

Psiquiatría de desastres: actuación del Disaster Psychiatry Outreach (DPO) en el 11 de septiembre.

Anthony T. Ng¹

El ataque terrorista del 11 de septiembre en el World Trade Center supuso un desastre sin precedentes en los Estados Unidos. El impacto del desastre en la salud mental fue motivo de preocupación desde el primer momento, pero con todo, la ciudad de Nueva York se enfrentó a numerosos obstáculos en las secuelas inmediatas del ataque y en las semanas siguientes. En este artículo se recoge una breve descripción de las intervenciones en crisis por problemas psíquicos después de desastres. Se describen los antecedentes del Seguimiento Psiquiátrico de Desastres (Disaster Psychiatry Outreach), así como su respuesta al ataque terrorista del 11 de septiembre en Nueva York. Muchas características del desastre del 11 de septiembre lo diferencian de desastres previos en Estados Unidos y en el resto del mundo. El autor describe algunas de esas características y ciertos desafíos planteados. Finalmente, se resumen algunas lecciones aprendidas de la respuesta a este desastre desde la perspectiva de la salud mental comunitaria.

Introducción.

Los desastres son acontecimientos traumáticos que afectan a toda la población de una comunidad. Se han descrito numerosas consecuencias psiquiátricas de los desastres, como depresión mayor, trastornos de ansiedad, sín-

drome de estrés postraumático y abuso de sustancias (Katz 2002; Epstein 1998; Gregg, 1995). Las víctimas de desastres requieren atención de los servicios de salud mental, para poder recuperarse y volver pronto al funcionamiento normal, como en otras enfermedades y traumas. Los servicios de salud mental de desastres se encuentran con las necesidades psiquiátricas inmediatas de las víctimas de los desastres, incluyendo supervivientes, seres queridos y otros afectados por el trauma. Las intervenciones inmediatas alivian el sufrimiento de los afectados y favorecen su rápida recuperación. Por ejemplo, la identificación y rápida clasificación de pacientes con síntomas psiquiátricos agudos permite la oportuna provisión de servicios urgentes. Igualmente, la educación sobre el trauma, la pérdida, el duelo y las respuestas al estrés agudo, ayuda a las víctimas a identificar señales de alarma de potenciales problemas psicológicos serios, normaliza las respuestas apropiadas y anima a buscar la ayuda necesaria a aquellos que requieran atención profesional (Ursano 1991, WHO 1991). Los equipos de salud mental de desastres pueden proporcionar intervenciones basadas en la comunidad, evitando hospitalizaciones y previniendo demoras en la atención que pueden agravar el daño psicológico y contribuir a una discapacidad importante. Sin una intervención rápida y a corto plazo, existe el peligro de consecuencias mayores y a más largo plazo.

¹Psiquiatra, Director Médico de Disaster Psychiatry Outreach
Email: anthonyng@disasterpsych.org
www.disasterpsych.org

Históricamente, el valor de estas intervenciones se demostró por primera vez en los soldados que sufrían neurosis de guerra (McCaughey BG 1997; Sokel RJ 1989). Las intervenciones de crisis facilitaban la rápida vuelta de los soldados al servicio y reducían la incidencia de síntomas psiquiátricos crónicos. De la misma manera, el valor de las intervenciones inmediatas se ha aceptado en muchos hospitales, donde se ofrece a los supervivientes de violación una asistencia inmediata por asesores psicológicos, enfermeros y médicos especialmente preparados. En este marco, los psiquiatras proporcionan una intervención médica breve, una educación a las víctimas sobre la respuesta normal al trauma y les alertan de señales de alarma del síndrome de estrés posttraumático y otros problemas que puedan requerir tratamiento posterior (Foa 1995). Aunque es un área que necesita de mayor investigación en el futuro, los programas de intervención temprana facilitan la convalecencia y la curación psicológica, promoviendo bienestar y un rápido retorno a los niveles previos de funcionamiento y capacidad.

Los equipos de salud mental de respuesta a desastres están formados, en Estados Unidos, mayoritariamente por profesionales no psiquiatras que no pueden prescribir medicaciones. La Cruz Roja Americana ha reconocido que hay necesidad de mejorar la respuesta psiquiátrica para garantizar un rápido progreso en la salud, la economía y el bienestar social. Además, los equipos de salud mental se organizan espontáneamente en torno a las secuelas de los desastres, pero carecen de la planificación para integrarse en una estructura de respuesta conjunta al desastre. Una organización voluntaria puede organizarse y establecer cadenas formales y organizadas de supervisión y comunicación para un equipo psiquiátrico, planificar la plantilla adecuada de psiquiatras especialmente preparados y desarrollar mecanismos para abordar las

necesidades establecidas (tales como medicaciones de urgencia).

La historia del Disaster Psychiatry Outreach (Seguimiento Psiquiátrico de Desastres).

El Disaster Psychiatry Outreach (DPO) es una organización puesta en marcha en el otoño de 1998, por cuatro residentes mayores de psiquiatría en el New York Presbyterian Hospital/ New York Psychiatric Institute, durante el seguimiento inmediato del accidente aéreo del vuelo 111 de Swissair, en la costa de Nueva Escocia, que costó la vida de 229 hombres, mujeres y niños. Antes de esa fecha, había una falta de servicios psiquiátricos cualificados y coordinados para desastres, no solo en Nueva York, sino en todo Estados Unidos. En el pasado, los psiquiatras que deseaban participar en la respuesta a un desastre, podían ofrecerse como voluntarios a la Cruz Roja y ser parte del equipo del hospital requerido para intervenir o bien participar por su cuenta. El problema de los voluntarios de la Cruz Roja Americana era que no podían practicar la psiquiatría debido a cuestiones de responsabilidad. No todos los hospitales formaban parte de los planes de respuesta al desastre e, incluso, si se solicitaba la ayuda del hospital para asistir en el desastre, no existían mecanismos en el lugar para el despliegue y actuación del personal en el lugar del desastre. Aparecer en el lugar del desastre era extremadamente peligroso. Finalmente, no se disponía de cuidados protocolizados en el área de la psiquiatría de los desastres. Sin embargo, se ha identificado el papel efectivo de los psiquiatras (North, 2001).

El DPO se creó con cuatro misiones: 1) proporcionar atención psiquiátrica in situ, completa y de calidad a los afectados por los desastres (valoraciones de urgencia, tratamientos a corto

los programas de intervención temprana facilitan la convalecencia y la curación psicológica, promoviendo bienestar y un rápido retorno a los niveles previos de funcionamiento y capacidad

plazo, medicación, *debriefings*⁽¹⁾, y derivación) a pesar de los costes; 2) formación en psiquiatría de desastres para los profesionales de salud mental y el manejo comunitario del desastre; 3) la promoción de investigaciones en psiquiatría de desastres así como su propia investigación; y 4) la necesidad de asesoramiento en salud mental en todos los aspectos de la planificación de la respuesta al desastre. La filosofía del DPO es trabajar en estrecha colaboración con los departamentos locales de Salud, Salud Mental, Gestión de Urgencias y Cruz Roja Americana. En el caso de la ciudad de Nueva York, éstos son el Departamento de Salud Mental de la Ciudad de Nueva York (New York City Department of Mental Health, DMH), Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York (New York City Department of Health, DOH), la Oficina Municipal de Gestión de Emergencias (Mayor's Office of Emergency Management, OEM) y la Cruz Roja Americana del Gran Nueva York (American Red Cross of Greater New York, ARC).

Desde 1998, el DPO ha desarrollado un intenso programa dentro del área de la ciudad de Nueva York, que trabaja con la Cruz Roja Americana del Gran Nueva York y con el Departamento de Salud Mental de la Ciudad de Nueva York. Desde su creación el DPO ha intervenido en diversos sucesos incluyendo:

- El accidente aéreo del vuelo 900 de Egypt Air el 31 de octubre de 1999, donde psiquiatras voluntarios del DPO, procuraron atención 24 horas al día a los familiares de las víctimas en el aeropuerto John F. Kennedy de la Ciudad de Nueva York.
- Asesoramiento clínico por el DPO a la Cruz Roja Americana del Gran Nueva York, en acontecimientos de menor escala como fuegos en apartamentos.
- Los psiquiatras del DPO formaron parte de la plantilla del Centro Municipal de Operaciones de Emergencia de la Ciudad de

Nueva York, durante el Año Nuevo del 2000 para prevenir las posibles consecuencias del efecto 2000 (Y2K).

- El terremoto en El Salvador en febrero de 2001, en el que el DPO colaboró con el Servicio Mundial de Judíos Americanos, dirigiendo una misión psiquiátrica de dos semanas para asistir a personas en El Salvador. Siguen en marcha programas de asistencia en ese país.

Otras actividades desarrolladas por el DPO previas al 11 de septiembre:

- Asumir el papel de liderazgo en el capítulo de Organizaciones de Voluntariado Activas en Desastres en la Ciudad de Nueva York (NYCVOAD). Coalición de agencias para los desastres que incluye la Cruz Roja Americana, la Agencia Federal de Gestión de Emergencias, la Armada de Salvación y otras agencias de servicios humanitarios gubernamentales y no gubernamentales con papel en los desastres. Un representante del DPO fue elegido para presidir el NYCVOAD en marzo de 2001. DPO ha establecido colaboraciones académicas con distintos departamentos de psiquiatría incluyendo los de la Universidad de Columbia, la Universidad de Cornell y la escuela de Medicina del Mount Sinai, con el objetivo de combinar esfuerzos para realizar estudios sobre psiquiatría de desastres y formar a residentes y estudiantes de medicina.
- Revisión completa de la literatura científica sobre psiquiatría de desastres, publicada con el título "Research on Psychiatric Outcomes and Interventions Subsequent to Disasters: A Review of the Literature".
- Organización de un Congreso Internacional sobre Psiquiatría de Desastres, que reunió a expertos en psiquiatría de desastres y crisis de todo Estados Unidos con el fin de introducir el tema en la psiquiatría.

¹El concepto de *debriefing* se ha impuesto en los últimos años en la psiquiatría de los desastres, designando una intervención precoz, con una perspectiva preventiva y de triage. El término proviene de la jerga militar y fue desarrollado, entre otros, por Mitchell, JT (1983): When Disaster strikes. The critical incident stress debriefing process. J. Emergency Med. Serv. 8, 36-39. Hay una buena revisión en: Gisela Perren-Klingler: Le debriefing psychologique à l'épreuve de la pratique: une adaptation du modèle de Mitchell. Viège, 2001.
www.Institut-psichotrauma.ch.
(Nota de la redacción)

- Junto a la Cruz Roja Americana del Gran Nueva York, el DPO copatrocinó un simposio titulado "Aspectos de Salud Mental de las Armas de Destrucción Masiva", en junio de 2001.
- En febrero de 2001, el DPO asesoró a distancia a psiquiatras de la India para ayudarles a afrontar el impacto del intenso terremoto que había golpeado al país.

La respuesta clínica del DPO a los ataques del 11 de septiembre.

En la mañana del 11 de septiembre de 2001, diecinueve secuestradores comandaban cuatro aviones. Uno de ellos chocó poco antes de las 9:00 am en la Torre Norte del World Trade Center (WTC) en la Ciudad de Nueva York y, poco después, un segundo avión lo hizo contra la Torre Sur. Al mismo tiempo, un avión impactó en el Pentágono en Washington, DC. El otro avión secuestrado se estrelló en el Condado de Somerset en Pensilvania, cuando los pasajeros se enfrentaron con los secuestradores. La Torre Sur del WTC se colapsó aproximadamente cuarenta y cinco minutos después del impacto y la Torre Norte se vino abajo una hora después de la primera.

El ataque al WTC produjo un desastre masivo sin precedentes. Hasta esa mañana, el mayor desastre terrorista en suelo de los Estados Unidos había sido el camión-bomba colocado en el edificio Murrah de la ciudad de Oklahoma, en 1995. Los problemas de salud mental fueron reconocidos casi de inmediato como una de las principales consecuencias de este desastre debido a sus características; que a su vez orientarían la atención prestada en salud mental. El desastre afectó a un número de personas muy elevado. Aunque fue un desastre local, fue visto por muchas personas, y retransmitido a todo el mundo. Produjo numerosas víctimas. Las estima-

ciones iniciales de desaparecidos se situaron en torno a 60.000 personas, con la presunción de que muchos de ellos estaban muertos. Al ocurrir en un día laborable a primera hora de la mañana y en un lugar muy concurrido, fue observado directamente por muchos y a través de los medios de comunicación, en tiempo real, en todo el mundo. Los hospitales fueron movilizados para atender a gran número de heridos que no se produjeron. Este desastre dio lugar a un gran caos de las infraestructuras del gobierno de la Ciudad de Nueva York. Cuando las dos torres del WTC se colapsaron, también se destruyó el edificio 7 del WTC, donde se encontraba la base del Centro Municipal de Operaciones de Emergencia, centro de mando de la Ciudad de Nueva York ante cualquier emergencia. Además, las comunicaciones y transportes se vieron seriamente afectados, impidiendo cualquier respuesta efectiva en los primeros momentos del desastre. Muchos recursos, materiales y personales, se vieron desbordados. Hubo una evacuación masiva de la Ciudad de Nueva York y estrictas restricciones para entrar en la ciudad, un hecho que no había ocurrido con anterioridad. Por último, a pesar de que el suceso había ocurrido en el bajo Manhattan, su impacto se extendió, afectando a todas las áreas y suburbios de la ciudad.

El DPO fue significativamente afectado por el desastre. El DPO tenía antes de lo sucedido, un pequeño cuerpo de voluntarios, muchos de ellos ubicados en instituciones académicas de Nueva York. Cuando ocurrió el desastre, estos voluntarios no estaban disponibles porque sus propias instituciones requerían de su presencia. El DPO, como la ciudad, se vio limitado en su capacidad de comunicación y transporte. Como en otras muchas agencias de Nueva York, la gravedad del acontecimiento fue tan grande que desbordó los recursos del DPO casi de inmediato.

La respuesta inicial del DPO fue reestablecer el contacto con la Cruz Roja Americana y con el Departamento de Salud Mental de la Ciudad de

Los problemas de salud mental fueron reconocidos casi de inmediato como una de las principales consecuencias de este desastre

Nueva York, así como establecer rápidamente prioridades en la respuesta. La misión del DPO era cooperar y coordinar cualquier respuesta al desastre con las agencias asociadas (Bowenkamp 2000). En cualquier desastre debe considerarse jerarquizar la respuesta para que sea efectiva. Conocer la jerarquía de los aspectos de accesibilidad, logística y planificación.

Después de reestablecer el contacto con la ARC y el DMH, al día siguiente, el DPO, en colaboración con estas dos agencias, comenzó a evaluar las necesidades inmediatas de salud mental en la ciudad. Un objetivo esencial de la psiquiatría de desastres es la evaluación de las necesidades en salud mental. En este caso, una de las primeras identificadas fue la necesidad de contar con personal de salud mental en los refugios levantados por la ARC, para atender a las personas que no habían podido volver a su casa después del ataque. Algunas personas permanecían en el refugio en estado de shock y otras acudían en busca de amigos y familiares desaparecidos.

La evaluación de las necesidades es un proceso dinámico y continuo en la respuesta al desastre. Lo que fue necesario en momentos iniciales puede dejar de serlo cuando las necesidades y prioridades cambian. Y las necesidades cambian rápidamente, lo que contribuye a la naturaleza caótica de la respuesta al desastre, sin importar lo preparada que una comunidad estuviera antes del suceso. La evaluación también necesita diferenciar entre lo que se ha descrito como demandas generadas por el agente del desastre frente a demandas generadas por la respuesta (Dynes 1998). Las demandas generadas por el agente son las necesidades creadas por las causas del desastre, en este caso el ataque al WTC y su posterior colapso; y las necesidades de salud mental generadas por la respuesta al ataque, son la forma en que la gente busca a los desaparecidos, cómo se realiza la evacuación, qué clase de medidas de seguridad se ponen en marcha, cómo se

reinstaura la infraestructura, etc. A menudo, la respuesta al desastre es más ágil en lo que concierne a las demandas generadas por la respuesta que las ocasionadas por el agente de la catástrofe. Las demandas del agente están afectadas por la causa del desastre que es con frecuencia de relativa corta duración, comparado con las consecuencias del desastre que son más prolongadas.

El DPO comenzó a coordinar los servicios de salud mental con el DMH y la ARC en el centro de asistencia familiar (Family Assistance Center, FAC) que se creó al tercer día. El FAC se creó para ser el lugar central donde las familias de todos los afectados obtuvieran información, así como para que las personas desplazadas obtuvieran asistencia benéfica de varias agencias. En la fase inmediata de respuesta al desastre, el foco de atención sobre las víctimas y los supervivientes se centró en las necesidades básicas y se dejaron en segundo plano sus problemas de salud mental. Muchos estaban en shock y negaban lo sucedido. Muchas de las intervenciones iniciales de los clínicos de salud mental en el FAC, incluyendo voluntarios psiquiatras del DPO, se centraron en apoyar y asistir a los individuos en sus necesidades básicas como comida, agua y refugio. Los voluntarios del DPO hacían psicoeducación, enseñando a los individuos autocuidado y a detectar síntomas y signos de alteración psicológica significativa. El soporte básico fue la primera modalidad empleada por los voluntarios del DPO como forma de enganche que ha demostrado ser efectiva en la respuesta aguda a los desastres (Peuler 2986; North 2000).

Los voluntarios del DPO tomaron parte en contactos clínicos breves y prolongados. Hubo evaluaciones para el manejo de los síntomas, *debriefings* y derivaciones tanto a atención más especializada como a seguimiento posterior. Muchas de las personas atendidas por el DPO fueron derivadas desde la ARC por personal no psiquiatra del DMH, clérigos y otros *staff* del FAC, así como por propia iniciativa. Muchos fue-

ron derivados por ansiedad, tristeza intensa y para evaluación de posible riesgo suicida, homicida y psicosis. Las intervenciones incluyeron psicoterapia, administración de medicación *in situ* y derivación a los servicios médicos de urgencia para asistencia especializada en el hospital. Además de estas tareas, muchos de los voluntarios del DPO y del DMH, participaron en la notificación de fallecimientos y recogida de DNA. La atención clínica prestada por los voluntarios del DPO fue documentada y estos datos pudieron ser registrados así como la modalidad de la atención.

Muchas personas que acudían al FAC lo hacían en busca de sus seres queridos o para solicitar ayudas para niños que llevaban consigo, algunos de ellos muy pequeños. En respuesta a esas necesidades de niños y adolescentes, el DPO creó una sección especial del FAC para atender las necesidades de salud mental de los niños y sus padres, llamado el "rincón de los niños" (Kid's Corner) (Lagnado 2001). Mientras que el ARC proveía los cuidados más básicos de los niños, el DPO colaboraba evaluando a los niños y padres más angustiados. El DPO solicitó ayuda a las jugueterías locales para proporcionar material a los niños. Muchos de los servicios prestados en el Kid's Corner eran de apoyo, con derivación para seguimiento si era necesario.

Una preocupación importante para el DPO y otras agencias de respuesta al desastre, fue la afluencia espontánea de voluntarios de salud mental. No existía un mecanismo para manejar la gran cantidad de voluntarios. Mientras los voluntarios suponían algo positivo y aportaban personal adicional, también consumían recursos para su selección. Muchos no tenían formación o experiencia previa en la prestación de servicios de salud mental en desastres. En colaboración con el DMH y la ARC, el DPO seleccionó psiquiatras voluntarios. Se les dió orientación sobre el manejo clínico básico en desastres y habilidades de auto cuidado.

Además de proporcionar voluntarios al FAC, desde el 20 de septiembre al 3 de noviembre de 2001, el DPO también proveyó voluntarios para asistir a la zona cero, que incluía el área de colapso de la Torres Gemelas y sus alrededores. Los voluntarios del DPO fueron incluidos en *roaming psychiatry* (psiquiatría de calle). Los voluntarios trabajaban sobre todo con los primeros servicios que intervinieron en el lugar, fuerzas de seguridad, bomberos, personal de rescate, Guardia Nacional y unidades militares y otros agentes implicados en la respuesta. El seguimiento se hizo a través de contactos informales, enfocados a las necesidades inmediatas del personal de rescate y socorro, como hidratación y nutrición. A lo largo de los casi dos meses de intervención del DPO en la zona cero, 45 psiquiatras del DPO trabajaron 1.010 horas, con un número de aproximadamente 3.156 contactos con personal de rescate y socorro.

La documentación clínica de los contactos en la zona cero fue más difícil que en el FAC, a causa de múltiples factores, incluyendo los logísticos y la naturaleza móvil del trabajo clínico en el área. Por las características de las personas con las que los voluntarios del DPO trabajaban en la zona cero, el registro documental inmediato no fue factible ya que podía disuadir de posteriores encuentros, debido al estigma asociado a la enfermedad mental y el miedo a que esa documentación pudiera afectar su reputación laboral en la zona cero. Se animó a los voluntarios del DPO que dirigían cada turno en la zona cero a documentar las experiencias de los turnos más que a hacer anotaciones personales. El ambiente de la zona cero también dificultaba la tarea de recoger una documentación veraz, como consecuencia de la persistente amenaza para la seguridad de los voluntarios en la zona. Los voluntarios estaban obligados a llevar cascos y mascarillas. El suelo era peligroso con constante riesgo de desprendimiento de escombros. Había riesgo al respirar polvo y otras

A lo largo de los casi dos meses de intervención del DPO en la zona cero, 45 psiquiatras del DPO trabajaron 1.010 horas, con un número de aproximadamente 3.156 contactos con personal de rescate y socorro.

partículas en el aire. Se informaba a los voluntarios del DPO antes de comenzar su turno del estado de la seguridad de la zona cero. Los voluntarios suspendían su actividad si la OEM y el DMH juzgaban que el ambiente en la zona era muy inseguro.

Se instruyó a los responsables de los turnos del DPO para hacer periódicamente *debriefings* con otros voluntarios debido al riesgo de traumatización secundaria y *burnout*. Muchos voluntarios del DPO se encontraban por primera vez en una amplia zona de devastación con olor a restos humanos en descomposición y en ocasiones con riesgo de encontrar restos humanos durante el desarrollo de su actividad en la zona cero. Sin embargo, ningún voluntario informó de haber encontrado restos humanos durante su turno. Mientras que los beneficios a largo plazo de la intervención del DPO en la zona cero son difíciles de valorar, los beneficios subjetivos a corto plazo referidos por los agentes de intervención en primera línea son positivos. Esta clase de *debriefing* se recomendó también para los voluntarios del DPO que trabajaban en el FAC.

En el curso de las semanas y meses siguientes, el FAC se trasladó a otras ubicaciones más acogedoras y agradables para los usuarios. El DPO continuó colaborando con muchas agencias gubernamentales y no gubernamentales para proveer de psiquiatras voluntarios que suplieran los recursos de salud mental desde la ARC y el DMH. Además de dotar de psiquiatras voluntarios a muchos hospitales de la zona, el DPO se convirtió en el organismo de coordinación de la respuesta psiquiátrica al desastre del WTC, para la Asociación Psiquiátrica del Estado de Nueva York (New York State Psychiatric Association) y la sección de la Asociación Psiquiátrica Americana para la región de Nueva York (New York County District Branch of the American Psychiatric Association).

El DPO se convirtió en una parte integral de la respuesta global de la ciudad al desastre. Partici-

pó en encuentros habituales con muchas agencias gubernamentales y no gubernamentales para valorar las necesidades continuas de la respuesta en salud mental. Los psiquiatras del DPO dotaron de personal al FAC desde el 12 de septiembre al 28 de diciembre de 2001. Seiscientos cincuenta psiquiatras voluntarios trabajaron 3.650 horas con trescientos cincuenta voluntarios no psiquiatras adicionales, que prestaron ayuda administrativa. El personal clínico incluía psiquiatras infantiles y de adultos, residentes y personal docente voluntario de centros docentes. Muchos psiquiatras eran de fuera de Nueva York, incluyendo Massachusetts, Wisconsin, Missouri, Florida y Oregón.

Los datos clínicos de la participación del DPO no han sido completamente analizados. Una revisión inicial señala que hubo aproximadamente 3.000 encuentros clínicos de todo tipo. De ellos, 900 fueron prolongados, con distintos tipos de intervenciones. El 56% fueron mujeres y el 44% hombres. El 42% de los evaluados recibieron lorazepam y zaleplon, para la ansiedad intensa, con aproximadamente 1.000 tabletas dispensadas de lorazepam (1mg) y zaleplon (10mg). De los 900 contactos clínicos prolongados, aproximadamente 316 fueron diagnosticados de trastorno por estrés agudo, 11 de síntomas de trastorno por estrés posttraumático, 40 de depresión mayor y el resto de trastornos sin especificar que no cumplían plenamente los criterios diagnósticos de ningún trastorno del DSM-IV.

En primavera de 2002, los voluntarios del DPO realizaron un seguimiento telefónico de aproximadamente 600 pacientes de los 3.000 del FAC, de los que existía información disponible. Se contactó con 300 personas, pero muchas se habían mudado, cambiado o desconectado su teléfono. La mitad de los 300, mantenían una angustia significativa y algunos habían requerido derivación a atención ambulatoria. Sin embargo, muchos señalaron la utilidad de la medicación que recibieron en la fase aguda, para ayudarles a asumir sus necesidades básicas lo antes posible. También

señalaron el beneficio de la psicoeducación precoz y el encuentro positivo con el DPO animándoles a buscar ayuda adicional de salud mental.

Durante los seis meses de la intervención del DPO en el desastre del WTC, los voluntarios del DPO ofrecieron asesoramiento a colegios, centros de salud y se ocuparon de la atención a la salud mental después del desastre. Las consultas fueron tanto educativas como clínicas. El DPO también respondió a los ataques con ántrax en el NBC y el ABC, durante octubre de 2001, después de esta fecha el DPO fue designado por el DMH como el primer agente psiquiátrico en el lugar. Finalmente, el DPO participó en la respuesta al accidente aéreo del vuelo AA 587 en su destino a la República Dominicana que tuvo lugar dos días después de que el DPO concluyera su intervención en la zona cero.

Conclusiones.

El DPO continúa participando en el apoyo a la atención a la salud mental en el seguimiento del 11 de septiembre. Este apoyo incluye la presencia de la salud mental en todos los aspectos de la planificación y respuesta al desastre. El DPO sigue desarrollando una red de psiquiatras acreditados en la respuesta por todo el país. Aunque todavía es muy pronto para valorar el impacto global del 11 de septiembre, muchas preocupaciones preliminares han sido identificadas. Es necesaria una mayor conciencia de los aspectos psicológicos relacionados con el desastre, diferenciando lo que es patológico de lo que no lo es. No todos los afectados por el desastre desarrollarán un síndrome de estrés posttraumático. Se necesitan más investigaciones sobre qué intervenciones psiquiátricas específicas pueden ser útiles en la fase aguda del desastre. Estas investigaciones necesitan una orientación clínica para conocer lo que es aplicable por el clínico sobre el terreno. También deben investigarse las formas

de mejorar la organización de la atención a la salud mental en las secuelas del desastre. Esto supone una mayor implicación e interrelación entre la salud mental comunitaria y el manejo del desastre por la comunidad. El establecimiento de redes puede asegurar un mayor nivel de cooperación y colaboración. Estas conexiones pueden, además, conducir a un mayor papel de la salud mental en la preparación y respuesta al desastre. Cada aspecto de la planificación del desastre puede tener implicaciones en salud mental. Por ejemplo, cómo la población se enfrenta a la evacuación, comunicación, ayudas sociales. Finalmente, es necesario integrar las lecciones aprendidas de éste y de todos los desastres pasados y venideros, en la planificación de la salud mental en los desastres. Desgraciadamente, muchas de las implicaciones y preocupaciones derivadas del 11 de septiembre fueron identificadas en investigaciones previas. Aunque cada desastre haga emerger nuevas cuestiones, hay algunos paradigmas básicos que pueden ayudar a mitigar los terribles efectos del desastre, que pueden promover la resiliencia entre los afectados.

Traducción: Ana González Rodríguez

Bibliografía.

- Bowenkamp CD. Community collaboration in disaster: the role of voluntary agencies. *Prehospital Disaster Medicine* 2000; 15:207-8.
- Dynes RR. Coming to terms with community disasters. IQuarantelli EL. (Ed.). *What is a disaster?* London: Routledge Press, , 1998. 109-26.
- Epstein RS, Fullerton CS, Ursano RJ. Posttraumatic stress disorder following an air disaster: a prospective study. *American Journal of Psychiatry* 1998; 155:934-8.
- Foa EB, Hearst-Ikeda D, Perry KJ. Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims.

Journal of Consulting and Clinical Psychology 1995; 63:948-55.

Gregg W/Medley I, Fowler-Dixon R, Curran P et al. Psychological consequences of the Kegworth air disaster. British Journal of Psychiatry 1995; 167: 812-7.

Katz CL, Pellegrino L, Pandya A, Ng A, De Lisi LE. Research on psychiatric outcomes and interventions subsequent to disasters: a review of the literature. Psychiatry Research 2002; 110:201-17.

Lagnado L. Disaster psychiatry volunteers minister to the distraught. Wall Street Journal 2001; September 17:89.

McCaughey BG. US Navy Special Psychiatric Rapid Intervention team (SPRINT). Military Medicine 1997; 152:133-5.

North CS, Hong BA. Project CREST: a new model for mental health intervention after a community disaster. American Journal of Public Health 2000; 90:1057-8.

North CS, Weaver JD, Hong BA. Roles of psychiatrists in multidisciplinary mental health disaster teams. Psychiatric Services 2001; 52(536-537).

Peuler J. Family and community outreach in times of disaster: the Santa Cruz experience. Sowder BJ, Lystad M. (Eds.) . Disasters and mental health. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1986: 251-6.

Sokel RJ. Early mental health intervention in combat situations: The U.S.S. Stark. Military Medicine 1989; 154:407-9.

Ursano RJ, Fullerton CS, Norwood AE. Psychiatric dimensions of disaster: patient care, community consultation, and preventive medicine. Harvard Review of Psychiatry 1995; 3:196-209.

World Health Organization. Psychosocial guidelines for preparedness and intervention in disaster. Geneva: World Health Organization, 1991.