



Atención a la Salud Mental de afectados por el 11 M.

Josefina Mass
Psiquiatra.
Área 3. Madrid

La noticia de que habían estallado varias bombas en distintos tramos del tren de cercanías de Madrid nos sorprendió la mañana del 11 M, cambiando brutalmente las rutinas cotidianas. Después de conocer lo que estaba ocurriendo no se podía continuar el día como si fuera otro cualquiera. La mayoría tuvimos la reacción de ofrecer ayuda, la necesidad de hacer algo que disminuyera la sensación de horror e impotencia con que nos enfrentábamos.

La movilización solidaria fue impresionante, desde la respuesta a la petición de donantes de sangre, tan masiva que colapsó el sistema en poco tiempo hasta la respuesta de los profesionales. Los servicios de urgencia, tanto el SAMUR como el SUMA y el personal de los hospitales, así como los forenses actuaron de manera inmediata y eficaz, para lo que no se dudó en prolongar jornadas más allá de los horarios laborales.

No sólo respondieron de inmediato los dispositivos de urgencia. Las autoridades sanitarias pidieron colaboración voluntaria a los profesionales del sector público para la atención en el momento y en los primeros días y la respuesta fue rápida y, como en otros ámbitos, multitudinaria.

En concreto, desde la mañana del 11M la Oficina de Salud Mental constituyó un equipo de crisis que solicitó que aquellos profesionales de la red que estuvieran dispuestos a actuar fuera de su marco de trabajo habitual enviaran sus datos para llamarles cuando fuera necesario. Se ofrecieron un número importante de personas, con las que se organizaron equipos

para dar apoyo psicológico por turnos, por un lado a quienes esperaban en el IFEMA noticias de sus familiares o amigos desaparecidos y por otro a las que se concentraban en los tanatorios. Estos equipos empezaron a funcionar ya en la mañana del atentado. Por su parte, los profesionales de salud mental de los hospitales se movilizaron para atender psicológicamente a los heridos o familiares que lo necesitaran.

Mientras tanto los medios de comunicación repetían la demanda a voluntarios “mayores de 25 años capaces de ayudar” de que acudieran al IFEMA para apoyar psicológicamente a las personas allí concentradas, lo que provocó una afluencia generosa de personas poco capacitadas para manejarse en las difíciles situaciones que se presentaron, que se sumó a la ya excesiva oferta de profesionales tanto de la red pública como de otras entidades.

IFEMA

En el IFEMA el SAMUR pidió que hubiera una pareja de voluntarios disponibles para atender las necesidades de apoyo psicológico de cada grupo de familiares y un pequeño grupo para reforzar el apoyo en el momento de reconocimiento de cadáveres. La organización fue relativamente complicada, con una oferta enorme de voluntarios de distinta procedencia y cualificación y una concentración de familiares, al menos al principio, muy numerosa. Se intentó organizar un sistema jerarquizado, en el que quedara constancia de qué voluntarios estaban con qué familia, de manera que pudieran irse después de un tiempo y fueran sustituidos



por otros tras contarles lo ocurrido hasta el momento. No todos los voluntarios se incluyeron, probablemente por falta de información, en este sistema y algunos pululaban por entre los familiares sin un cometido claro. En cualquier caso este cometido no estaba en ningún caso bien explicitado, dependiendo en gran parte lo que se hizo de la formación, actitud y saber estar de los voluntarios. Se trataba de una concentración de un gran número de personas, en principio, aunque no siempre, sanas, afrontando una situación anormal, que conllevaba mucha tensión y dolor. Aunque generalmente llegaban allí tras haber descartado las posibilidades de encontrar con vida al ser perdido, y la mayoría esperaba que se les confirmara su temor de que estuviera muerto, en algunos casos esto no fue así y finalmente le encontraron en algún hospital. El clima era de espera, sin gran expresión de emociones, probablemente sabiendo ellos igual que nosotros que determinadas manifestaciones emocionales en un lugar tan cargado de emoción contenida podía dar lugar a un doloroso desbordamiento, difícil de soportar o incluso dañino para muchos de los que estaban allí. La función de los voluntarios fue de acompañamiento, por una parte ayudando a resolver las múltiples cuestiones burocráticas, a moverse por un espacio desconocido, que a los familiares, en su estado, les resultaba difícil o doloroso. Por otra parte fue un estar con ellos, hablar si lo deseaban, permanecer en silencio si era lo que preferían. En algunos casos también atender crisis de ansiedad o desbordamiento emocional individual o de pequeños grupos, buscando sitios más tranquilos, facilitando que pudieran calmarse, expresarse y sentirse escuchados y acogidos, o, en ocasiones dando ansiolíticos. El objetivo era que se creara un clima en el que se pudieran poner en marcha los mecanismos sanos de afrontamiento de la adversidad, evitando reacciones que los dificultaran durante la espera que, a pesar del excelente trabajo de los forenses, se hizo eterna y después, al bajar a reconocer el cadáver (lo que debió hacerse en la mayoría de los casos). Probablemente éste era

el momento más difícil, cuando muchos por fin dieron rienda suelta al dolor, ya en una situación de cierta intimidad. Se pasaba seguidamente a hablar con el personal de los servicios funerarios, cuya amabilidad, calma y capacidad de apoyo, conscientes de lo importante que es decidir qué se va a hacer con el difunto, los rituales tras la muerte, fue fundamental en esos momentos.

Aunque algunas familias rehusaron la compañía de los voluntarios, me resultó sorprendente que la mayoría les aceptara, acogiéndoles y compartiendo lo que estaban viviendo. En general se mostraron agradecidas por el esfuerzo que habían realizado para estar allí con ellos.

Esto contrastaba con nuestra sensación, a veces amarga, de haber tenido tan poco que ofrecer, de nuestro malestar por conductas de compañeros que nos parecían intrusivas o poco respetuosas con el ritmo de las familias y fundamentalmente, de habernos encontrado tan desorganizados, a pesar de los intentos de organización que se hicieron y sin los cuales aquello habría sido un caos.

ATENCIÓN A LA DEMANDA en Alcalá de Henares y Torrejón de Ardoz

Tras la primera intervención inmediatamente después del atentado la demanda se empezó a canalizar hacia los dispositivos habituales de atención a los problemas sanitarios: Centros de Salud, Centros de Salud Mental, Urgencias Hospitalarias.

El corredor del Henares fue la zona más afectada por el atentado terrorista. La demanda en esta zona no fue tanto de heridos graves, que fueron atendidos en los hospitales más próximos a los puntos en que explotaron las bombas, como de lesionados y de afectados psicológicamente. Es a esta zona, concretamente al área 3, Alcalá y Torrejón, a la que voy a referirme a partir de ahora.



HOSPITAL PRÍNCIPE DE ASTURIAS

La urgencia de psiquiatría funcionó sin parar durante los primeros días. Aunque las historias que relataban y los síntomas por los que venían los supervivientes del atentado eran muy similares a las que después se repitieron tantas veces, había alguna diferencia. La fundamental era la carga de angustia por la inmediatez de lo ocurrido. También fue superior la presencia de síntomas disociativos, de personas que llegaban tras vagar sin rumbo. Por nuestra parte, estábamos impresionados por la magnitud de lo ocurrido (la compañera que hizo guardia al día siguiente del atentado había pasado la noche anterior en el IFEMA) y aún no habíamos pensado qué tipo de respuesta íbamos a dar, no estaba claro adonde derivarles ni qué ofrecerles cuando presentaban un malestar elevado.

Centros de Salud Mental (CSM)

Como imaginábamos que ocurriría, el lunes 15 la demanda en los CSM del área, fundamentalmente en Alcalá de Henares, fue muy importante. Desde primera hora empezaron a llegar afectados, en un número que desbordaba los recursos de los servicios.

En aquel momento un grupo de profesionales estábamos preparando la apertura de un nuevo Hospital de Día (HD) para el área, somos un equipo bastante numeroso, no teníamos funciones asistenciales y podíamos posponer el trabajo organizativo dedicándonos a atender a los supervivientes del atentado. Ofrecimos al jefe de área hacerlo, decidiendo con él que nos desplazaríamos a los dos CSM del área, el de Alcalá y el de Torrejón para ayudar a los compañeros de los CSM en las primeras entrevistas de evaluación y apoyo, organizando simultáneamente grupos para afectados. Esto duró, y así se había decidido desde el principio, hasta que llegaron dos semanas después los refuerzos contratados por la Oficina de Salud Mental. Dado el volumen de la demanda, el administrativo del HD se trasladó también al CSM de Alcalá, con la función de centralizar las derivaciones a grupo que se

hicieran desde cualquiera de los CSM o desde la urgencia hospitalaria.

La decisión de reforzar los recursos normalizados contratando psicólogos y psiquiatras en las áreas más afectadas, en lugar de crear otros paralelos, ha sido muy bien acogida. Integrados en los servicios de las áreas más golpeadas por el atentado, se han repartido con los profesionales que trabajaban en éstos tanto a la consulta habitual como la atención a los afectados, permitiendo dar una respuesta rápida y adecuada a sus demandas dentro de la estructura de atención sanitaria que utilizan generalmente. Pero ha habido dos cuestiones que han alterado este buen funcionamiento:

La primera es que hubiera sido deseable que los médicos de atención primaria tuvieran un papel preponderante, la población afectada era una población a su cargo y ellos juegan un papel fundamental en la detección de problemas y en los cuidados a medio y largo plazo. Así se entendió en la gerencia de Atención Primaria del área, desde donde se distribuyeron guías de actuación, con la idea de dar una atención dentro de los cauces sanitarios habituales. Pero cuando se puso en marcha atención telefónica (durante un tiempo recortado, para responder al primer impacto) una orden de la Oficina de Salud Mental eliminó el paso por Atención Primaria para algunas demandas psicológicas de los afectados, con lo que no sólo se quitaba un filtro importante y se hacía llegar a Salud Mental a personas que hubieran podido disminuir su malestar con la intervención de su médico de atención primaria, sino que se pasaba a éstos a segundo plano en un proceso que puede interferir de distintas maneras con la salud.

Por otra parte, como muchos de los viajeros de los trenes de las 7 de la mañana iban a trabajar, el resultado del atentado se ha considerado accidente laboral, y han sido atendidos en las mutuas y, en ocasiones, también en la red de Salud Mental, con intervenciones no coordinadas y a veces incongruentes.



Volviendo a la atención especializada en el área 3, se han atendido hasta ahora 380 supervivientes, (listado de datos de distribución de pacientes del 4 de junio). Durante los primeros 15 días se atendieron 152 personas relacionadas con el atentado. Se derivaron a grupo 76, de los que han acudido y han participado en los grupos 45 (aproximadamente el 60% de los derivados).

PRIMEROS GRUPOS DE APOYO

Los grupos no empezaron hasta el 18/3/04, una semana después del atentado. Había pasado ya mucho tiempo para hacer grupos de debriefing (indicados durante las primeras 24–48 horas) por lo que decidimos grupos de apoyo (no de terapia, se trataba de personas sanas) de 3 sesiones como media, aunque con flexibilidad para cada grupo, citando de 8 a 10 personas a cada uno, con una duración de 1.5 hs cada sesión con intervalo entre sesiones de 3–4 días. Los grupos terminarían con un viaje en tren para quienes no pudieran exponerse a él solos, y con una evaluación de las necesidades de tratamiento a más largo plazo, que en caso de ser preciso realizarían los profesionales del CSM. Un mes después de terminar el grupo se ofrecería una sesión de seguimiento de la evolución. Por cuestiones de infraestructura se decidió hacer estos grupos en el local del Hospital de Día.

Fue difícil organizar estos primeros grupos, con una cierta prisa por empezar, con derivantes múltiples y no totalmente coordinados y con una infraestructura escasa, por lo que, con la idea de dar respuesta lo antes posible, decidimos unos criterios mínimos de inclusión en cada grupo:

1. En primer lugar que existiera motivación para acudir a un grupo de estas características.
2. En segundo, que tuvieran un grado de afectación que lo hiciera recomendable, que

estuvieran teniendo síntomas que interfirieran de manera importante con su vida cotidiana.

3. En tercero, que hubieran tenido una experiencia similar; haber sufrido de una u otra manera el atentado directamente, siendo testigos de lo ocurrido. Diferenciamos los que estuvieron pero no vieron lo que había pasado, como ocurrió con los que estaban en la escalera y no miraron atrás, no teniendo por tanto imágenes de lo ocurrido, para evitar retraumatizar.

En los casos en que, por las características de su experiencia, no podían entrar en ninguno de los grupos y en aquellos, poco frecuentes, que no querían participar en ellos, pero estaba indicada la intervención, se les ofrecieron algunas sesiones individuales de EMDR o de técnicas de relajación.

4. Excluimos a quienes tuvieran otras alteraciones psicopatológicas que fuera necesario atender. En determinados casos el atentado era lo que llevaba a decidirse para pedir ayuda por problemas que llevaban años acumulándose, como fue el caso de una mujer deprimida, que refería pérdidas desde una edad muy temprana, sufría malos tratos por parte de su marido y tenía un hermano que estaba muriendo sin que pudiera ir a verle.
5. Por otra parte estaban los familiares de fallecidos, que en su mayoría rehusó la intervención grupal, al menos en estos primeros momentos

La experiencia de coordinar estos grupos ha sido, a pesar de su dureza, muy satisfactoria, al haber podido acompañar y acelerar el proceso de puesta en marcha de recursos para afrontar la experiencia traumática a unas personas que, sometidas a una situación extrema, estaban dispuestas a compartir con sus compañeros cuestiones que normalmente pertenecen al mundo más íntimo, que buscaban recursos en ellos y



en su entorno para retomar su vida cotidiana, que se replanteaban sus prioridades.

Aunque no hay una historia única de los grupos diferentes tanto por su composición como por sus dinámicas (en estos primeros 15 días iniciamos 9), sí hay elementos comunes entre ellos.

La primera sesión se inició con las presentaciones de los coordinadores y de los miembros del grupo, y se informó sobre cuales eran los objetivos, normas, duración del grupo, en qué iba a consistir.

La presentación de los miembros del grupo incluía donde estaban en el momento del atentado, que hacían allí, adonde iban, si era su viaje habitual al trabajo, a estudiar... o si por el contrario era algo excepcional.

La mayoría hacían el viaje de manera cotidiana, con frecuencia en el mismo vagón, o incluso en el mismo asiento, por lo que muchos conocían a sus compañeros de trayecto desde hacía tiempo. En algunos casos ese día cambiaron de lugar; lo que les acercó o alejó del punto donde estalló la bomba, eran habituales frases como “cambié de sitio siguiendo a unas chicas”, “noté inquietud y busqué otro sitio”... además de los que se durmieron, olvidaron algo y se retrasaron. Unos le daban a esto un valor mágico, la mayoría lo relacionaba con su sensación de fragilidad, de estar vivos sólo por una sucesión de casualidades.

En general contaban que iban tranquilos, adormilados o leyendo, realizando un viaje que era para ellos una rutina cotidiana.

A partir de entonces se fueron tocando varios temas, en un orden más o menos similar, temas que queríamos que se abordaran, que en ocasiones tuvimos que proponer pero que con frecuencia ellos mismos fueron iniciando. Nuestras intervenciones se limitaban a asegurar que estas cuestiones fueran saliendo, que se sintieran tranquilos y a gusto para compartir sus experiencias, que en lo posible el ambiente

fuera seguro y de apoyo mutuo, tranquilizando y entendiendo lo que les estaba pasando como algo normal tras una experiencia tan dura.

El primer tema, tras las presentaciones era el relato de lo ocurrido, no tanto de los hechos como de los recuerdos más significativos de lo que había sucedido, para pasar después a su experiencia, a cómo reaccionaron: pensamientos, sensaciones, emociones, qué hicieron...

Aquí la historia se convierte en una sola con diferentes voces, diferentes detalles.

En general se eludían las cuestiones escabrosas: Han hablado de cómo escucharon la explosión y sintieron un golpe o un calambre, del silencio, la gente quieta, callada, las luces apagadas, el humo que empezaba a extenderse, algunos pensaron en un problema técnico o en que se había caído la catenaria, o una explosión, pocos en una bomba, sin embargo intuyeron: se oyó a alguien gritar h. de p., otro cuenta cómo se sorprendió sintiendo odio hacia un árabe sentado enfrente...

Los estados de disociación fueron muy frecuentes. Muchos coincidieron relatando momentos de disociación entre el cuerpo y la mente “la cabeza por un lado y el cuerpo por otro”.

Una reacción muy repetida fue quedarse quieto, mirando sin actuar, unos con la mente en blanco, otros pensando claramente lo que debían hacer pero paralizados, sin poder ayudar ni ponerse a salvo... donde hubo una segunda explosión fue frecuente (al menos entre los miembros del grupo, supervivientes) que este impacto les hiciera reaccionar, en otros casos la señal para salir de la parálisis vino de familiares a los que telefonaron de manera casi automática, o la llegada de servicios de emergencia o la policía gritando que todos los que pudieran moverse se fueran, se pusieran a salvo del riesgo de nuevas explosiones.

También fue frecuente la reacción de huir, de salir sin rumbo, deambulando, o continuar su



viaje como si nada hubiera pasado, yendo al trabajo, a veces buscando el apoyo de los compañeros. Algunos volvieron a buscar objetos olvidados, es entonces cuando vieron las escenas de muertos y heridos, estos, en general intentaron ayudar, lo que después les ha ayudado a ellos a construir una buena imagen de sí mismos y a superar el trauma a pesar de la brutalidad de lo que encontraron. Refieren historias como estas: “volví a por mi mochila, al lado había una mujer gorda, al menos 100 Kg., dudé un poco, enseguida decidí cogerla a ella, salí corriendo, no sé como pude llevarla, debí recoger también la mochila porque la tengo en casa”, “quise recuperar mis gafas y volví, me encontré con un montón de gente por el suelo, desvanecidos o muertos, yo podía ser uno de ellos”.

Para escapar del peligro realizaron hazañas de las que con frecuencia nunca se creyeron capaces: “salté por la ventana del tren sin pensar en las consecuencias”, “trepé un muro enorme”. En general hablaban más de la ayuda que recibieron de otros en la huida que de las escenas de pánico, en las que se pisaron unos a otros sin saber si estaban vivos o muertos, quizás aplastándose, esto lo cuentan raramente.

Algunos expresaban que había cosas que no podían contar, aún no se sentían capaces, que quizás algún día pudieran, pero aún no. Probablemente no sea necesario contar todo, aunque se comparta socialmente el mito de que esto es positivo.

Recordaban el olor a quemado, a carne quemada, el humo que se extendía, la sangre esparciéndose, los heridos, las súplicas, las despedidas, sobre todo los ojos con la mirada perdida... algunas imágenes se repetían, fundamentalmente una mujer muerta en la vía, un chico muerto con cazadora vaquera. Y el ruido “el estruendo y los sollozos”... y los móviles sonando sin que nadie respondiera

Salieron a la calle, solos, muchos en zonas que no conocían en absoluto, después fueron andando, o en autobuses, algunos cogieron el

metro en Atocha, otros esperaron que les recogieran... es común la distorsión del tiempo, que se hizo larguísimo. Y la sensación de vulnerabilidad, de soledad. Los móviles ya no funcionaban.

Los extranjeros sin papeles unían a la sensación de peligro por lo ocurrido el temor a que la policía les detuviera.

Por último en esta primera sesión, o en la siguiente si en esta no daba tiempo, se abordaba la cuestión de cómo estaban, que había pasado después, problemas y síntomas que pudieran tener.

Coincidían en muchos síntomas, aunque la situación general era diferente de unos a otros, con diferencias en el tipo de problemas, también en su intensidad y en como se toleraban. Al contarlos iba aumentando el fenómeno de universalidad, que les tranquilizaba. Dormían mal, con pesadillas, tenían dificultad para seguir una conversación, estaban despistados, se olvidaban de las cosas, buscaban estar solos, con frecuencia ensimismados reviviendo lo ocurrido, tenían recuerdos intrusivos o imágenes que volvían con fuerza, unidas a emoción intensa, reviviendo sensaciones fundamentalmente auditivas, visuales y cenestésicas. Se sobresaltaban con facilidad, estaban sensibles, con tendencia al llanto, se sentían distanciados del entorno, tenían molestias somáticas, la vida había cambiado, la sensación del tiempo también, como si antes hubiera sido otra vida, ya distante, hablaban de un “segundo nacimiento”. Notaban mucha tensión muscular, que llegaba a ser dolorosa. Tenían miedo, pánico, a coger el tren, aunque algunos no hubieran dejado de hacerlo. Predominaban los sentimientos de vulnerabilidad, de impotencia, también de rabia, de odio. Se sentían irritables. Algunos expresaban resentimiento, esto era más habitual en extranjeros sin papeles cuya situación en España ya es muy difícil y les dificulta utilizar los recursos de ayuda, ya que para hacerlo deben dejar de trabajar y ganar el sueldo que les permite sobrevivir. Fue especialmente llamativo y difícil de manejar para el coordinador en un



grupo de rumanos que no hablaba castellano, para el que se contó con un traductor.

Después se pasaba a comentar cómo les había influido la experiencia del atentado en su idea de ellos mismos. En general eran muy críticos. Aunque algunos consideraban previsible su reacción y la admitían sin cuestionarse “lo que me admira es que pudiera irme y no me desmayara” la mayoría estaba asombrada por su reacción, no entendiendo porqué se habían quedado paralizados, cuestionándose porque se creían más solidarios y criticando haberse ido sin ayudar a nadie. Predominaba la culpabilidad por no haber ayudado “teniendo mis manos y mis piernas y mis cinco sentidos”. Aunque es una reacción habitual tras catástrofes, creo que en muchos casos estaba exacerbada por los medios de comunicación, que exaltaron a los “héroes” que se quedaron a ayudar a los más afectados, sin cuestionar en ningún momento la pertinencia de esta conducta, contra la que tuvieron que movilizarse los servicios de emergencia cuando llegaron, conscientes del riesgo de permanecer allí.

La siguiente cuestión a tratar era cómo había influido lo ocurrido en su idea del mundo, de los demás... Hablaban de cómo el mundo, que en general consideraban seguro y fiable se había convertido en peligroso, incontrolable, no previsible. La desconfianza de los demás era algo compartido: “lo peor es pensar que alguien entró, me vio, dejó la bomba...”, “ir (ahora) mirando por todas partes, controlando”.

Estaban (y estábamos) impactados por una experiencia de maldad/destrucción/falta de respeto a la vida humana tan cercana. En general era algo nuevo, que no se podía pensar, que no reconocían. A pesar de que, como algunos decían, “hay terror y guerra en tantos lugares, lo veíamos en la tele, pero al vivirlo tan cerca cambia”.

Poco a poco, cuando se empezó a conocer más sobre los autores del atentado, apa-

recieron entre miembros de los grupos, como en la población general, ciertas actitudes de rechazo, temor o disgusto ante los árabes. Algunos españoles expresaban, a veces, estar incómodos por tener estos sentimientos de miedo y rechazo a los árabes, desconfianza hacia ellos. Por su parte los marroquíes empezaron a referir que estaban sufriendo rechazo por cuestiones racistas, a una mujer la echaron inmediatamente de su trabajo, todos notaban comentarios desagradables o miradas hostiles a su alrededor. Muchos de sus hijos sufrieron insultos por parte de compañeros de clase.

En general soportaban la compañía de poca gente, la más cercana. Ambivalentes ante las llamadas de los amigos y conocidos, resultaba agotador, pero si no llamaran lo sentirían. Conciencia de tener más gente de la que pensaban. Pero también hartos de preguntas torpes, de lo que consideraban cotilla, morboso, intrusivo.

En muchos casos cuidaban a familiares y amigos, para que no lo pasaran mal no les contaban mucho, agradecían su solicitud aunque a veces les molestaba su exagerada preocupación, su ansiedad, su exceso de consejos. Muchos emigrantes estaban solos, sin su familia, con la que eran especialmente protectores, cuando hablaban por teléfono, disimulaban, intentando minimizar lo ocurrido y su impacto para no preocuparles, hasta el punto de decirles que no iban en el tren.

Por último se trataba la cuestión de cómo el haber sido supervivientes del atentado había influido en su actividad diaria, si tenían problemas laborales. En esto había una diferencia enorme entre los trabajadores en situación regular y los emigrantes sin papeles, que no podían faltar a sus trabajos porque viven en una situación de precariedad y dependen de lo que ganan cada día y aunque algunos estaban contentos porque les habían asegurado que no las echarían por faltar algún día.



Los primeros trabajaban o no según como se encontraran, en función de su decisión, la recomendación de su médico y sus problemas a otros niveles, sobre todo auditivo. La actitud general era de querer normalizar sus vidas, volver al trabajo, los que no se veían capaces lo consideraban un problema y los que habían podido volver agradecían tener la mente ocupada en otras cosas, así como el apoyo de los compañeros.

La tendencia era a expresar enseguida mejoría, con una evolución muy rápida. Seguían teniendo síntomas pero estaban más tranquilos, más animados, más capaces de afrontar las cosas, con un cambio de actitud y de aspecto físico, más arreglados, con más energía.

Con mucha frecuencia en las siguientes sesiones hablaban de cómo estaban reconociendo las cosas que les importaban, lo que valoraban, expresando más lo que querían y cómo amaban a los suyos.

Surgían cuestiones de su biografía personal más o menos traumáticas que se habían revivido con el atentado. Ocurría con los españoles pero era más marcado con extranjeros, que, en ocasiones, vinieron a España escapando de situaciones traumáticas

En la tercera y en general última sesión se hizo una evaluación de la necesidad de intervenciones posteriores, ofreciéndose acompañarles a hacer un viaje en tren con coordinadores del grupo, especialmente a los que no se hubieran atrevido a hacerlo solos, aunque también a los que habiéndolo hecho ya, quisieran ir con sus compañeros apoyándoles. Algunos que al terminar el grupo aún se sentían muy tensos pero sin indicación de tratamiento posterior con otro profesional en el CSM tuvieron después del grupo alguna sesión de entrenamiento en relajación o, aprovechando que un miembro del equipo es experta en shiatsu, tratamiento con este tipo de masajes. Hubo pocos casos en que se valoró la necesidad de terapia a medio plazo, en todos esta se había iniciado ya en la mutua por lo que no se derivaron al CSM.

En la mayoría de los grupos se estableció desde la primera sesión una gran cohesión, y expresaron al finalizar su alivio por haber podido compartir sus experiencias con compañeros que les entendían por haber vivido situaciones similares y al escuchar que otros estaban pasando por las mismas dificultades.

Además de la universalidad, expresaron que les había ayudado el haber podido ayudar en el grupo a otros, reparando, al menos en parte, el no haber podido hacerlo en el tren.

El viaje en tren con el grupo fue una parte importante de la intervención. Aunque las reacciones no fueron catastróficas, a diferencia de lo que al principio nos temíamos, sí que hubo, en general, experiencias intensas al volver a pasar por los lugares en los que habían explotado las bombas, con tendencia a compartirlo con los demás. Sólo una chica, que apenas expresó emociones en el trayecto, comentó después que tras él se había sentido peor.

Se dio una cita para evaluación en un mes, a la que han acudido en una proporción muy alta o han llamado para disculparse, si no han venido hemos contactado con ellos. En general se mantenía la mejoría alcanzada.

ATENCIÓN A LA DEMANDA TRAS LA INCORPORACIÓN DE PROFESIONALES DE REFUERZO.

En este segundo momento ya no hemos participado activamente, por lo que sólo daré algunas pinceladas de lo que ha ido ocurriendo.

Desde la llegada de los profesionales de refuerzo hasta el 4 de junio, fecha del último listado de distribución de pacientes, se han atendido en Alcalá y Torrejón 228 demandas relacionadas con el atentado. La situación de estas personas es muy parecida a la de los que vinieron al principio, pero ha pasado más tiempo. Los compañeros que ahora les atienden



comentan que es como si hubiera quedado todo detenido, esperando a que se resolviera por sí mismo y en los casos en que esto no ha ocurrido han ido acudiendo a salud mental. No ha sido así para los que participaron en grupos. Sólo dos de los afectados atendidos en los que se organizaron en el hospital de día ha vuelto a pedir cita en el CSM.

Apenas han llegado niños, a diferencia de lo que está ocurriendo en otras áreas sanitarias como Vallecas, sin que se puedan tener más que hipótesis sobre si esto se debe a que realmente haya menos problemas (lo que no parece probable dado que el número de adultos heridos o muertos fue superior), o a trabas en el acceso a la atención, ya sea por la organización del sistema educativo, que aquí juega un rol importante, como por fallos en el sistema sanitario.

Se han seguido haciendo grupos de apoyo, con un encuadre y funcionamiento similares a los primeros y con unos resultados, al menos a corto plazo, también satisfactorios.

Sigue sin haber suficientes familiares de fallecidos interesados en participar en una actividad grupal por lo que aún no se ha iniciado ninguna en el . Es probable que hayan llegado a atención especializada pocos familiares de fallecidos, podemos suponer que porque en muchos casos no hayan considerado pertinen-

te pedir ayuda a profesionales para resolver su duelo. Algunos están acudiendo a grupos organizados por vecinos en una asociación de Santa Eugenia, otro de los barrios afectados.

Están empezando a llegar a los CSM, aunque aún en un número muy escaso, heridos críticos. En un primer momento recibieron apoyo psicológico y después han estado ocupados fundamentalmente en su recuperación somática, a veces atendidos en hospitales de otras áreas, donde ya se les ha recomendado contactar con Salud Mental cuando mejoraran lo suficiente físicamente como para poder hacerlo.

No se ha hecho ningún seguimiento de los heridos, por lo que no sabemos como han ido evolucionando desde el punto de vista psíquico en estos meses. Conocíamos la importancia del seguimiento y oferta de ayuda a heridos, pero no se ha hecho, al menos de manera sistematizada. Los médicos de atención primaria tienen la llave de acceso a estos pacientes, que poco a poco irán volviendo a sus consultas al acabar los tratamientos en especialidades o en las mutuas, ellos son quienes primero podrán ayudarles en la detección y manejo (ya sea directamente en atención primaria ya derivando cuando lo consideren preciso) de problemas psicológicos que relacionados con la experiencia traumática y del duelo por las pérdidas físicas cuando queden secuelas definitivas.

