li>- Localizar personal competente en salud mental</li> <li>- Capacitación a equipos de salud mental y trabajadores de APS sobre el tema. Preparación de grupos de apoyo emocional y consejería</li> <li>- Identificar grupos vulnerables desde el punto de vista psicosocial</li> <li>- Protección preventiva: se impone autoritariamente, en casos necesarios</li> <li>- Estimular el espíritu solidario y favorecer la participación de la comunidad</li> <li>- Organización de los servicios de salud mental para una adecuada respuesta en la emergencia, en especial formación de equipos móviles, unidades de intervención en crisis y servicios de enlace en hospitales generales</li> <li>- Coordinación interinstitucional. Creación de redes de trabajo.</li> </ul>
<p><u>Durante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Miedos, sentimientos de abandono y vulnerabilidad</li> <li>- Necesidad de supervivencia</li> <li>- Pérdida de iniciativa</li> <li>- Liderazgos espontáneos (positivos o negativos)</li> <li>- Aparecen conductas que pueden oscilar entre: heroicas o mezquinas; violentas o pasivas; solidarias o egoístas</li> <li>- Adaptación a cambios en los patrones habituales de vida: restricciones de movimientos, uso de mascararas, disminución en los contactos físicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluación rápida de las necesidades psicosociales de la población en las condiciones específicas del lugar donde se desarrolla la epidemia</li> <li>- Apoyo a las acciones fundamentales de detección temprana, notificación, atención y control de la propagación</li> <li>- Comunicación social. Información y orientación sobre: qué está ocurriendo, qué se está haciendo y qué deben hacer las personas. Transmitir: organización, seguridad, autoridad, moral, sosiego, apoyo y ánimo.</li> <li>- Continuación de la capacitación in situ</li> </ul>

<p>directos, cierre temporal de escuelas, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedad, depresión, duelos, estrés peri-traumático, crisis emocionales y de pánico, reacciones colectivas de agitación, descompensación de trastornos psíquicos preexistentes, trastornos somáticos de origen psíquico</li> </ul>	<p>durante la emergencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo y atención psicosocial (individual y grupal) a personas, familias y comunidades afectadas</li> </ul>
<p><b>Fases / manifestaciones psicológicas y sociales de la población</b></p>	<p><b>Acciones de salud mental</b></p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover mecanismos de autoayuda y ayuda mutua. Incluye grupos y ayuda de pares. Recuperar la iniciativa y elevar la autoestima</li> <li>- Contribuir al control de la desorganización social</li> <li>- -Primera ayuda emocional por personal no especializado (de salud y de ayuda humanitaria), en especial a familias en duelo</li> <li>- Atención psiquiátrica a personas con trastornos mentales definidos</li> <li>- Servicios especializados en función de la atención a la pandemia: grupos móviles para laborar en la comunidad y APS, unidades de intervención en crisis en lugares seleccionados (como morgues, grandes hospitales, etc.) y servicios de enlace en hospitales generales</li> </ul>
<p><u>Después: la pandemia está bajo control</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Miedo a una nueva epidemia</li> <li>- Conductas agresivas y de protesta contra autoridades e instituciones. Actos de rebeldía y/o delincuenciales</li> <li>- Secuelas sociales y de salud mental: depresión, duelos patológicos, estrés postraumático, abuso de alcohol y drogas, así como violencia</li> <li>- Se inicia un proceso lento y progresivo de recuperación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuación de una buena estrategia de comunicación social que favorezca la recuperación</li> <li>- Capacitación continua en servicio a los equipos que trabajan en la recuperación</li> <li>- Implementación de la atención de salud mental individual y grupal a personas, familias y comunidades que fueron afectadas, como parte de un plan de recuperación psicosocial de mediano plazo (6 meses como mínimo)</li> <li>- Atención de salud mental a los que ayudaron (equipos de respuesta)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Rehabilitar es marchar hacia delante y “recuperar la esperanza”. Deben fortalecerse los nuevos proyectos de vida</li><li>- Consolidar la coordinación interinstitucional y la organización comunitaria</li><li>- -Discutir las experiencias y lecciones aprendidas</li></ul>
--	--

Hay tres mensajes esenciales:

1. No pensemos solo en la psicopatología, sino también en la amplia gama de problemas de alto contenido social.
2. La necesidad de ampliación del campo de competencia de los profesionales de la salud mental.
3. Los problemas psicosociales pueden y deben ser atendidos -en gran proporción- por personal no especializado.

#### Sobre la atención psicológica y social

En los primeros momentos será necesario utilizar técnicas de intervención en crisis para los que no están enfermos, pero están experimentando reacciones psicológicas significativas. Los trabajadores de salud y los de ayuda humanitaria deben estar preparados en técnicas básicas de primera ayuda emocional. Es de especial importancia disponer de servicios de salud mental con posibilidades de intervención en crisis en los principales centros de salud donde se estén manejando enfermos, creándose un dispositivo de atención para los familiares y acompañantes.

Algunas recomendaciones para los sobrevivientes y los que han sufrido pérdidas importantes:

- Tratarlos como sobrevivientes activos y no como sujetos pasivos.
- No medicalizar la atención, ni tratar a las personas, necesariamente, como enfermos psiquiátricos.
- Asistir y mostrar preocupación por la seguridad física y la salud.
- Asegurarse que tengan cubiertas sus necesidades básicas.
- Proporcionar apoyo emocional y un sentido de conexión con otras personas.
- Asegurar privacidad y confidencialidad en la comunicación.
- Facilitar que ventilen o cuenten su historia y afloren las emociones.
- El que ofrece la ayuda psicológica debe desarrollar un sentido de escucha responsable, cuidadosa y paciente. Los miembros de los equipos de respuesta deben explorar sus propias concepciones y preocupaciones sobre la enfermedad y la muerte y no deben imponer su visión a aquellos que ayudan.

- Más que consejos debe abrirse la reflexión sobre lo sucedido y como enfrentar el futuro. Las orientaciones deben referirse a cuestiones prácticas y canales de ayuda que se abren.
- Proveer tanta información como sea posible y escuchar los problemas para contribuir a canalizarlos.
- Favorecer el retorno a la vida cotidiana, lo antes posible.
- Evitar el intrusismo de la prensa u otros grupos.
- El apoyo espiritual o religioso es, generalmente, un instrumento valioso para calmar a los familiares.

Los criterios de remisión a un especialista (psicólogo o médico psiquiatra) son limitados y específicos:

- Síntomas persistentes y/o agravados que no se han aliviado con las medidas iniciales.
- Dificultades marcadas en la vida familiar, laboral o social.
- Riesgo de complicaciones, en especial el suicidio.
- Problemas coexistentes como alcoholismo u otras adicciones.
- Las depresiones mayores, psicosis y el trastorno por estrés postraumático son cuadros psiquiátricos severos que requieren de atención especializada.

El uso de medicamentos debe ser restringido a los casos estrictamente necesarios y solos prescritos por facultativos. No es recomendable el uso indiscriminado y por largos periodos de psicofármacos; algunos como los tranquilizantes tienen efectos secundarios importantes y crean adicción.

La gran mayoría de los casos pueden y deben atenderse ambulatoriamente, en su contexto familiar y comunitario. La hospitalización, por lo general, no es necesaria. Es en la vida cotidiana donde se activa la recuperación psicosocial de las personas después de eventos traumáticos importantes.

Para los niños sobrevivientes se recomienda:

- Una estrategia de atención psicosocial flexible y desprofesionalizada.
- Considerar la escuela, la comunidad y la familia como espacios terapéuticos fundamentales.
- Los maestros, el personal comunitario, colectivos de mujeres y los grupos de jóvenes se convierten en agentes de trabajo con los menores.
- Fortalecer la capacitación, atención y motivación del personal que trabaje con niños.
- Las técnicas grupales lúdicas y las actividades recreativas son instrumentos esenciales para la recuperación psicosocial de los niños.
- Favorecer el retorno, lo antes posible, a la vida normal incluyendo la escuela.
- Aprovechar las tradiciones populares, en lo referente a los cuidados y atención a los menores afectados.

---

Principios básicos para un Plan Nacional de Salud Mental en una situación de epidemia o pandemia:

- El Plan NO debe estar centrado sólo en el impacto traumático (la enfermedad epidémica), debe ser amplio y dimensionar al individuo y su contexto, así como utilizar estrategias positivas de afrontamiento en los planos ideológico, cultural y religioso.
- Definir objetivos sobre bases realistas y objetivas. Un objetivo fundamental es de carácter preventivo (disminuir las probabilidades de sufrir daños psicosociales).
- Definir acciones (corto, mediano y largo plazo) sobre la base de los objetivos trazados. En cada acción debe definirse claramente responsable, ejecutores y fechas de cumplimiento.
- La intervención psicosocial debe ser temprana, rápida y eficiente.
- Las metodologías de trabajo deben ser ágiles, sencillas, concretas y adaptables a las características étnicas y culturales.
- En un primer momento es necesario la evaluación rápida de las necesidades psicosociales y las situaciones de mayor vulnerabilidad, que sirva de base a las actuaciones en su fase inicial.
- No visualizar la atención, sólo como demanda de asistencia clínica psiquiátrica.
- Crear ambientes seguros, promoviendo la vida comunitaria, así como apoyando el reagrupamiento familiar.
- Readaptación activa que significa el reinicio de las actividades cotidianas de la comunidad, incluyendo el trabajo y la actividad escolar de los niños.
- Generar espacios comunitarios de apoyo mutuo, expresión, distensión, comprensión y escucha en donde se socializa el impacto de manera que permita re-elaborarlo y movilizar recursos.
- Escuchar las demandas de la gente en sus propios espacios sociales o informales y no esperar que las personas vengán a los servicios de salud.
- El apoyo emocional debe integrarse a las actividades cotidianas de los grupos organizados en las comunidades y formar parte de la satisfacción de las necesidades básicas de la población.
- Soporte emocional a las personas en duelo, favoreciendo los funerales y ritos aceptados culturalmente.
- Enfoque de género.
- Establecer alianzas y lograr la participación de los diversos actores sociales.
- En el plano operativo se prioriza el ámbito grupal y comunitario, sin que esto implique el no abordar el nivel individual y familiar.
- Flexibilidad. La dinámica psicosocial en emergencias de esta índole es muy cambiante, por lo que todo plan debe ser sumamente flexible.
- Sostenibilidad de las acciones a mediano y largo plazo, buscando que como consecuencia de estas acciones se fortalezcan los servicios existentes y mejore la atención en salud mental en el país.

Líneas de acción:

1. Diagnóstico rápido de las necesidades psicológicas y sociales de la población.
2. Atención psicosocial por personal no especializado.
3. Atención clínica especializada directa a personas con trastornos psíquicos más complejos.
4. Atención priorizada a grupos en mayor riesgo.
5. Capacitación.
6. Promoción y educación para la salud.
7. Organización comunitaria, participación social y autoresponsabilidad.
8. Comunicación social.
9. Coordinación intersectorial.

Organización de los servicios

Se realiza de acuerdo a las posibilidades y necesidades del país o región en cuestión.

Nivel Primario:

- Equipos de Atención Primaria en Salud con preparación básica en salud mental, que le permita afrontar procesos simples de apoyo psicosocial (como primera ayuda emocional) e identificar y/o referir los casos más complejos.
- Servicios de apoyo emocional y consejería.
- Equipos de salud mental en servicios ambulatorios (Centros de Salud Mental Comunitarios u otros) que ofrecen apoyo a la APS, atienden referidos y se movilizan en función de las necesidades, toda vez que estos servicios fueron factibles.

Nivel Secundario:

- Unidades de intervención en crisis (especializadas) en lugares seleccionados, como servicios de urgencias.
- Unidades de Salud Mental en hospitales generales con gran número de enfermos de influenza hospitalizados (servicios de enlace que atienden interconsultas).

## V. MANEJO DE CADÁVERES

La existencia de gran cantidad de cadáveres como consecuencia de una pandemia, crea temor en la población por las inexactas informaciones sobre el peligro que representan. También existe tensión y un sentimiento de duelo generalizado; el caos reinante y el clima emocional pueden generar conductas de difícil control. Esta situación requerirá de intervenciones psicosociales individuales y comunitarias apropiadas por parte de los líderes.

Un mito importante es que los cadáveres son peligrosos y deben ser incinerados o enterrados rápidamente. Es necesario divulgar información válida sobre los riesgos que significan los cadáveres (de los que murieron como consecuencia de la epidemia) para la salud de los sobrevivientes.

Independiente de la potestad de las autoridades a cargo del manejo de la emergencia y de motivos epidemiológicos que puedan apresurar la disposición de los restos mortales, se deben adoptar medidas que respeten y consideren las costumbres de la población, evitando situaciones como la sepultura en fosas comunes o cremación, generalmente prohibido por las disposiciones legales y violatorio de derechos humanos fundamentales.

El manejo y disposición de cadáveres es un problema con serias implicaciones psicológicas para la familia y los sobrevivientes, además de otras consideraciones políticas, socio-culturales y de salud.

### **La notificación de la muerte y el reconocimiento de cadáveres**

La notificación de la muerte se puede producir en el hogar, en un centro de salud, hospital, en la morgue o en otro escenario. Resulta un momento crítico y difícil de enfrentar pues puede producir reacciones emocionales fuertes. Algunas recomendaciones útiles son las siguientes:

- Previo a la notificación, debe recopilarse toda la información posible sobre el fallecido y las características de su caso (evolución de la enfermedad, complicaciones, etc.).
- Obtener información sobre las personas a notificar.
- Asegurarse que el familiar adulto más apropiado reciba la noticia primero.
- La notificación se realizará de manera directa y en persona.
- La notificación debe hacerse, preferiblemente, por dos personas.
- Manejar las reglas comunes de cortesía y respeto.
- No llevar a la entrevista objetos personales del fallecido.
- Invitar a los familiares para que se sienten y hacer lo mismo por parte de quienes van a realizar la notificación.
- Observar cuidadosamente el ambiente para prevenir riesgos y estar preparado para atender niños u otras personas.

- El mensaje debe ser directo y sencillo. Para la mayoría de las personas las características de la escena le harán prever que algo terrible ha pasado, por lo que no debe prolongarse su agonía o ansiedad.
- Estar preparado para responder preguntas.
- Si los familiares lo requieren, debe ayudárseles a informar a otras personas.
- Escuchar y atender las necesidades inmediatas de los familiares, así como recordarles sus derechos.

La notificación del fallecimiento siempre debe ser individual (caso por caso), evitándose dar una información de esta índole de forma masiva o grupal. Si es necesario deberán constituirse varios equipos o parejas que se distribuyan el trabajo.

Las personas (en ocasiones adolescentes), que enfrentan el difícil momento de la notificación y reconocimiento de cadáveres de familiares o allegados, son expuestas a situaciones traumáticas. Entre las manifestaciones que se presentan entre los que van a reconocer y recibir los cuerpos de sus seres queridos destacan la desesperación, frustración y ocasionalmente manifestaciones de protesta o inconformidad con el tratamiento que recibió el difunto o los procedimientos que se están usando, etc.

Es importante contar con servicios médicos y de atención de salud mental lo más cerca posible del lugar donde se esté realizando el reconocimiento de cadáveres a los efectos de brindar asistencia física y emocional a los familiares.

Por lo general los familiares reclaman ver el cadáver lo antes posible. Se recomienda lo siguiente:

- La decisión de quienes van a ver el cadáver deben tomarlas los propios dolientes.
- No permitir que los familiares ingresen solos al reconocimiento, es preferible que estén acompañados por personal calificado que le brinde algún soporte emocional.
- Ofrecer privacidad y respeto para que puedan despedirse, incluso si quieren tocar el cuerpo.
- Respetar en ese momento cualquier tipo de reacción que puedan tener los familiares.
- Un apoyo necesario, casi siempre, es transportar a los familiares hacia el lugar donde está el cadáver y asegurar el retorno.
- Proveer mínimas condiciones de comodidad y garantizar una atención humana en el lugar del reconocimiento de los cadáveres.

Un elemento importante en el manejo de los duelos es favorecer la rápida tramitación de la funeraria y lograr que la misma sea gratuita o accesible para las personas de bajos ingresos. La demora en la entrega de los cadáveres y la incertidumbre sobre los recursos para el pago de los servicios funerarios crea aún mayor angustia y sufrimiento.

Frecuentemente las autoridades no conceden mayor importancia al problema de los servicios funerales, sobre todo en medio de la situación de caos creada por la epidemia. Sin embargo para los familiares tiene una gran significación y puede ser motivo de protestas y malestar colectivo.

## **VI. ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LOS EQUIPOS DE RESPUESTA QUE HAN TRABAJADO EN LA ATENCIÓN A LA EPIDEMIA**

Un grupo especialmente vulnerable son los miembros de los equipos de respuesta que trabajaron en la epidemia y los encargados de la manipulación de los cadáveres. Se incluyen los encargados de realizar las autopsias los cuales se sienten abrumados y sobrepasados en su carga laboral, cuando se presentan situaciones de muertes masivas.

No todos los trabajadores y voluntarios resultan aptos para estas labores, en dependencia de condiciones relacionados con la vulnerabilidad y las circunstancias; deben tenerse en cuenta factores como edad, personalidad, experiencias anteriores, creencias sobre la muerte, etc. Se les debe informar de forma amplia sobre las características de las labores que realizarán y evitar que personas con menos de 21 años participen o realicen labores de gran impacto humano.

Existen factores de riesgo que incrementan la probabilidad de sufrir trastornos psíquicos:

- Exposición prolongada a experiencias muy traumáticas.
- Confrontación con aspectos éticos.
- Exposición simultánea a otros traumas o situaciones estresantes recientes.
- Antecedentes de trastornos físicos o psíquicos.
- Condiciones de vida desfavorables.
- Un proceso de selección del personal profesional no riguroso.

Es probable que el personal de los equipos de respuesta al terminar sus labores en la emergencia experimente algunas dificultades al regresar a su vida cotidiana. Estas no deben ser consideradas, necesariamente, como expresión de enfermedad y requerirán, sobre todo, de apoyo y acompañamiento familiar y social.

No existe ningún tipo de entrenamiento o preparación previa que pueda eliminar completamente la posibilidad de que una persona que trabaja con enfermos y fallecidos en situaciones de catástrofe, sea afectada por síntomas de estrés post-traumático u otros trastornos psíquicos. Cuando se evidencie la aparición de manifestaciones psicopatológicas importantes deben canalizarse los casos hacia una ayuda especializada.

Algunas recomendaciones generales para la atención a los miembros de los equipos de respuesta son:

- Tener en consideración las características y patrones de conducta específicos de las personas que trabajan en la emergencia. Ellos, generalmente, se sienten satisfechos por lo realizado y desarrollan un espíritu altruista.
- Mantenerlos en actividad es positivo, libera estrés y refuerza la autoestima.
- Favorecer la rotación de roles, así como organizar adecuadamente los tiempos de trabajo; por ejemplo, los que han manejado cadáveres durante un tiempo, después deben asignársele otras tareas menos impactante.
- Estimular el auto-cuidado físico y tomar descansos periódicos.
- Los que ofrecen apoyo emocional deben mantener una actitud de escucha responsable, así como garantizar la confidencialidad y manejo ético de las situaciones personales y de la organización.
- Redefinir las crisis como una posibilidad para el crecimiento.
- Incluir la familia en procesos de ayuda y sensibilización.
- Disminución de los condicionantes de estrés y valoración de estados emocionales subyacentes antes y durante la emergencia.
- Creación de espacios para la reflexión, catarsis, integración y sistematización de la experiencia. Reconocer el enojo de algunos, no como algo personal, sino como expresión de frustración, culpa o preocupación. Estimular que entre ellos se manifieste el apoyo, solidaridad, reconocimiento y aprecio mutuo.
- Siempre que sea factible, los equipos implicados en la emergencia deben de pasar por un proceso de atención o acompañamiento psicológico grupal.

Orientaciones para el personal que laboró en la emergencia, después que se reintegra a la vida cotidiana:

- Regresar a su rutina lo antes posible.
- Realizar ejercicios físicos y de relajación.
- Buscar contacto con la naturaleza.
- Descansar y dormir lo suficiente.
- Alimentarse de forma balanceada y regular.
- No tratar de disminuir el sufrimiento con el uso de alcohol o drogas.
- Buscar compañía y hablar con otras personas.
- Participar en actividades familiares y sociales.
- Observar y analizar sus propios sentimientos y pensamientos. Reflexionar sobre la experiencia que ha vivido y lo que significa como parte de su vida.

## **VII. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN SOCIAL: LA IMPORTANCIA DE UNA INFORMACIÓN VERAZ, ADECUADA Y OPORTUNA.**

El disponer de una información veraz, transparente, adecuada y oportuna es vital para la contención emocional de los familiares y la población. La misma debe comprenderse en varias dimensiones:

- Directa individual
- Directa grupal y comunitaria

- Por los medios de comunicación

Las autoridades y líderes comunitarios deben estar preparados para ofrecer información directa ya sea individual o en grupos, así como para responder preguntas y disponerse a la búsqueda de soluciones.

Los medios de comunicación se caracterizan por una dualidad en su naturaleza, por un lado son empresas comerciales de carácter lucrativo y por otro tienen una enorme responsabilidad social por el servicio público que brindan. Las informaciones sobre catástrofes como las pandemias pueden ser usadas potenciando y manipulando el interés morboso del público. Sin embargo, debe ser nuestro objetivo insistir en el perfil ético y los aspectos de sensibilidad humana con que se debe manejar la información sobre estos acontecimientos; los medios de comunicación deben contribuir responsablemente a la tranquilidad ciudadana ofreciendo noticias veraces y equilibradas que orienten correctamente.

Un problema frecuente es el número de personas que circulan por los hospitales, centros de salud, morgues u otros lugares en busca de familiares o conocidos (enfermos o muertos). Esto crea inconvenientes por la congestión y desorganización que se puede originar, sin embargo deben buscarse soluciones que den una respuesta adecuada, humana y respetuosa a estas personas.

El Sector Salud debe coordinar con la fuerza pública y organizaciones de ayuda humanitaria para la contención, atención y control del público, que en la mayoría de los casos no es agresivo, pero por su gran cantidad, es indispensable organizarlo para brindarle una adecuada información. También debe regularse el ingreso a las instalaciones de salud en forma individual o en pequeños grupos.

Para las tareas de información es importante buscar el apoyo oportuno de vecinos y organizaciones comunitarias quienes tienen, además de talento humano, un gran conocimiento de la población y sus costumbres.

Resulta conveniente que las autoridades e instituciones públicas dispongan de voceros que se encarguen específicamente del manejo de la información y apoyen la contención emocional de la población. Es bueno tener horarios regulares para la información y hacer uso de comunicados oficiales, evitando la ambigüedad.

## Los preparativos deben incluir los aspectos psicosociales

La directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Mirta Roses, afirmó recientemente en Valencia que ante la gripe aviar "no hay que alarmarse, pero sí alertarse", porque todo indica que se está "muy cerca de poder tener una pandemia de dimensiones importantes y repercusiones serias". "La actitud responsable de la sociedad y las autoridades es prepararse para mitigar cualquier impacto que pueda ocurrir y no esperar a que suceda para lamentar los resultados". También señaló que "no hay que entrar en pánico, sino en actividad" y, a su juicio, "eso es lo que está haciendo el mundo".

Mirta Roses mostró su deseo de que el virus "sea contenido", pero aseguró que siempre se debe pensar "que todo aquello frente a lo cual el ser humano no tiene memoria, es decir, nunca ha estado en contacto, es potencialmente muy grave" y para este virus, añadió, "el ser humano todavía no tiene una respuesta preparada".

La directora de la OPS consideró que se está haciendo "un trabajo muy concertado entre medios, autoridades y público".

La información al público sobre las posibilidades de enfrentar una gran pandemia no es una opción, sino que es una medida que se debe tomar sin duda alguna. Las razones son claras:

- La gente puede prepararse y contribuir a preparar los colectivos en los cuales se desenvuelven (familia, comunidad, centro de trabajo, etc.)
- La comunidad puede colaborar con los esfuerzos oficiales del gobierno y demás autoridades.
- Una vez que comience la epidemia las personas informadas podrán actuar de manera más apropiada y protegerse mejor a sí mismo y a su familia.

La comunicación de riesgo es esencial y la estrategia fundamental es crear un clima de confianza mutua entre la población, autoridades y comunicadores.

El objetivo de la comunicación previo a la epidemia es lograr un punto intermedio en que se logre informar correctamente sobre los peligros y riesgos existentes, creando un nivel apropiado de temor con conocimiento, a la vez que se ofrece ayuda para a enfrentar la problemática y prepararse. El objetivo es alejarse de los extremos, es decir desde avisos ligeros que no rompen la apatía de la población, o lo contrario informes alarmistas que generan miedo exagerado que puede llegar al pánico.

**Recomendaciones para comunicar el riesgo:** <sup>3</sup>

1. Pónganse en el lugar del público
2. No tenga miedo a asustar a la gente
3. Reconozca la incertidumbre
4. Comparta los dilemas
5. Permita que la gente participe
6. Este dispuesto a especular de manera responsable
7. No se deje atrapar por el juego de las cifras
8. Haga hincapié en la magnitud y no en la probabilidad
9. Guíe la reacción de ajuste
10. Informe al público rápidamente e intente ser totalmente franco y transparente

La comunicación de riesgo es esencial desde el punto de vista de la salud mental. Una buena estrategia de comunicación social es fundamental para mantener la calma y un estado emocional apropiado; una población bien informada puede actuar apropiadamente, protegerse mejor, y ser menos vulnerable en el orden psicosocial.

**VIII. CONSIDERACIONES FINALES**

El afrontamiento de una situación de emergencia epidémica donde se han producido un gran cantidad de enfermos y cadáveres no es solamente un problema del Sector Salud; en el mismo se involucran otros actores como instituciones gubernamentales, ONG, autoridades locales y la propia comunidad. Entre las medidas inmediatas más generales que contribuyen a crear un clima de orden y tranquilidad emocional están:

- Una respuesta acertada y ordenada, por parte de las autoridades.
- Una veraz y oportuna información. Una buena estrategia de comunicación social es fundamental para mantener la calma y un estado emocional apropiado en todas las etapas (antes, durante y después).
- Favorecer la cooperación interinstitucional y la participación de la comunidad.
- Garantizar los servicios básicos de salud, incluido el componente psicosocial.
- Atención de salud mental priorizada a los grupos más vulnerables y tener en consideración las diferencias relacionadas con el género y la edad.
- La primera ayuda emocional a los enfermos y su familia está dada, en gran medida, por una eficiente atención sanitaria y el apoyo humanitario que reciban.
- Prever el incremento de personas con manifestaciones de duelo alterado o trastornos psiquiátricos y facilitar su adecuada atención.
- Garantizar el manejo cuidadoso y ético de los cadáveres, estableciendo una manera ordenada e individualizada de realizar las notificaciones de las muertes.

<sup>3</sup> Sandman, P.M., Lanard, J..La gripe aviar como comunicar el riesgo. En Perspectivas, la revista de la OPS. Vol 10, No.2, 2005.

- Evitar las cremaciones o entierros en fosas comunes. Promover la entrega rápida de los cadáveres a sus familiares, de manera que se respeten los deseos y costumbres de la población.

Es necesario que las vivencias traumáticas, así como las pérdidas y el duelo adquieran diferentes formas de expresión, según la cultura. Los conceptos predominantes sobre la vida y la muerte y la ejecución de los ritos de despedida de los seres queridos adquieren relevancia en los procesos de aceptación y reelaboración de lo sucedido.

Los planes de salud mental no pueden limitarse a mejorar los servicios especializados, y hacerlos más accesibles, sino que es necesario ampliar el campo de competencias para atender una gama de problemas y necesidades psicosociales de la población.

La organización de los servicios de los servicios de salud mental debe adecuarse a las necesidades existentes en una situación de epidemia. En el nivel primario los equipos de APS deben disponer de una preparación básica en salud mental, que les permita afrontar procesos simples de apoyo psicosocial; también es necesario prever servicios de soporte emocional y consejería, así como equipos de Salud Mental ambulatorios de apoyo a la APS. En el nivel secundario es importante planificar las unidades de intervención en crisis en lugares seleccionados (como servicios de urgencias y morgues) y servicios de salud mental en hospitales generales con gran número de enfermos de influenza hospitalizados.

Deben tenerse en cuenta los efectos tardíos (mediano y largo plazo) que aparecen en situaciones de catástrofes con el propósito de diseñar estrategias de intervención apropiadas para la prevención y control eficaz de los mismos. Sin embargo, las respuestas institucionales más frecuentes están basadas en la atención psiquiátrica individual y sirven sólo a un número muy reducido de las personas afectadas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Caldas, J.M. Mental health services for victims of disasters in developing countries: a challenge and an opportunity. *World Psychiatry* 2002; 1 (3):155-157.
2. Caldas, J.M, Rodríguez, J. The Latin American and Caribbean Experiences. In *Disasters and Mental Health*, Chapter 14:201-217. WPA, John Wiley & Sons. England, 2005.
3. Desjarlais, R. y cols. *Salud Mental en el mundo*. Versión en español editada por la OPS/OMS. Washington, 1997.
4. James, J.W. y Friedman, R. *The grief recovery handbook*. Harpel Perennial, New York, 1998.
5. Matsakis, A. *Survivor guilt: A self-help guide*. New harbinger Publications.
6. OPS/OMS. Boletín de la OPS de septiembre del 2005 ([www.paho.org](http://www.paho.org))
7. OPS/OMS. *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Publicado por la OPS/OMS. Washington DC, 2002.
8. OPS/OMS. *Manejo de cadáveres en situaciones de desastres y emergencias*. Publicado por la OPS/OMS. Washington DC, 2002.
9. OPS/OMS. Comunicado de Prensa / Noticias e Información Pública. Lee Jong-Wook (OMS) - "Serán catastróficos los efectos y costos de una pandemia de gripe. *Washington, 28 de septiembre del 2005*.
10. OPS/OMS. PAHO Strategic and Operacional Plan for Responding to Pandemic Influenza. Draft. September 2, 2005.
11. OMS. *Plan Mundial de la OMS de preparación para una pandemia de influenza*. Ginebra, 2005.
12. OMS. CIE 10 / Trastornos mentales y del comportamiento / Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Publicado por la OMS. Edición en español por MEDITOR. Madrid, 1992
13. Peters, C.J. *Hacia un desastre microbiano?*. En *Perspectivas*, la revista de la Organización Panamericana de la Salud. Edición Especial del Centenario. Volumen 7, Número 2. Washington, 2002.
14. Programa de Cooperación Internacional en Salud Mental "Simón Bolívar". *Desastres, consecuencias psicosociales. La experiencia latinoamericana*. Serie de Monografías Clínicas No. 2. Publicado por el Centro de la Familia Hispánica, Illinois, USA, 1989.
15. Rodríguez, J, Ruiz, P. *Recuperando la esperanza*. Editado por la OPS/OMS en Guatemala. Guatemala, 2001.
16. Rodríguez, J. *Psicoterapia: una relación de ayuda*. Editado por EMPRETEC. Guatemala, 1999.