



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

# LA SALUD MENTAL EN LAS EMERGENCIAS



*Albania / refugiados de Kosovo. Foto cortesía de ACNUR. Pensa*

Aspectos mentales y sociales de la salud de poblaciones  
expuestas a factores estresantes extremos

Departamento de Salud Mental y Toxicomanías  
Organización Mundial de la Salud, Ginebra  
2003

# LA SALUD MENTAL EN LAS EMERGENCIAS

## Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es el organismo de las Naciones Unidas responsable de las medidas y actividades encaminadas a lograr el nivel de salud más alto posible para todas las personas. Dentro de la OMS, el Departamento de Salud Mental y Toxicomanías proporciona el liderazgo y la orientación para cerrar la brecha entre lo que se necesita y lo que está disponible en la actualidad para reducir la carga de trastornos mentales y promover la salud mental.

Este documento resume la actual posición del Departamento de Salud Mental y Toxicomanías para asistir a las poblaciones expuestas a factores estresantes extremos, como los refugiados, los desplazados internos, los sobrevivientes de desastres y poblaciones expuestas al terrorismo, a la guerra o al genocidio. La OMS reconoce que un gran número de personas están expuestas a factores estresantes extremos y que dicha exposición constituye un factor de riesgo en relación con la salud mental y los problemas sociales. Los principios y estrategias que aquí se describen están destinados principalmente a los países pobres en recursos, en los que vive la mayoría de las poblaciones expuestas a desastres y a la guerra. También se justifica la atención de la salud mental y el bienestar de los trabajadores de ayuda humanitaria, pero sus necesidades no serán abordadas en este documento.

En el presente documento, el término intervención social se emplea para las intervenciones encaminadas principalmente a tener efectos sociales, y el término intervención psicológica se utiliza para las intervenciones encaminadas principalmente a tener efectos psicológicos. Es un hecho reconocido que las intervenciones sociales tienen efectos psicológicos secundarios y que las intervenciones psicológicas tienen efectos sociales secundarios, como lo sugiere el término psicosocial. En su constitución, la OMS define a la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Utilizando esta definición como punto de anclaje, la presente declaración cubre la actual posición del Departamento en lo referente a los aspectos mentales y sociales de la salud de las poblaciones expuestas a factores estresantes extremos.

Nuestros objetivos, con respecto a los aspectos mentales y sociales de la salud de las poblaciones expuestas a factores estresantes extremos son los siguientes:

1. Ser un recurso en términos de asesoramiento técnico para actividades de campo realizadas por organizaciones gubernamentales, no gubernamentales e intergubernamentales en coordinación con el Departamento de Acción de Emergencias y Acción Humanitaria de la OMS.
2. Brindar liderazgo y orientación para mejorar la calidad de las intervenciones en el terreno.

3. Facilitar la generación de una base de elementos de juicio para actividades y políticas en el terreno a nivel de la comunidad y del sistema de salud.



Retorno de refugiados de Timor Occidental. Foto cortesía de ACNUR/M Kobayashi

## Principios generales

En base a la información obtenida a partir de una serie de documentos elaborados por reconocidos expertos sobre lineamientos, principios y proyectos, el Departamento de Salud Mental y Toxicomanías destaca los siguientes principios generales:

1. *Preparación antes de la emergencia.*  
Deben prepararse planes nacionales antes de que ocurran las emergencias y éstos deben incluir: a) desarrollo de un sistema de coordinación, asignando a personas claves a cargo de cada organismo competente, b) diseño de planes detallados para preparar una apropiada respuesta social y de salud mental, y c) capacitación de personal competente en las intervenciones sociales y psicológicas indicadas.
2. *Evaluación*  
Las intervenciones deben ser precedidas por una planificación cuidadosa y una amplia evaluación del contexto local (por ejemplo: entorno, cultura, antecedentes y naturaleza de los problemas, percepciones locales de sufrimiento y enfermedad, formas de enfrentar los problemas, recursos de la comunidad, etc.). En el contexto de las emergencias, el Departamento alienta una evaluación cualitativa del entorno con una evaluación cuantitativa de las discapacidades. Cuando la evaluación deja al descubierto una amplia gama de necesidades cuyo cumplimiento es improbable, los informes de evaluación deben especificar la urgencia de las necesidades, los recursos locales y los recursos externos potenciales.
3. *Colaboración*  
Las intervenciones deben incluir consultas y colaboración con otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (ONG) especializadas en el área. Es esencial que haya una participación continua, preferentemente del gobierno o, de lo contrario, de las ONG locales, para asegurar la sustentabilidad. El funcionamiento independiente de una multitud de organismos sin coordinación

provoca la mala utilización de recursos valiosos. De ser posible, debe contratarse al personal, incluyendo el administrativo, en la comunidad local.

#### 4. *Integración en la Atención Primaria de Salud*

Guiadas por el sector de salud, las intervenciones de salud mental deben ser realizadas en el marco de la atención primaria de salud (APS) general y deben maximizar la atención por parte de las familias y el uso activo de recursos dentro de la comunidad. La capacitación clínica en el servicio y la supervisión y el apoyo minuciosos de los agentes de atención sanitaria primaria por parte de los especialistas de salud mental son un componente esencial de una integración exitosa de la atención de salud mental en la APS.

#### 5. *Acceso a los servicios para todos.*

Se desalienta la instalación de servicios de salud mental verticales e independientes para poblaciones especiales. En tanto sea posible, el acceso a los servicios debe ser para toda la comunidad y preferentemente no debe restringirse a subpoblaciones identificadas en base a la exposición a ciertos factores estresantes. Ello no obstante, quizá sea importante conducir programas de divulgación para asegurar el tratamiento de grupos vulnerables o minorías dentro de la APS.

#### 6. *Capacitación y supervisión.*

Las actividades de capacitación y supervisión deben estar a cargo de especialistas de salud mental—o bajo su orientación—durante un período de tiempo sustancial, para asegurar que la capacitación redunde en efectos duraderos y una atención responsable. No se recomiendan cursos de capacitación breves, de una o dos semanas sin una minuciosa supervisión de seguimiento.

#### 7. *Perspectiva a largo plazo.*

Luego de la exposición de una población a factores estresantes graves, es preferible concentrarse en el desarrollo a mediano y largo plazo de los servicios de asistencia de la salud mental basados en la comunidad, en vez de concentrarse en el alivio del sufrimiento psicológico inmediato, de corto plazo, durante la fase aguda de una emergencia. Desgraciadamente, el ímpetu y los fondos para los programas de salud mental tienen su auge durante o inmediatamente después de las emergencias agudas, pero dichos programas se aplican mucho más efectivamente en el transcurso de un tiempo prolongado en los años siguientes. Es necesario incrementar la conciencia de los donantes sobre este tema.

#### 8. *Monitorización de los indicadores.*

Es preciso realizar una monitorización de las actividades y evaluarlas mediante indicadores que deben ser determinados *æ*n lo posible*æ* antes de comenzar la actividad, y no tardíamente.

## Estrategias de intervención para los funcionarios de la salud en el terreno

En base a la información obtenida en la literatura y la experiencia de expertos, y con el propósito de informar los pedidos actuales desde el terreno, el Departamento de Salud Mental y Toxicomanías asesora sobre las estrategias de intervención para poblaciones expuestas a factores estresantes extremos. La elección de la intervención varía según la fase de la emergencia. La fase de emergencia aguda se define aquí como el período donde la tasa de mortalidad bruta se eleva sustancialmente debido a la privación de necesidades básicas (es decir, alimentos, vivienda, seguridad, agua y saneamiento, acceso a la APS, gestión de las enfermedades transmisibles), debido a la emergencia. Este período es seguido de una fase de reconsolidación, en la que las necesidades están nuevamente a un nivel comparable al existente antes de la emergencia o, en caso de desplazamiento, están al nivel de la población vecina. En una emergencia compleja, a) las distintas regiones de un país pueden estar en diferentes fases o b) un sitio puede oscilar entre las dos fases, en el transcurso de un período de tiempo.



Refugiados ruandeses. Foto cortesía de ACNUR/A Hollman

### 1 Fase aguda de la emergencia

Durante la fase aguda de la emergencia es aconsejable realizar fundamentalmente intervenciones sociales que no interfieran con las necesidades agudas, tales como la organización de alimentos, vivienda, vestimenta, servicios de APS, y, si correspondiere, el control de enfermedades transmisibles.

#### 1.1 *Las intervenciones sociales tempranas valiosas pueden incluir:*

- Establecer y difundir un flujo confiable permanente de información creíble sobre a) la emergencia; b) esfuerzos para establecer la seguridad física de la población, c) información sobre los esfuerzos de socorro, incluyendo lo que cada organización de ayuda hace y dónde están ubicadas; y d) la ubicación de los familiares para potenciar la reunión familiar (y, de ser factible, establecer acceso a comunicación con los familiares ausentes). La información debe difundirse de acuerdo a los principios de la comunicación de riesgo: por ejemplo, la información no debe ser compleja (comprensible

para los habitantes locales de 12 años) aunque empática (mostrando comprensión de la situación del sobreviviente del desastre).

- Organizar el rastreo de las familias de los menores no acompañados, los ancianos y otros grupos vulnerables.
- Dar instrucciones a los funcionarios en el terreno en las áreas de la salud, distribución de alimentos, bienestar social y mantenimiento de registros referentes a asuntos de sufrimiento, desorientación y necesidad de una participación activa.
- Organizar refugios con la finalidad de mantener unidos a los miembros de las familias y las comunidades.
- Consultar a la comunidad en lo referente a las decisiones sobre dónde ubicar los lugares religiosos, escuelas y suministro de agua en los campamentos. Proveer de espacios religiosos, recreativos y culturales en el diseño de los campamentos.
- De manera realista, desalentar la evacuación no ceremoniosa de los cuerpos con el fin de controlar las enfermedades transmisibles. Contrariamente al mito, los cadáveres no plantean riesgo de enfermedades transmisibles, o este riesgo es extremadamente limitado. Los afligidos sienten la necesidad de poder realizar funerales ceremoniosos y—suponiendo que el cuerpo no esté mutilado o descompuesto—de ver el cuerpo del ser querido fallecido para despedirse. De todas formas, es preciso organizar los certificados de defunción para evitarle a los familiares consecuencias financieras y jurídicas innecesarias.
- Estimular el reestablecimiento de los eventos culturales y religiosos normales (incluyendo los rituales de duelo en colaboración con los guías espirituales y religiosos).
- Estimular las actividades que faciliten la inclusión en redes sociales de huérfanos, viudas, viudos, o de las personas sin familia.
- Alentar la organización de actividades recreativas normales para los niños. Los prestadores de asistencia deben cuidar de no generar falsas expectativas en la población local repartiendo materiales de recreación (por ejemplo: camisetas de fútbol, juguetes modernos) del tipo que fuera considerado como artículo de lujo en el contexto local anterior a la emergencia.
- Alentar el inicio de la escolaridad de los niños, aún parcialmente.
- Invitar a los adultos y adolescentes a participar en actividades concretas, de interés común, con un objetivo definido (por ejemplo, construcción y organización de refugios, organización de la búsqueda de las familias, distribución de alimentos, organización de las vacunas, enseñanza de los niños).
- Diseminar ampliamente información simple, tranquilizadora, empática sobre las reacciones normales al estrés en la comunidad en general. Los comunicados de prensa no sensacionalistas, los programas radiales, afiches y folletos concisos pueden ser de gran valor para tranquilizar al

público. La educación pública debe estar principalmente centrada en las reacciones normales, ya que la sugerencia diseminada de psicopatología durante esta fase (y aproximadamente las primeras cuatro semanas posteriores) potencialmente puede resultar en un daño no intencional. La información debe destacar una expectativa de recuperación natural.



Refugiados afganos. Foto cortesía de ACNUR/A Banta

## 1.2 En términos de intervenciones psicológicas en la fase aguda se aconseja lo siguiente:

- Establecer contactos con la APS o cuidados de emergencia en el área local. Manejar las dolencias psiquiátricas de urgencia (por ejemplo, peligrosidad para uno mismo o para otros, psicosis, depresión severa, manía, epilepsia) dentro de la APS, ya sea que la misma esté a cargo del gobierno local o de las ONG. Asegurar la disponibilidad de medicaciones psicotrópicas esenciales a nivel de la APS. Muchas personas con dolencias psiquiátricas de urgencia tendrán trastornos psiquiátricos preexistentes y debe evitarse la interrupción brusca de su medicación. Además, algunas personas consultan por problemas de salud mental debidos a la exposición a factores estresantes extremos. La mayoría de los problemas agudos de salud mental durante la fase de emergencia aguda se manejan mejor sin medicación, siguiendo los principios de ‘primeros auxilios psicológicos’ (es decir: escuchar, transmitir compasión, evaluar las necesidades, asegurar que se satisfagan las necesidades físicas básicas, no forzar la conversación, proporcionar o movilizar compañía, preferentemente de la familia u otras personas importantes en su vida, estimular pero no forzar el apoyo social, proteger de un daño ulterior).
- Suponiendo que se cuenta con trabajadores comunitarios voluntarios o no voluntarios, organice un apoyo emocional que llegue a la comunidad pero que no resulte invasivo, proporcionando, cuando fuere necesario, los ‘primeros auxilios psicológicos’ arriba mencionados. Debido a los posibles efectos negativos, no se aconseja organizar sesiones individuales de “debriefing psicológico”, que inducen a las personas a compartir sus experiencias personales más allá de lo que las compartirían naturalmente.
- Si se prolonga la fase aguda, comenzar a capacitar y supervisar a los trabajadores de APS y a los trabajadores de la comunidad (para una descripción de estas actividades, ver la sección 2.2).

## 2. Fase de reconsolidación

2.1 En términos de intervenciones sociales, se sugieren las siguientes actividades:

- Continuar con las intervenciones sociales pertinentes resumidas arriba en la sección 1.1.
- Organizar actividades de educación psicológica en la comunidad. Educar al público sobre la disponibilidad o las opciones de la asistencia primaria de la salud. Comenzando no antes de las cuatro semanas después de la fase aguda, educar cuidadosamente al público sobre la diferencia entre psicopatología y sufrimiento psicológico normal, evitar las sugerencias de presencia de psicopatología en amplia escala y evitar jergas y modismos que conlleven un estigma. Utilizar las formas positivas preexistentes para hacer frente a los problemas. La información debe enfatizar las expectativas positivas de recuperación natural.
- Con el tiempo, si la pobreza persiste como problema, alentar las iniciativas de desarrollo económico. Los siguientes son ejemplos de dichas iniciativas a) esquemas de microcrédito o b) actividades generadoras de ingresos cuando sea probable que los mercados brinden una fuente sustentable de ingresos.

2.2 En términos de las intervenciones psicológicas durante la fase de reconsolidación, se sugieren las siguientes actividades:

- Educar a otros trabajadores de ayuda humanitaria, así como a líderes de la comunidad (como líderes del pueblo, maestros, etc.) en los principales conocimientos de atención psicológica (como 'primeros auxilios psicológicos', apoyo emocional, cómo brindar información, reconocimiento de los principales problemas de salud mental) para incrementar la conciencia y el apoyo de la comunidad, y derivar a las personas a la APS en los casos necesarios.
- Capacitar y supervisar a los trabajadores de APS en el conocimiento básico y las destrezas necesarias en salud mental (como administración de la medicación psicotrópica apropiada, 'primeros auxilios psicológicos', ayuda psicológica de apoyo, trabajo con las familias, prevención del suicidio, gestión de los motivos de consulta somáticos sin explicación médica, problemas de uso de sustancias y referencia de pacientes). El principal programa recomendado es Salud Mental de los Refugiados de la OMS/ACNUR, 1996.
- Asegurar la continuación de la medicación de los pacientes psiquiátricos que puedan no haber tenido acceso a la medicación durante la fase aguda de la emergencia.
- Formar y supervisar a trabajadores de la comunidad (es decir, trabajadores de apoyo, consejeros psicológicos) para asistir a los prestadores de APS con una gran cantidad de casos complicados. Los trabajadores de la comunidad pueden ser

- voluntarios, paraprofesionales, o profesionales, según el contexto. Los trabajadores de la comunidad deben ser cuidadosamente capacitados y supervisados en lo que respecta a una serie de destrezas clave: evaluación de la percepción de los problemas por parte de los individuos, las familias y los grupos, 'primeros auxilios psicológicos', apoyo emocional, ayuda psicológica del duelo, gestión del estrés, 'asesoramiento en la solución de problemas', movilización de los recursos de la familia y la comunidad y referencia de pacientes.
- Colaborar con los curanderos, de ser factible. En ciertos contextos tal vez sea posible hacer una alianza de trabajo entre los médicos alópatas y los curanderos tradicionales.
  - Facilitar la creación de grupos de autoayuda basados en la comunidad. Dichos grupos de autoayuda habitualmente se concentran en compartir los problemas, sugiriendo ideas y buscando soluciones o maneras más efectivas de enfrentar los problemas (incluyendo las maneras tradicionales), generar un apoyo emocional mutuo, y algunas veces generar iniciativas a nivel de la comunidad.



Georgia/ Abkhazia Republican Hospital. Foto cortesía de ACNUR/A Hollman

**Se sugiere llevar a cabo las intervenciones arriba mencionadas en sinergia con las prioridades de desarrollo del sistema de salud mental en curso:**

- Trabajar en pos del desarrollo de planes estratégicos factibles para el fortalecimiento de los programas de salud mental a nivel nacional. La meta a largo plazo es reducir el tamaño de las instituciones psiquiátricas existentes ('asilos'), fortalecer la APS y la atención psiquiátrica en los hospitales generales, y fortalecer el cuidado de las personas con trastornos mentales crónicos y severos por parte de la comunidad y la familia.
- Trabajar en pos de legislación y políticas de salud mental correctas y pertinentes. La meta a largo plazo es obtener un sistema de salud pública funcional que incluya a la salud mental como un elemento esencial.

## Materiales de apoyo de la OMS

La siguiente lista de materiales de apoyo de la OMS abarca: (i) documentos de salud mental que probablemente sean aplicables a todas las poblaciones, expuestas o no a factores estresantes extremos (ii) documentos específicos de salud mental pertinentes a poblaciones expuestas a factores estresantes extremos.

Organización Mundial de la Salud (1990). *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria*. Organización Mundial de la Salud: Ginebra. [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/42.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/42.pdf) Nota: Este documento clásico cubre la integración de la atención de la salud mental en APS.

Organización Mundial de la Salud (1990). *La salud mental de los refugiados*. Organización Mundial de la Salud: Ginebra. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243544861.pdf> Nota: Este documento está escrito para los trabajadores de APS y de la comunidad para el tratamiento de una serie de trastornos de la salud mental y problemas en el contexto de campamentos de refugiados.

World Health Organization (1994). *Quality assurance in mental health care. Checklists, glossaries, volume 1*. World Health Organization: Geneva. [http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO\\_MNH\\_MND\\_94.17.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/WHO_MNH_MND_94.17.pdf)

World Health Organization (1997). *Quality assurance in mental health care. checklists, glossaries, volume 2*. World Health Organization: Geneva. [http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO\\_MSA\\_MNH\\_MND\\_97.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_MSA_MNH_MND_97.2.pdf)

Nota: Estos dos documentos cubren la garantía de calidad, vigilancia y evaluación de los servicios de salud mental en una serie de contextos.

World Health Organization (1997). *Promoting independence of people with disabilities due to mental disorders: A guide for rehabilitation in primary health care*. World Health Organization: Geneva. [http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO\\_MND-RHB\\_97.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_MND-RHB_97.1.pdf)

Nota: Este es un manual con lineamientos para el tratamiento de la discapacidad mental por parte del trabajador de APS.

World Health Organization (1998). *Mental disorders in primary care*. World Health Organization: Geneva. [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_MSA\\_MNHIEAC\\_98.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_MSA_MNHIEAC_98.1.pdf)

Nota: Este documento contiene un programa educativo para asistir a los trabajadores de APS en el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales.

World Health Organization (1998). *Diagnostic and management guidelines for mental disorders in primary care: ICD-10 Chapter V Primary Care Version*. WHO: Geneva. <http://www.who.int/msa/mnh/ems/icd10/icd10pc/icd10phc.htm>

World Health Organization (1999). *Declaration of cooperation: Mental Health of refugees, displaced and other populations affected by conflict and post-conflict situations*. World Health Organization: Geneva. <http://www.who.int/disasters/cap2002/tech.htm>

Nota: Esta declaración resume los principios rectores de proyectos destinados a poblaciones expuestas a factores estresantes extremos.

World Health Organization (1999, revised 2001). *Rapid assessment of mental health needs of refugees, displaced and other populations affected by conflict and post-conflict situations: A community-oriented assessment*.

World Health Organization: Geneva.

<http://www.who.int/disasters/cap2002/tech.htm>

Nota: Este documento resume la evaluación cualitativa del contexto de la situación de los refugiados. El documento se centra en la preparación, alcance de la evaluación y elaboración de informe.

World Health Organization (2000). *Preventing suicide: A resource for primary health care workers*. World Health Organization: Geneva.

[http://www5.who.int/mental\\_health/download.cfm?id=0000000059](http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000059)

Nota: Este folleto resume el conocimiento básico sobre la prevención del suicidio para el trabajador APS.

World Health Organization (2000). *Women's mental health: An evidence based review*. World Health Organization: Geneva. [http://www5.who.int/mental\\_health/download.cfm?id=0000000067](http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000067)

Nota: Este informe brinda las evidencias de investigación más recientes pertinentes a la relación entre el género y la salud mental, concentrándose en depresión, pobreza, posición social y violencia contra la mujer.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001*. Organización Mundial de la Salud: Ginebra.

<http://www.who.int/whr2001/2001/main/sp/>

Nota: Esta es una completa revisión autorizada sobre la epidemiología, la carga emocional, los factores de riesgo, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales a nivel mundial. Este informe brinda el marco para organizar los programas de salud mental del país.

World Health Organization (2001). *The effectiveness of mental health services in primary care: The view from the developing world*. World Health Organization: Geneva.  
[http://www5.who.int/mental\\_health/download.cfm?id=0000000050](http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000050)

Nota: Esta es una revisión y una evaluación de la efectividad de los programas de salud mental en APS en países en desarrollo.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Proyecto de política de salud mental*. Organización Mundial de la Salud: Ginebra.

[http://www.who.int/mental\\_health/media/en/49.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/49.pdf)

Nota: Este documento describe una serie de actividades de asistencia técnica de políticas y desarrollo de servicios de salud mental a nivel del país.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Atlas: Recursos de salud mental en el mundo 2001*. Organización Mundial de la Salud: Ginebra.

[http://www.who.int/mental\\_health/media/en/255.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/255.pdf)

Nota: Esta base de datos actualizada, disponible en internet, ofrece la información disponible sobre los recursos de salud mental en la mayoría de los países del mundo, incluyendo los países con grandes poblaciones expuestas a factores estresantes extremos.

(<http://mh-atlas.ic.gc.ca>)

World Health Organization (2002). *Nations for Mental Health: Final report*. World Health Organization: Geneva.  
[http://www5.who.int/mental\\_health/download.cfm?id=0000000400](http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000400)

Nota: Este documento resume las estrategias recientes de la OMS: aumentar la conciencia sobre los efectos de los problemas de salud mental y toxicomanías, promover la salud mental y evitar trastornos, para generar capital para la promoción de la salud mental y prestación de asistencia, y promover el desarrollo del servicio.

WHO (2002). *Working with countries: Mental health policy and service development projects*. WHO: Geneva.

[http://www5.who.int/mental\\_health/download.cfm?id=0000000404](http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000404)

Nota: This document describes a variety of technical assistance activities of mental health policy-making and service development at the country level.

WHO (2002). *Nations for Mental Health: Final report*. WHO: Geneva.

[http://www5.who.int/mental\\_health/download.cfm?id=0000000400](http://www5.who.int/mental_health/download.cfm?id=0000000400)

Nota: This document summarises WHO's recent strategies: to raise awareness to the effects of mental health problems and substance dependence, to promote mental health and prevent disorders, to generate capital for mental health promotion and care provision and to promote service development.

WHO (2002). *Atlas: Country profiles of mental health resources*. WHO: Geneva.

<http://mh-atlas.ic.gc.ca>

Nota: This updated, online searchable database provides available information on mental health resources in most countries of the world, including countries with large populations exposed to extreme stressors.

Pan American Health Organization (2000). *Mental health services in disasters: Instructor's guide*. Pan American Health Organization: Washington, DC.

<http://www.helid.desastres.net>

Nota: This book covers a training course for psychosocial counselling programmes after disasters.

Pan American Health Organization (2001). *Insights into the concept of stress*. Pan American Health Organization: Washington, DC.

<http://www.paho.org/english/ped/stressin.htm>

Nota: This book provides emergency personnel with basic knowledge about their own stress management.

## Información adicional y comentarios

Para mayor información y comentarios, por favor, ponerse en contacto con el Dr. Mark Van Ommeren ([vanommerenm@who.int](mailto:vanommerenm@who.int), fax: +41-22 791 4160), especialista de la OMS en salud mental en emergencias, en el equipo Salud Mental: Evidencias e Investigación (Coordinador: Dr. Shekhar Saxena).

## Personas a contactar en la región

Dr. Vijay Chandra  
Oficina Regional de la OMS para el Sudeste Asiático  
Nueva Delhi, India  
[Chandrav@whosea.org](mailto:Chandrav@whosea.org)

Dr. Thèrese Agossou  
Oficina Regional de la OMS para África  
Brazzaville, República del Congo  
[Agossout@afro.who.int](mailto:Agossout@afro.who.int)

Dr José Miguel Caldas de Almeida  
Oficina Regional de la OMS para las Américas /  
Organización Panamericana de la Salud  
Washington, EEUU  
[Caldasaj@paho.org](mailto:Caldasaj@paho.org)

Dr. Srinivasa Murthy (a.i.)  
Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental  
Cairo, Egipto  
[Murthys@emro.who.int](mailto:Murthys@emro.who.int)

Dr. Wolfgang Rutz  
Oficina Regional de la OMS para Europa  
Copenhague, Dinamarca  
[Wru@who.dk](mailto:Wru@who.dk)

Dr. Xiangdong Wang  
Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental  
Manila, Filipinas  
[Wangx@wpro.who.int](mailto:Wangx@wpro.who.int)