

**Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela**



Comisión de epidemiología

**Noticias Epidemiológicas N° 29**

**Embarazadas en situación de emergencia,  
incluyendo los desastres naturales**

8 de marzo de 2011.



[http://eligelavidanet.blogspot.com/2010\\_01\\_01\\_archive.html](http://eligelavidanet.blogspot.com/2010_01_01_archive.html)

**Editores**

**Ana C. Carvajal y José Félix Oletta L.**

## Índice

- I. Introducción
- II. Resiliencia y crecimiento post traumático
- III. Experiencias en embarazadas relacionadas a los desastres
- IV. Atención de las embarazadas en situaciones de emergencia
- V. Situaciones de emergencia y violencia contra la mujer
- VI. Programas preventivos y educativos en los refugios temporales
- VII. Referencias.

### I. Introducción

Los grandes desastres naturales como los huracanes, los terremotos y las inundaciones suelen ser muy estresantes, sus efectos en la salud mental son similares a las guerras. Los más vulnerables son los niños, las mujeres, los discapacitados y los ancianos. (1,2,3)

Las situaciones de emergencias, incluyendo los desastres naturales (inundaciones, terremotos, huracanes, deshielos, avalanchas, etc.) y sus repercusiones interrumpen servicios que son importantes en el cuidado de las embarazadas tales como el cuidado prenatal, soporte social y económico, además causan estrés psicológico, los cuales tienen consecuencias en su propia salud y en los recién nacidos. Los estudios de los desastres y su efecto en las embarazadas son limitados, conociéndose muy poco sobre los efectos de estos en este grupo poblacional.

Muchas personas ante los eventos traumáticos de tipo natural o causados por el hombre son resilientes al evento, y en vez de experimentar un efecto negativo experimentan un crecimiento post traumático (4,5). Las publicaciones al respecto son limitadas en embarazadas, sin embargo es un área que merece ser estudiada dado el incremento de los desastres naturales o los causados por el hombre y su repercusión sobre las mujeres que se encuentran en etapa de gestación y su prole, así como los posibles efectos en las mujeres en edad fértil.

Nuestro país en noviembre y diciembre de 2010 y enero de 2011 se vio afectado por severas inundaciones las cuales ocasionaron miles de damnificados, (6,7) no sabemos las repercusiones directas de estas inundaciones sobre las embarazadas o las que se encontraban en post parto, tampoco conocemos las condiciones reales de las mujeres que se encuentran en los refugios temporales, en virtud de que no han sido publicados por los organismos competentes como el Ministerio del Poder Popular para la Salud. Las personas que se encuentran en los albergues temporales están más propensas a presentar diversas

enfermedades relacionadas con el hacinamiento, condiciones precarias de higiene, escasez de alimentos y de agua. (7)

En esta Noticia Epidemiológica presentamos algunos aspectos relacionados con los desastres naturales y los ocasionados por el hombre y la respuesta ante estos eventos como la resiliencia y el crecimiento post traumático, presentamos la experiencia sufrida por las embarazadas y en post parto en situaciones de desastre durante el Huracán Katrina y la destrucción del World Trade Center (torres gemelas).

Finalizamos esta noticia con la atención de las embarazadas en situaciones de emergencia, incluyendo desastres naturales según recomendaciones de la OPS y las de la RSCMV relacionadas con esta situación.

## II. Resiliencia y crecimiento post traumático

La resiliencia se refiere a un proceso dinámico de adaptación positiva que se desarrolla en el contexto de una adversidad significativa (evento traumático). (8)

El término resiliencia fue acuñado por primera vez por el psiquiatra Michael Rutter, para significar una *«flexibilidad social» adaptativa*. La literatura teórica y la investigación sobre la resiliencia refleja poco consenso acerca de las definiciones, existiendo variaciones sustanciales en funcionamiento y medición de las principales claves en su construcción. (9)

Actualmente, los expertos en el tema están de acuerdo en que la resiliencia no depende solamente de factores individuales, como se pensaba inicialmente, sino que abarca varios niveles: individual, familiar, comunitario y cultural, más recientemente la resiliencia se está aplicando a una comunidad entera o a un grupo cultural, como los latinos, judíos, etc. Los investigadores en esta área tratan de entender cómo *"los factores de protección interactúan con los factores de riesgo y con otros factores de protección para apoyar la resiliencia relativa"*. Para ello se han desarrollado modelos de tres tipos principales: *"compensatoria"*, *"protección"* y *"modelos de desafío"*. También se han añadido dos conceptos adicionales: *Resiliencia de reintegración*, en los que un enfrentamiento con la adversidad lleva a los individuos a un nuevo nivel de crecimiento, y la *innata*, la cual implica que la resiliencia es una cualidad innata que sólo necesita ser adecuadamente despertada, esta última es respaldada por algunos educadores aborígenes. (10)

Estudios recientes han mostrado como la resiliencia contribuye con una longevidad excepcional en personas nonagenarias y centenarias comparada con los adultos más jóvenes. (11) Actualmente se está estudiando como la resiliencia puede mejorar la calidad de vida de las personas y de las comunidades, otros ensayos investigan cómo las Interacciones genético-ambientales y los mecanismos moleculares promueven el funcionamiento resiliente en niños maltratados. (12)

En un estudio realizado por Harville y colaboradores, para evaluar la resiliencia después del huracán Katrina en el Sur de Luisiana, Estados Unidos, en 222 embarazadas y 292 mujeres en post parto, encontraron lo siguiente: 35% de las mujeres embarazadas y el 34% de las mujeres en post parto mostraron resiliencia a la depresión, mientras que el 56% y el 49% fueron resilientes a trastorno de estrés postraumático. La resiliencia fue más frecuente entre las mujeres blancas, las mujeres mayores y las que habían tenido una pareja. Una mayor experiencia de efectos negativos en la tormenta, lesión, enfermedad o peligro, se asoció con una menor capacidad de recuperación o de resiliencia. (13)

Dentro del marco del crecimiento postraumático, una experiencia adversa es vista como un catalizador potencial de cambio positivo a nivel psicológico e interpersonal. Se han utilizado diferentes variables y escalas para medir el evento post traumático, algunas de las variables estudiadas son: nuevas posibilidades, relacionarse con otros, fortaleza espiritual, apreciación por la vida y cambios espirituales.(14)

Las variables utilizadas para describir el crecimiento postraumático ha variado entre los estudios (por ejemplo, "*los beneficios percibidos*", "*cambios psicológicos positivos*", "*crecimiento relacionado con el stress*") , el objetivo conceptual de medición de los resultados de crecimiento general ha sido evaluar si los individuos pueden moverse mucho más allá de un nivel pre mórbido de funcionamiento después de un evento traumático.(15,16,17)

Enfermedades como el cáncer de mama que causan un evento traumático en la mujer, también han sido relacionadas con crecimiento post traumático. (18,19)

El crecimiento post traumático en términos de beneficio percibido en embarazadas que experimentaron el evento traumático del Huracán Katrina fue clasificado en seis categorías : el bebé, quedar embarazada, incremento de cercanía con familiares y amigos, reunión con la comunidad, beneficios materiales como una nueva casa o dinero para el seguro y beneficios tales como diques más fuertes. (13)

Harville y col, observaron que después del evento traumático del Huracán Katrina muchas mujeres embarazadas y en post parto fueron resilientes o vieron un lado positivo a la situación traumática. (13) Otros investigadores han observado que las mujeres embarazadas y en posparto parecen ser a la vez menos propensas a enfermedad mental grave.

La figura N° 1, nos muestra la relación del crecimiento post traumático y la resiliencia, algunas personas experimentan solo cambios negativos después de un estrés post traumático, otras experimentan solo cambios positivos, algunas retornan a su salud mental basal pero no experimentan crecimiento, otras experimentan pobre salud mental pero también reportan crecimiento. (13)

Figura Nº 1

**Capacidad de recuperación y crecimiento post-traumático como dos ejes de la respuesta al trauma**



Fuente: Harville EW et al. Resilience after Hurricane Katrina among pregnant and postpartum women. *Womens Health Issues*. 2010; 20(1): 20. Ref. (13)

**III. Experiencias relacionadas a los desastres en embarazadas.**

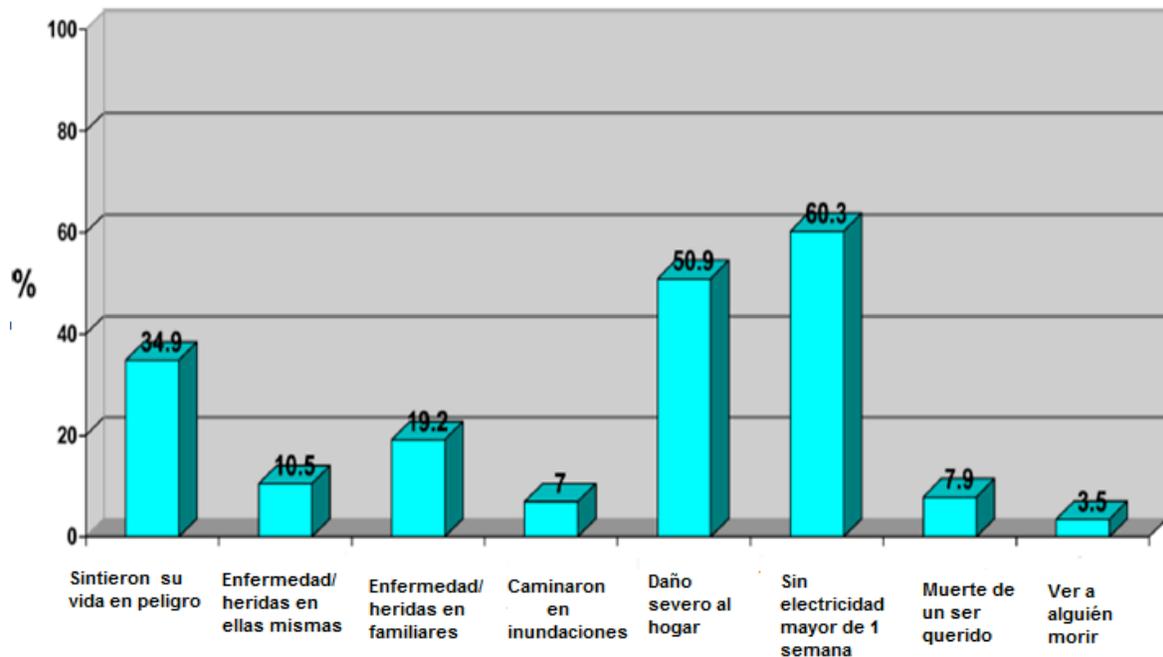
Las experiencias publicadas en las embarazadas en desastres naturales son limitadas y muy poco estudiadas, el huracán Katrina y la subsecuente inundación brindó una oportunidad para el estudio de los efectos de los eventos naturales durante y después de la gestación.

En el desastre del huracán Katrina ocurrido en la ciudad de Nueva Orleans, Xiong y col, estudiaron los efectos de este evento sobre la salud de las embarazadas, en tal sentido encontraron que la frecuencia de bajo peso al nacer fue mayor en mujeres con exposición al huracán (14,0%) que las mujeres sin exposición (4,7%), con un odds ratio ajustada (Razón de Posibilidades) (OR): 3.3; 95% intervalo de confianza (IC): 1.13 - 9.89, y una  $p < 0,01$ . La frecuencia de parto prematuro fue mayor en mujeres con exposición al huracán (14,0%) que las mujeres no expuestas (6,3%), con OR: 2.3, IC 95%: 0,82 a 6,38,  $p > 0,05$ . (20)

Adicionalmente, investigaron la percepción de las embarazadas ante el desastre, la mayoría de ellas fue expuesta a una o más experiencias severas durante el huracán (Gráfico N°1), por ejemplo: sintieron que su vida estaba en peligro (34.9%), experimentaron enfermedad o heridas en ella misma (10.5%), heridas en un miembro de la familia(19.2%), caminaron en aguas inundadas (7.0%), daño severo al hogar(50.9%), ausencia de electricidad en un tiempo mayor de una semana(60.3%) , perdieron un ser querido (7.9%), vieron morir a alguien ( 3.5%). La frecuencia de mujeres que habían tenido: una, dos, tres, cuatro y más experiencias severas fueron 13.6%, 22.3%, 24.8%, 19.5%, y 22.7%, respectivamente. (20)

Gráfico N° 1

**Frecuencia de experiencias severas sufridas por embarazadas durante el huracán Katrina.**



Fuente: Xiong, X, et al. Exposure to Hurricane Katrina, Post-Traumatic Stress Disorder and Birth Outcomes *Am J Med Sci.* 2008 August ; 336(2): 111–115. Ref.(20)

Una investigación realizada posterior a la destrucción del World Trade Center (WTC), indica que los recién nacidos a término de las mujeres que vivían dentro de 3.200 metros de este centro en cualquiera de las 4 semanas posteriores al 11 de septiembre 2001, tenían menos peso al nacer y menor talla que los recién nacidos a término nacidos de

mujeres que vivían fuera del área. Los investigadores concluyen que los efectos sobre la talla y peso al nacer son sólo parcialmente explicados por una reducción del tiempo de la gestación; sugirieron un efecto adicional sobre el crecimiento fetal, probablemente polución o el factor estrés asociado al evento. (21)

Otro efecto relacionado al evento del World Trade Center durante el primer trimestre del embarazo (en las pacientes estudiadas), se asoció con un tiempo de gestación acortado significativamente y una menor circunferencia del tamaño de la cabeza, sin tener en cuenta el lugar de trabajo o de residencia en el mes después del 11 de septiembre. Aunque la disminución de la circunferencia de la cabeza pudiera explicarse por una disminución del tiempo de gestación.(21 )

#### **IV. Atención de las embarazadas en situaciones de emergencia, incluyendo desastres naturales.**

En situaciones de emergencia se tomarán las medidas necesarias para evitar complicaciones durante el embarazo, para ello, la atención debe realizarse en las condiciones más seguras para evitar muertes maternas y de los recién nacidos. Estas medidas deben ser cumplidas durante la emergencia y en las fases sub siguientes: (22,23)

- Verificar la capacidad resolutive de los servicios de salud reproductiva en los diferentes niveles de atención
- Verificar el personal de salud disponible para la atención de las embarazadas y los recién nacidos.
- Realizar un censo de las embarazadas que culminarán su embarazo en los próximos 30 días.
- Identificar las embarazadas de alto riesgo.
- Identificar previamente el sitio donde serán derivadas las embarazadas de alto riesgo obstétrico, complicaciones obstétricas y partos complicados.
- Dependiendo de la magnitud del desastre es probable que un número de partos pudiera ser atendido a nivel domiciliario.
- Garantizar las vacunaciones necesarias como la vacuna antitetánica y la administración de vitaminas y medicamentos para otras patologías como: infección por el VIH, asma, hipertensión arterial, y otras.
- Promover, en lo posible, solo la alimentación materna.
- En la medida de lo posible establecer servicios de atención gineco-obstétrica con personal capacitado en los albergues y refugios temporales.
- Instruir a la población sobre los servicios de salud disponibles más cercanos, para la atención de las embarazadas y los recién nacidos y la manera de llegar a ellos.
- Alertar sobre los signos de alarma en las embarazadas como: sangrado genital, dolor, fiebre persistente, flujo vaginal fétido) para que acudan oportunamente a los servicios de salud.

**En situaciones de emergencia se tomarán las medidas necesarias para evitar complicaciones durante el embarazo, para ello, la atención y cuidado de las embarazadas debe realizarse en las condiciones seguras para evitar muertes maternas y de los recién nacidos.**

## **V. Situaciones de emergencia y violencia contra la mujer.**

En situaciones de emergencia como los conflictos bélicos y los desastres naturales, ocurren con frecuencia hechos de violencia, principalmente hacia las personas más vulnerables como las mujeres, los niños, niñas y adolescentes y otros grupos vulnerables como los discapacitados, minorías étnicas, migrantes, etc. (24,25,26). A nivel de los refugios temporales las condiciones de hacinamiento, inseguridad, el convivir en espacios reducidos con personas que no pertenecen al ámbito familiar, propician las condiciones para que ocurran hechos de violencia, como el abuso sexual o violación sexual contra los grupos más vulnerables, incluyendo a las embarazadas. Es por ello que la seguridad y protección de las personas vulnerables debe ser garantizada en situaciones de emergencia. De ocurrir un acto de violencia sexual en contra de la mujer, las niñas, niños y adolescentes, el caso debe ser notificado a los organismos competentes (medicaturas forense), al mismo tiempo debe asegurarse que las víctimas reciban profilaxis para enfermedades transmitidas por vía sexual como: infección por el VIH, sífilis, vaginosis bacteriana, gonorrea, hepatitis B e infección por *chlamydia* (27). La referencia a los centros que cuenten con programas de atención con VIH debe hacerse a la brevedad (27,28).

De ocurrir un acto de violencia sexual en contra de la mujer, las niñas, niños y adolescentes, el **caso será notificado en forma expedita** y rápida a los organismos competentes (medicaturas forense), al mismo tiempo debe asegurarse que las víctimas reciban **profilaxis para evitar enfermedades transmitidas por vía sexual** como: infección por el VIH, sífilis, vaginosis bacteriana, gonorre e infección por, *chlamydia*. **La referencia a los centros que cuenten con programas de atención con VIH debe hacerse a la brevedad, idealmente las primeras dos horas.**

En las recientes inundaciones ocurridas en nuestro país, informaciones de la prensa dieron cuenta de casos de violencia sexual en adolescentes femeninas recluidas en refugios temporales (29), sin embargo desconocemos la verdadera dimensión de esta situación en estos sitios.

## VI. Programas preventivos y educativos en los refugios temporales

Los albergues y refugios temporales brindan una oportunidad para la implementación de medidas preventivas en diferentes áreas incluyendo la salud reproductiva, por ejemplo, prevención de embarazos, prevención e identificación precoz de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, información sobre métodos anticonceptivos, y planificación de embarazo e higiene sexual, entre otros. (22,23,30)

Si es posible se realizarán trípticos y material de apoyo destinados a reforzar las medidas preventivas y educativas que se quieren implementar. (22,23)

Al mismo tiempo se darán las facilidades para la provisión de anticonceptivos y preservativos en aquellas mujeres en edad fértil.

El Ministerio del Poder Popular para la Salud publicó en una nota de prensa en el portal electrónico del Ministerio, las **recomendaciones generales para las personas en los albergues temporales**, el boletín epidemiológico semanal N° 47 del MPPS, en su editorial reseña los deberes y derechos de las personas en los albergues temporales, los cuales pueden ser revisadas en el portal del MPPS: [www.mpps.gob.ve](http://www.mpps.gob.ve)

### Recomendaciones de la RSCMV (22,23,30,31)

1. Disminuir las situaciones y causas asociadas a desastres naturales que pueden ocasionar eventos traumáticos en las personas, especialmente en las embarazadas y en mujeres en post parto.
2. Garantizar la seguridad y la protección de grupos vulnerables, como las embarazadas, niñas, niños y adolescentes en situaciones de desastres.
3. Garantizar que la atención de las embarazadas, así como los cuidados durante el parto se realicen de forma segura en situaciones de desastre.
4. Realizar estudios sobre resiliencia y crecimiento post traumático asociados a desastres naturales o causados por el hombre en las embarazadas y en el post parto.
5. Implementar estrategias destinadas a incrementar la resiliencia y crecimiento post traumático positivo ante desastres naturales en las embarazadas y en post parto.
6. Garantizar la seguridad y evitar eventos traumáticos (ejemplo abuso sexual) en los refugios temporales. Por ejemplo, baños de uso exclusivo para varones, hembras y niños. Prohibición de consumo de alcohol y drogas psicotrópicas.
7. Apoyar a todas las instituciones gubernamentales y no gubernamentales encargadas de brindar apoyo a las mujeres víctimas de violencia sexual.
8. Garantizar la atención en salud antes, durante y después del parto.
9. Garantizar la continuidad de controles prenatales, realizar los exámenes de laboratorios necesarios y suministrar micronutrientes.
10. Difundir información sobre signos de alarma o peligro durante la gestación.
11. Coordinar mecanismos de comunicación y transporte efectivo en caso de emergencias obstétricas.

12. De acuerdo con la fecha probable de parto es preciso definir el traslado de la gestante a la unidad de salud que su estado requiera.
13. En albergues lejanos a unidades de salud, se debe considerar la atención de parto domiciliario, por tanto se debe identificar quien atienda los partos y proveer con paquetes básicos, o kits de parto normal, para ayudar a prevenir infecciones en las mujeres que no pueden llegar a una unidad de salud.
14. Así mismo, es necesario realizar seguimiento a las mujeres en puerperio inferior a 42 días.
15. Debe garantizarse de forma oportuna leche de fórmula (sustituto de leche materna) así como el agua necesaria para su preparación, destinada a la alimentación de los recién nacidos expuestos al VIH durante el embarazo.

La RSCMV pone a la orden el conocimiento técnico de los profesionales de la salud para la elaboración de documentos técnicos y estudio de estos problemas.

## VII. Referencias

1. Catani C, Jacob N, Schauer E, Kohila M y Neuner F. Family violence, war, and natural disasters: A study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. *BMC Psychiatry*. 2008; 8: 33.
2. Goenjian AK, Steinberg AM, Najarian LM, Fairbanks LA, Tashjian M, Pynoos RS. Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *Am J Psychiatry*. 2000;157:911–916.
3. Shin-ichi Toyabe, Toshiki Shioiri, Hideki Kuwabara, Taroh Endoh, Naohito Tanabe, Toshiyuki Someya, and Kouhei Akazawa. Impaired psychological recovery in the elderly after the Niigata-Chuetsu Earthquake in Japan: a population-based study. *BMC Public Health*. 2006; 6: 230.
4. Bonnano GA, Galea S, Bucciarelli A, Vlahov D. What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2007;75(5):671–682.
5. Bonanno GA, Galea S, Bucciarelli A, Vlahov D. Psychological resilience after disaster: New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science* 2006;17(3):181–186.
6. Oletta López JF, Carvajal A, Alerta Epidemiológica N° 166. Necesidad de aumentar la vigilancia epidemiológica luego de las inundaciones y deslaves 27 de diciembre de 2010. Editorial. Disponible en: [www.rscmv.org.ve](http://www.rscmv.org.ve)

7. Carvajal A, Oletta López JF. Noticias epidemiológicas N° 27. Cambio climático, desastres y enfermedades asociadas a las inundaciones y a los albergues temporales. 25-12-2010. Disponible en [www.rscmv.org.ve](http://www.rscmv.org.ve)
8. Lamond, A. J, Depp C. A, Allison M. et al., "Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women," *Journal of Psychiatric Research*, vol. 43, no. 2, pp. 148– 154, 2009.
9. Fleming J and Ledogar RJ. Resilience, an Evolving Concept: A Review of Literature Relevant to Aboriginal Research. *Pimatisiwin*. 2008 ; 6(2): 7–23.
10. Yi Zeng, and Ke Shen. Resilience Significantly Contributes to Exceptional Longevity.
11. Hindawi Publishing Corporation. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. Volume 2010, Article ID 525693
12. Cicchetti D. Resilience under conditions of extreme stress: a multilevel perspective. *World Psychiatry* 2010;9:145-154
13. Harville, EW , Xiong, X, Buekens, P, Pridjian, G, and Elkind-Hirsch, K . Resilience after Hurricane Katrina among pregnant and postpartum women. *Womens Health Issues*. 2010 ; 20(1): 20.
14. Vera Poseck B, Carbelo Baquero B y Vecina Jiménez ML La Experiencia Traumática Desde La Psicología Positiva: Resiliencia Y Crecimiento Postraumático. Papeles del Psicólogo. Enero , número 1 VOL-27 , 2006 .Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1283>
15. Grubaugh, AL. and Resick, PA. Posttraumatic Growth in Treatment-seeking Female Assault Victims. *Psychiatr Q*. 2007 June ; 78(2): 145–155.
16. Calhoun LG, Tedeschi RG. Perceiving benefits in traumatic events: Some issues for practicing psychologists. *Journal of Training and Practice in Professional Psychology* 1991;5:45–52.
17. McMillen C, Zuravan S, Rideout G. Perceived benefit from child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1995;63:1037–1043.
18. Park CL, Cohen LH, Murch RL. Assessment and prediction of stress-related growth. *Journal of Personality* 1996;64:71–105.

19. Cordova MJ, Cunningham LC, Carlson CR, et al. Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology* 2001;20:176–185.
20. Xiong X, Harville, EW , Donald R Mattison, DR, Hirsch KE, Gabriella Pridjian, G and Buekens, P. Exposure to Hurricane Katrina, Post-Traumatic Stress Disorder and Birth Outcomes *Am J Med Sci*. 2008 August ; 336(2): 111–115
21. Lederman SA, Rauh V, Weiss L, Stein JL, Hoepner LA, Becker M and Perera FP. The Effects of the World Trade Center Event on Birth Outcomes among Term Deliveries at Three Lower Manhattan Hospitals. *Environ Health Perspect* .2004. 112:1772–1778.
22. Organización Panamericana de la Salud . Guías técnicas . Recomendaciones para el control de embarazadas y atención del parto en situaciones de emergencia. Consultado el 4 de marzo de 2011. Disponible en:  
[http://www.paho.org/spanish/dd/ped/te\\_sngrps.htm#ef](http://www.paho.org/spanish/dd/ped/te_sngrps.htm#ef)
23. Organización Panamericana de la Salud . Guías técnicas . [Recomendaciones para la atención en anticoncepción](#) en situaciones de emergencia. Consultado el 4 de marzo de 2011. Consultado el 4 de marzo de 2011. Disponible en:  
[http://www.paho.org/spanish/dd/ped/te\\_sngrps.htm#ef](http://www.paho.org/spanish/dd/ped/te_sngrps.htm#ef)
24. UNIFEM .Women's Human Rights. Addressing the Gender Dimensions of HIV/AIDS,2000
25. UNIFEM .Women's Human Rights: Promoting Women's Human Rights and Eliminating Violence Against Women. 2002.
26. Shalev C. Rights to Sexual and Reproductive Health: the ICPD and the Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women Health Human Rights. 2000;4 (2):38-66
27. Carvajal A y col. Experiencia en la atención del abuso sexual agudo en el HUC. Caracas. Jornadas Nacionales de Infectología Puerto Ordaz. 2006
28. Ministerio del Poder Popular para la Salud, Guía para el manejo del tratamiento antirretroviral de las personas que viven con VIH/SIDA en Venezuela. Tercera edición, 2008-2009.
29. Diario EL Nacional, Caracas. Por Andrea Small Carmona, Maolis Castro. En cuadrantes de seis metros conviven familias en el Sambil. Pasan el día en literas sin

privacidad. Los damnificados reportaron brotes de gripe y un caso de abuso sexual a una niña. 18 de diciembre de 2010. Disponible en:

[http://el-nacional.com/www/site/p\\_contenido.php?q=nodo/172761/Ciudad/En-cuadrantes-de-seis-metros-conviven-familias-en-el-Sambil](http://el-nacional.com/www/site/p_contenido.php?q=nodo/172761/Ciudad/En-cuadrantes-de-seis-metros-conviven-familias-en-el-Sambil)

30. Cruz Roja Internacional. Manejo de Albergues Temporales. Folleto 2.  
Disponible en: <http://www.cruzroja.org/documentos/desastres.html>

31. Ministerio de Protección Social, Colombia. LINEAMIENTOS PARA EL APRESTAMIENTO DE ALBERGUES PARA LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y DIRECCIONAMIENTO DE LA ATENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN SITUACIÓN DE DESASTRE. 2010. Disponible en: [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)