

MANUAL DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y SOCIAL EN VICTIMAS DE TERRORISMO

11-M

AUTORES

**Ana Zapardiel Fernández
Syrá Balanzat Alonso**

COLABORADORES

**Cristina Halffter Azcoiti
Iñigo Molero Manglano**

ISBN: 978-84-613-2990-8

TITULO
MANUAL DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y SOCIAL EN VÍCTIMAS DE
TERRORISMO: 11-M

AUTORES
ANA ZAPARDIEL FERNANDEZ. TRABAJADORA SOCIAL
SYRA BALANZAT ALONSO. PSICÓLOGA

COLABORADORES
CRISTINA HALFFTER AZCOITI
IÑIGO MOLERO MANGLANO

ESPAÑA, MADRID
2009

ÍNDICE

Prólogo	6
1. Introducción	14
2. Conceptualización de la situación del atentado	19
2.1. Perspectiva de la Salud Mental	19
2.2. Tipos de desastres	20
2.3. Desastes y catástrofes	21
2.4. Víctimas o damnificados	22
3. Qué se hizo en el 11-M	24
3.1. Teorías acerca de la intervención global del desastre	24
3.2. Cómo organizarse.	26
3.3. Características de la intervención.	29
3.4. Reacciones de profesionales y voluntarios en desastres.	31
3.5. Actuaciones en el 11-M	32
3.5.1. Primera Fase	32
3.5.2. Segunda Fase	41
4. Organismos de ayuda a las víctimas y familiares del 11-M.	48
4.1 Oficina municipal de atención a las víctimas	48
4.2 Alto Comisionado	50
4.3 Oficina judicial de atención a las víctimas	54
4.4 Confederación de cajas de ahorro. CECA	56
4.5 Ministerio del interior	59

5. Organización de asociaciones de víctimas de terrorismo. AAV11-M	61
5.1 Área específica de primera atención a la víctima	63
5.2 Área de trabajo social	64
5.3 Área de atención psicológica	69
5.4 Área de comunicación y sensibilización	70
6. Descripción de la sintomatología presentada después de un atentado terrorista	78
6.1. Víctimas directas	78
6.1.1 Desarrollo del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)	78
6.1.2 Trastornos asociados al TEPT	83
6.1.2.1 Estudio Universidad Complutense de Madrid	90
6.1.3 Factores facilitadores y de protección en el TEPT	92
6.1.4 Mantenimiento del TEPT a largo plazo	93
6.1.4.1 Situaciones estresantes	94
6.1.4.2 Lesiones y secuelas	98
6.1.4 Efectos neurobiológicos del TEPT	100
6.2 Familiares de fallecidos	103
6.2.1 Cuadro clínico del duelo	103
6.2.2 Diagnóstico de trastorno depresivo mayor	104
6.2.3 Etapas del duelo	105
6.2.4 Tipos de duelo complicado	106
6.3 Familiares de víctimas directas	109
6.3.1 Secuelas psico-físicas	110

7. Tipos de Intervención desde la Asociación de ayuda a las víctimas del 11-M	114
7.1. Intervención social	114
7.1.1 Orientación, información, asesoramiento y acompañamiento	116
7.1.2. Apoyo a la formación reinserción socio-laboral	123
7.2. Intervención psicológica a medio – largo plazo	137
7.2.1. Víctimas directas	137
7.2.1.1.Exploración y resultados estadísticos	137
- Análisis estadístico de criterios diagnósticos para TEPT	144
- Cuestionarios e inventarios aplicados	149
7.2.1.2. Intervención psicológica en victimas directas	156
7.2.2. Familiares de fallecidos	162
7.2.2.1 Exploración y resultados estadísticos	162
7.2.2.2 Intervención psicológica	164
7.2.3. Familiares de víctimas directas	167
7.2.3.1 Exploración y análisis estadísticos	171
7.2.3.2 Intervención psicológica	175
- Primeras sesiones	175
- Técnicas de habilidades del terapeuta	182
- Técnicas específicas	184
7.2.4. Evaluación postratamiento global.	188
8. Intervenciones grupales	193
8.1 Teorías a cerca del grupo	193
8.2 Talleres grupales	195
8.2.1 Taller: Aprendiendo a controlar nuestras emociones y reducir el malestar psicológico	196
8.2.2 Taller para familiares de víctimas directas	199
8.2.3 Taller de habilidades Sociales en niños	201

9. Proceso judicial por los atentados de 11 de Marzo	207
9.1 Actividades realizadas	208
9.1.1 Taller grupal de Preparación Psicológica Previa al Juicio	208
9.1.2 Intervención Psicológica Durante el Juicio	219
9.1.3 Intervención Psicológica Después del Juicio	220
10. Medios de comunicación	228
11. Prevención	232
11.1 Prevención antes del atentado	232
11.2 Prevención Después del atentado.	233
11.2.1. Manual de orientación para el manejo de situaciones de crisis en víctimas de terrorismo ante la utilización de medios de transporte	233
11.2.2. Pautas para los medios de comunicación durante las entrevistas a las víctimas de terrorismo	238
12. Bibliografía	239
Anexos.	247
Anexo 1..... Estudio 18 meses después de los atentados	
Anexo 2..... Estudio 36 meses después de los atentados	
Anexo 3..... Normativa básica estatal y autonómica	

PRÓLOGO

7.39: Se producen cuatro explosiones consecutivas en un tren de cercanías que estaba a punto de entrar en la estación de Atocha (Madrid) en plena hora punta. De forma prácticamente simultánea, otra deflagración sacude un convoy en la estación de Santa Eugenia, en el barrio de Vallecas; y una cuarta acción en las instalaciones de Renfe en El Pozo. Las primeras informaciones apuntan a que en los tres lugares reina el caos y la destrucción. Los vecinos de las zonas atacadas se vuelcan en ayudar a los heridos.

8.00: Los atentados han obligado a cortar calles, la líneas 1 y 9 del Metro, el servicio ferroviario de viajeros y otras instalaciones afectadas de una u otra forma por las explosiones. Se ha provocado un tremendo caos circulatorio en las calles y en los accesos a la ciudad. Las autoridades han recomendado calma a los ciudadanos. Los heridos son trasladados a los hospitales Clínico, Doce de Octubre y La Princesa y se recomienda a los heridos leves acudir a centros del extrarradio para no colapsar los más cercanos a la catástrofe.

8.43: Ante la avalancha de heridos, el Ayuntamiento de Madrid monta un hospital de campaña en el polideportivo Daoiz y Velarde (distrito Retiro), frente al tren que se dirigía a Atocha y que ha sufrido el atentado.

9.25: La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid hace un llamamiento a los madrileños para que donen sangre.

9.28 Samur-Protección Civil despliega un hospital de campaña en las cercanías de la estación de Santa Eugenia.

9.52: Fuentes del Ministerio del Interior informan que hay 62 muertos: 29 de ellos en la estación de Atocha, 18 en El Pozo y 15 en Santa Eugenia.

9.45: *Los técnicos del Cuerpo Nacional de Policía en desactivación de explosivos (Tedax) examinan un Ford Fiesta de color rojo estacionado en una gasolinera Repsol*

cercana a la estación de Atocha. También se amplía el cordón de seguridad unos 100 metros en torno a la estación debido a esta nueva sospecha y que el tráfico se ha desviado por calles adyacentes.

9.55: *Se reanuda el servicio Renfe en Chamartín en las líneas del norte (El Escorial, Villalba, Colmenar Viejo y Alcobendas).*

10.00: *Desalojada la estación de Renfe de Guadalajara por precaución.*

10.03: *La Generalitat envía 500 bolsas de sangre a Madrid.*

10.13: *Los artificieros hacen estallar de forma controlada una mochila abandonada en las inmediaciones de la estación de Atocha.*

10.17: *Cientos de madrileños acuden a donar sangre a las unidades móviles situadas en la Puerta del Sol, la Plaza de Castilla, la plaza de Manuel Becerra y al Centro de Transfusiones de Valdebernardo.*

10.21: *En los centros del Clínico, 12 de Octubre y Gregorio Marañón se atienden a cerca de 350 heridos.*

10.30: *Datos facilitados a la Audiencia Nacional cifran en 125 personas los fallecidos en los atentados. Fuentes del alto tribunal explican que existen problemas para contabilizar el número de víctimas mortales porque muchos de ellos están atrapados en los vagones afectados.*

10.32: *Renfe vuelve a suspender todo el servicio de transporte de Cercanías de Madrid, tanto los que tienen como origen o destino Atocha como los que finalizan recorrido o*

10.43: Telefónica advierte de que la red de telefonía móvil en Madrid está colapsada. Se habla de que la policía está haciendo barridos de frecuencia.

10.50: El SUMA evacúa a 33 heridos de la estación de Atocha, nueve de ellos muy graves.

10.59: Alrededor de 250 heridos han sido trasladados al hospital Gregorio Marañón, uno de los más próximos a los lugares de la cadena de explosiones.

11:03 Sanidad pide a los madrileños que dejen de donar sangre "porque ya hay suficiente" para los, al menos 350 heridos, y que lo sigan haciendo mañana y pasado.

11.20: Los fallecidos serán trasladados al Pabellón Sexto de Ifema (la feria de muestras de Madrid), situada en el Parque Juan Carlos I. Este recinto de 10.600 metros cuadrados servirá de tanatorio.

11.22: Las bombas iban en bolsas a modo de equipaje dentro de los vagones.

11:29: El Barcelona pide a UEFA la suspensión de partido en Glasgow, que finalmente se jugará. El mundo del deporte español en pleno manifiesta su condena.

11.45: Las unidades antiterroristas buscan a dos individuos que entre las 7 y las 7.10 subieron y bajaron de varios trenes en la estación de Alcalá de Henares. Se sospecha que fueron los que colocaron mochilas con los artefactos explosivos.

11.54: El Ayuntamiento Madrid señala que hay 131 muertos y más de 400 heridos. El consistorio suspende todas las actividades culturales y decreta tres días de luto.

11.55: El hospital de campaña instalado en el polideportivo Daoiz y Velarde, en las inmediaciones de la estación de Atocha, queda desmontado.

Los heridos leves son enviados a sus casas para evitar el colapso de los hospitales.

12.00: El Hospital Clínico atiende a 61 heridos, de ellos cinco graves. Y el Hospital Central de la Defensa, a 50.

12.10: Los principales partidos dan por concluida la campaña electoral para el 14-M.

12.25: Nuevos datos: El Samur informa de 131 muertos y 400 heridos en atentados.

12.35: Empiezan a llegar los primeros cadáveres al Pabellón Sexto de Ifema. En el recinto se ha habilitado una sala para los familiares.

12.38: La Bolsa española cede un 1,78%, conmocionada por los atentados más graves sufridos en la historia de España.

12.45: El delegado del Gobierno en Madrid, Francisco Javier Ansuátegui, coordina un grupo de crisis para el levantamiento de cadáveres.

13.00: Nuevos datos: el portavoz de Protección Ciudadana, Diego Lechuga, confirma que son ya 173 muertos y 711 heridos. Más de cien mil madrileños se concentran ante los ayuntamientos de la región para guardar cinco minutos de silencio. Los periódicos nacionales, lanzan ediciones especiales, mientras las televisiones alteran su programación. Las llamadas al 112 se incrementaron un 150.000% de 8.00 a 13.00 horas (8.500 llamadas).

13.06: Todos los servicios de Renfe de Madrid están suspendidos.

13.14 Los primeros familiares comienzan a llegar al Pabellón Sexto de Ifema.

13.20: Datos oficiales de fallecidos en la estación de El Pozo: 67 adultos, 26 mujeres y 41 hombres.

14.00: Decenas de miles de ciudadanos se concentran en toda España. El consejero madrileño de Sanidad, Manuel Lamela, fija en 898 el número de personas heridas de diversa consideración que han sido atendidas.

14.30: Los terroristas colocaron los artefactos en cuatro trenes. Cada bolsa o mochila tenía entre 13 y 15 kilos de Titadyne.

15.00: A esta hora, la cifra oficial de muertos asciende a 186, y los últimos datos conocidos hablan de más de mil heridos. El jefe de Bomberos de la Comunidad de Madrid, Juan Redondo, dice hoy que la situación "es imposible de describir" y que "esto sólo se puede ver en una guerra o en un genocidio".

15.12: La reina doña Sofía, el príncipe Felipe y su prometida, Letizia Ortiz, visitan a los heridos en el Gregorio Marañón y el Doce de Octubre. Entre ambos hospitales, se ha atendido a más de 500 heridos. Miles de actos culturales se cancelan en todo el país, mientras universidades, centros de primaria y secundaria en toda España suspenden sus clases.

15.15: La cifra de muertos asciende a 186 y la de heridos superaba los mil, según los datos recogidos por los equipos judiciales.

15.35: Las 71 familias que permanecían desalojadas de sus viviendas en un edificio colindante a la estación de Santa Eugenia vuelven a sus casas.

15.45: Los equipos judiciales afirman que los terroristas pretendían hacer coincidir la explosión de los artefactos colocados en dos trenes a su llegada a Atocha, lo que hubiera provocado la voladura del recinto.

15.57: Psicólogos de Cruz Roja, Samur, Protección Civil, Renfe y voluntarios atienden en Ifema a 150 familiares de posibles víctimas. Los cadáveres que ya han llegado están sin identificar, unas labores a las que se dedica un equipo de 70 forenses.

La Audiencia Nacional calcula que en tres horas se podrá haber concluido el levantamiento de los cadáveres.

16.10: El Ministerio del Interior cuelga en su página (<http://www.mir.es>) un listado con las identidades de casi 500 heridos trasladados a los hospitales de la comunidad. Las banderas de la OTAN, la CE, el Consejo y el Parlamento Europeo, ondean a media asta en señal de duelo. Ciudadanos británicos colocan flores ante la Embajada de España en Londres.

16.30: Todas las plazas europeas caen. El índice Euro Stoxx 50, que agrupa a los 50 valores más importantes de la zona euro, se depreciaba a un 2,6%. Madrid caía un 2,1%, Londres se depreciaba un 1,9 y París, lo hacía un 2,7%.

16.35: Interior cifra en 182 las personas fallecidas, cuatro de ellas tras ingresar en el hospital.

17.00: La Consejería de Sanidad afirma que las necesidades sanitarias de Madrid están cubiertas y no se precisa la colaboración de voluntarios. Los cines de la comunidad de Madrid y los teatros cerrarán sus puertas hoy.

17.20: Los sindicatos UGT, CC OO y la patronal CEOE convocan un paro de 15 minutos mañana a mediodía ante los centros de trabajo.

17.41: Renfe transporta por carretera a los casi 3.000 pasajeros de los 16 trenes de AVE, Talgo, regionales y largo recorrido que realizan trayectos entre Madrid y la comunidad andaluza, que se encontraban circulando y que tuvieron que ser detenidos.

17.50: Fuentes del Tribunal Superior de Justicia de Madrid informan de que dos de los juzgados de instrucción se dedicarán a partir de mañana en exclusiva a atender los trámites legales necesarios para la inhumación de los cadáveres. El servicio de emergencias 112 publicará listados con los nombres de los fallecidos a medida que

vayan siendo identificados.

17.55: El ministro de Defensa, Federico Trillo, informa de que 31 personas siguen ingresadas en el Hospital Central de la Defensa, de los que están en la UCI.

18.00: Concluye el levantamiento de cadáveres en los lugares donde se perpetraron los atentados, los últimos cuerpos se trasladan al recinto ferial. Todas las televisiones colocan un lazo negro en señal de duelo en el lugar de sus logotipos.

18.12: La cifra de heridos en los atentados asciende al menos a 1.247, según fuentes de Interior.

18.15: Los parqués europeos cierran con fuertes pérdidas. En Francfort, el Dax cedió un 3,46%; el Footsie 100 de la Bolsa de Londres perdió un 2,20%; en la Bolsa de París, el CAC 40 cayó un 2,97%; y en la Bolsa de Milán, el Mib 30 bajó un 2,22%. En España, el Ibex-35 se situó al cierre en los 8.112,40 puntos, un descenso del 2,18%.

18.17: Los rectores de las Universidades Públicas de Madrid suspenden todas las actividades, incluidas las clases, durante los tres días de luto.

18.25: La directora del Instituto Anatómico Forense de Madrid, Carmen Baladía, explica que 40 forenses junto con nueve equipos de policía científica trabajan en la identificación y autopsia de las víctimas, que no concluirá como mínimo hasta el mediodía de mañana. El euro termina la cotización a 1,227 dólares tras una jornada volátil.

18.42: El Consejo de Seguridad de la ONU expresa su firme condena de los atentados y afirma que son una amenaza a la paz y seguridad internacionales.

18.45: La cifra de fallecidos asciende a 190, según fuentes de la Audiencia Nacional, al cargo de las investigaciones. Los 190 cuerpos están ya en el recinto ferial: 181 del lugar de los atentados y los nueve restantes fallecieron en los hospitales.

18.50: Los trenes que circulan entre España y Francia con destino o salida de Madrid han sido suprimidos. Iberia habilita vuelos especiales y aumenta la capacidad en varias de sus conexiones para atender la demanda adicional derivada de los problemas existentes en la red ferroviaria. Las empresas de transporte en autobús elevan un 20% su oferta en el servicio regional de Madrid y entre un 10 y un 20% el de larga distancia.

18.55: La reacción de rechazo de los madrileños viste de luto la ciudad, en muchos de cuyos balcones cuelgan ya crespones negros, banderas y pancartas en contra del terrorismo. Madrid, casi desierta y en silencio.

19.10: El tráfico telefónico se multiplicó por ocho (un 700% más) entre las 9.00 y las 10.00 horas, según Telefónica. El ministro de Fomento, Francisco Álvarez Cascos, asegura que en las "próximas horas" se restablecerán los servicios ferroviarios en Atocha.

19.16: 40 fallecidos han sido ya identificados y la cifra de heridos sube a 1.421. La Delegación del Gobierno en Madrid informa de que un total de 1.329 profesionales de emergencias, entre sanitarios y bomberos, han participado en las labores de auxilio.

19.30: La estación de Atocha comienza a recuperar normalidad 11 horas después de los atentados.

Artículo de El País.es "Relato de la tragedia minuto a minuto"

Madrid 11 de Marzo de 2004

1. INTRODUCCIÓN

¿Qué son los desastres?; ¿Cuál es la definición de víctima?, ¿y la de damnificado?; ¿Cómo se organiza una Asociación de víctimas de un atentado terrorista?; ¿Cuáles son los objetivos y los proyectos que desarrolla concretamente la Asociación de Ayuda a las Víctimas del 11M?; ¿Qué síntomas presentan las víctimas después de un atentado?, ¿Y sus familiares?; ¿Qué intervención psicológica se hizo?; ¿Y qué intervención social ?, ¿Qué Organismos de ayuda se crearon a raíz de los atentados?, ¿Cuál es el papel profesional de un trabajador social en el trabajo diario con las víctimas?, ¿y el de un psicólogo?; ¿Qué actividades se realizaron a nivel psicológico con las víctimas de cara a la celebración del juicio del 11 m en febrero de 2007?; ¿Cuál es la relación entre los Medios de Comunicación y las víctimas del terrorismo?, ¿cuál debería ser?; ¿Qué medidas de prevención pueden tomarse antes de un atentado terrorista de tan grande magnitud?.

Un manual escrito desde la profesionalidad de titulados y expertos en el trabajo con víctimas de un atentado terrorista, debe responder, entre otras, a todas estas cuestiones. Esto es lo que se ha intentado realizar con la escritura de este manual, en el que se ha pretendido unificar la intensa labor, que desde el 11 de marzo del 2004, ha sido llevada a cabo por profesionales de la rama de la psicología y el trabajo social, en el campo de la asistencia integral a víctimas de un atentado terrorista. El propósito de este manual ha sido desde un principio el nacimiento de una guía completa que asesore y guíe a los profesionales en su intervención psico-social, tanto con víctimas del terrorismo, como con los familiares directos de las mismas; una guía donde quedan reflejadas no sólo pautas de intervención, llevadas a cabo desde los marcos teóricos y

legales correspondientes, sino todas aquellas actividades, gestiones, planes, programas y proyectos llevados a cabo tanto a nivel social como psicológico con todas las víctimas desde el 2004 hasta la actualidad.

El manual se divide en tres partes fundamentales:

En la primera parte, se tratan las características de los desastres así como el concepto de víctimas y damnificados y la sintomatología que presentan todos ellos después de sufrir un atentado. Así, en los primeros capítulos de este manual, se puede encontrar información teórica de base en la que se encuadran correctamente términos, como desastre, o víctima, fundamentales para entender y desarrollar el trabajo, ya sea desde el punto de vista psicológico o social, con un afectado de terrorismo.

También en esta primera parte se explica qué es lo que se hizo en el 11M, tanto a nivel psicológico como a nivel social, así como qué organismos que se crearon explícitamente para ayudar a todas las víctimas de los atentados. Para entender además estas y posteriores ayudas, también se determina la sintomatología característica, que presentan las víctimas tras un atentado terrorista. Según la experiencia profesional desarrollada, se puede afirmar que existen diferencias significativas en cuanto a la intervención psicológica con diferentes víctimas, que han sufrido el mismo atentado, pero con exposiciones diferentes al mismo. Por eso existe una sintomatología específica para víctimas directas, que diferirá, de la sintomatología presentada por los familiares de fallecidos, así como de la presentada por los familiares de las víctimas directas.

Por esta razón, las intervenciones individuales reflejadas en la Segunda parte del manual, son protocolos diferenciados, dependiendo del tipo de víctima que abordemos.

Es en esta segunda parte donde se desarrolla el tema de las intervenciones directas con los afectados; se habla de cómo es la intervención tanto social como psicológica a nivel individual y grupal con las víctimas y familiares, así como de todos los proyectos llevados a cabo con todos ellos. Se incluye una descripción detallada de la intervención psicológica llevada a cabo en relación al desarrollo del juicio del 11m en Madrid, distinguiéndose tres momentos importantes en la intervención: antes del juicio, durante el juicio y en la finalización del mismo. Para llevar a cabo estas intervenciones, se elaboran diferentes talleres, encaminados a dotar de estrategias relevantes para afrontar el proceso judicial en todas sus fases, y prevenir en los afectados una *segunda victimización*, concepto clave para entender todo el proceso de intervención y que se expone también en esta misma parte del manual.

De manera general, los objetivos fundamentales de la exposición de esta segunda parte, se orientan al aprendizaje de técnicas específicas para manejar adecuadamente tanto situaciones, pensamientos y/o emociones negativas, como para conseguir la reintegración de la persona en su ambiente socio-familiar. Por eso se exponen los tipos de talleres realizados, y la teoría fundamental en la que éstos se basan.

La tercera y última parte del manual dedica un capítulo a reflexionar sobre el papel de los medios de comunicación con respecto a las víctimas de un atentado terrorista y al tratamiento de los acontecimientos relacionados con ellos.

El papel activo de estos medios se centra en cubrir ciertas necesidades que presentan las víctimas a corto, medio y largo plazo, como son: difusión de guías de autoayuda; normalización; apoyo social y solidario con las víctimas; evitar el olvido de la sociedad; servir de portavoces de “La Voz de las Víctimas,” o tener especial cuidado en homenajes, evitando la reactivación de síntomas en la emisión de imágenes, entre otras.

Se reflexiona también sobre el tratamiento de imágenes y entrevistas a afectados por parte de los medios de comunicación y sobre cómo es y cómo debería ser la relación entre todos ellos. Se explican por tanto las consecuencias que tiene una sobre-exposición a la información aportada por los medios de comunicación (imágenes, reportajes, noticias) tanto en el momento en que es cometido un atentado, como en momentos posteriores relevantes (aniversarios, celebración del juicio, etc.), para las víctimas, al poder influir todo esto, en la reactualización del trauma, o en el establecimiento de una posible victimización secundaria.

Por otro lado, en todo proyecto de intervención es necesario el estudio de la prevención de cualquier situación, por eso, se incluye en el final de esta última parte una profunda reflexión sobre cómo prevenir consecuencias o reacciones, antes e incluso después del atentado. Se adjunta como material de apoyo un manual de orientación para el manejo de situaciones de crisis en víctimas de terrorismo ante la utilización de medios de transporte, y una serie de pautas a seguir por los medios de comunicación durante las entrevistas.

De manera general, y también como material de apoyo, al contenido de este manual se añaden unos anexos que pueden ser de gran ayuda en el momento de la intervención psicosocial, tanto con las víctimas como con sus familiares.

Los dos primeros anexos constan de dos estudios íntegros que la Asociación de Ayuda a las Víctimas del 11M realizó 18 meses y 36 meses después de suceder los atentados, sobre, fundamentalmente la situación económica, laboral, social, psicológica y legal, de todas las víctimas y familiares que habían sufrido los atentados el 11 de Marzo de 2004 en Madrid. El objetivo principal de estos estudios era la detección de las necesidades de los afectados por el 11 de Marzo en Madrid, a nivel físico, económico, laboral, social o psicológico, meses después de suceder los atentados.

El último anexo se refiere a la normativa básica existente en España, en materia de terrorismo, tanto a nivel autonómico como estatal.

Este manual por tanto, tiene la intención única y exclusiva de servir de guía de información de recursos y guía de actuación para todos los profesionales, fundamentalmente a nivel psicológico y social, que realicen o vayan a realizar una intervención integral con víctimas y familiares de un atentado terrorista. Todo ello con el único fin de contribuir en la pronta recuperación de los afectados y en la mejora de su calidad de vida.

2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA SITUACIÓN DEL ATENTADO.

2.1. PERSPECTIVA DE LA SALUD MENTAL.

Los desastres son eventos imprevistos, súbitos, de gran magnitud, que generan daños a los bienes y medios de vida de una comunidad, producen gran cantidad de damnificados que requieren atención médica afectando la movilización de recursos extraordinarios.

Desde el punto de vista de la Salud Mental los desastres generan un disturbio interno como resultado de la percepción de una amenaza sobre la integridad de la persona. Producen una irrupción del mundo externo sobre el mundo interno, provocando una brecha en la unidad **bio-psico-social** del individuo.

Consecuentemente, el repertorio habitual de mecanismos defensivos se vuelve ineficaz o insuficiente para abordar la amenaza.

Las personas, los grupos y las comunidades reaccionan según la magnitud del evento, el grado de exposición al mismo, la historia, la preparación previa y los sistemas de soporte y sostén disponibles.

La situación disruptiva, es una situación que acaece en el mundo externo, e irrumpe en el psiquismo, provocando la ruptura abrupta de un equilibrio u homeostasis existente hasta ese momento, tanto en el área individual y/o institucional y/o social. (Benyakar. M, 1999).

2.2. TIPOS DE DESASTRES

Existen diferentes tipos de desastres, que se pueden clasificar en dos categorías:

- Desastres provocados por el hombre.
- Desastres naturales.

La causalidad del evento, será uno de los determinantes de la forma en que se tramitará el dolor y los sentimientos de culpa.

Los desastres provocados por el hombre, pueden ser no intencionados o producto de una intención clara.

Los desastres provocados por el hombre de forma no intencionada podrían ser los accidentes de avión, coche, incendios, etc, en los que todos ellos son producto de errores humanos y son las instituciones las que tienen que afrontar la responsabilidad de lo sucedido (Viinamaki, H, et al, 1995)

Diferente es la situación de los desastres provocados por la violencia, como en el caso de los ataques terroristas. La violencia a diferencia de la agresión, se refiere al daño provocado por figuras no identificadas y cuya meta es la de infligir el daño o dolor sin posibilitar que el damnificado pueda desarrollar ningún tipo de defensa (Curran, PS, 1988).

2.3. DESASTRES Y CATÁSTROFES:

Una de las problemáticas es la diferenciación entre los términos catástrofe y desastre.

Según Benyakar (2002), el concepto “desastre” remite a las características del evento, mientras que catástrofe se refiere a la acción desestructurante del evento, tanto en lo individual, lo colectivo, lo social, público o material.

Hay que destacar que estos términos, se suelen utilizar como sinónimos en la literatura profesional. Sin embargo, vemos que los autores utilizan con más preponderancia uno u otro término, de acuerdo con los países y culturas a los que pertenecen, utilizando el otro como sinónimo del término preponderante.

Harshbarger (1973), define los desastres como eventos rápidos y dramáticos que dan por resultado daños materiales y humanos considerables. Subraya la importancia de la vida comunitaria y plantea que los desastres deben considerarse de acuerdo con su potencial de perturbar las actividades de una comunidad y causar daños a los miembros de la misma.

Schulberg (1974), analiza el vínculo entre los eventos de riesgo y las reacciones personales utilizando el concepto de crisis. Cinco son las características que diferencian las crisis y revisten importancia central para la mayor parte de los puntos de vista de las teorías de las crisis:

- Una secuencia cronológica que se desarrolla con rapidez.
- Cambios importantes en la conducta.
- Sensación personal de impotencia.
- Tensión en el sistema social y personal del sujeto.
- Percepción de una amenaza para la persona.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1989, propone que, “los desastres son situaciones en las cuales existen amenazas imprevistas, serias e inmediatas a la salud pública”.

Crocq (1987), define catástrofe como un evento nefasto, súbito y brutal, que causa:

- 1) Destrucción material importante.
- 2) Un gran número de damnificados.
- 3) Una desorganización social notable, o las tres cosas a la vez.

Crocq opina, que de los tres criterios, el último, desorganización social, parece ser el más constante.

2.4. VÍCTIMAS Y DAMNIFICADOS

Surge el interrogante de cómo calificar a las personas que han sufrido daño durante un desastre.

La definición de víctima, es la persona que queda atrapada por la situación, pasando a satisfacer las necesidades específicas de la sociedad, es decir pasa de ser un sujeto a ser objeto de lo social (Benyakar M, et al, 1997e).

A partir del momento del evento disruptivo las necesidades reparatorias de la sociedad se entremezclan con las necesidades del propio individuo. Emerge la exigencia de que el mundo externo le repare el daño que le ha ocasionado (Benyakar, M., et al 1997e).

La definición de damnificado, es la persona que ha sufrido un daño, a diferencia del concepto “víctima”, que establece una relación anquilosante entre lo social y la situación en la que el individuo queda capturado. El concepto “damnificado”, denota movilidad psíquica, así como la conservación de la subjetividad del individuo.

Por tanto los servicios de salud mental, no atienden a víctimas si no a damnificados (Benyakar M, 2000a).

Raquel Cohen (1989), define al damnificado como: “las personas y familias afectados por un desastre y sus consecuencias que experimentan un evento estresante e inesperado”. La mayoría ha funcionado adecuadamente antes de la catástrofe, pero su capacidad de resolución de problemas se ve limitada por la amenaza que la situación conlleva. A pesar de que los damnificados presenten síntomas de estrés físico o psicológico, no debe considerárseles como enfermos o pacientes. Algunos damnificados son particularmente susceptibles, desarrollando reacciones físicas y psicológicas ante un desastre, entre ellos se encuentran aquellos que:

- 1) Son vulnerables como resultado de vivencias traumáticas previas.
- 2) Corren cierto riesgo a causa de enfermedades recientes.
- 3) Experimentan estrés y pérdidas graves.
- 4) Pierden su sistema de apoyo social y psicológico.
- 5) Carecen de habilidades para la resolución de problemas.

3. ¿QUÉ SE HIZO EN EL 11-M?

3.1. Teorías acerca de la Intervención global del desastre.

Según Benyakar (2002), se clasifican cronológicamente los desastres en 3 fases:

- Fase Pre-impacto: precede al desastre, es tiempo de amenaza y advertencia, a las que la población suele hacer caso. Algunas personas temen actuar de forma precipitada, mientras que otras rehúsan aceptar la existencia de la amenaza, a modo de defensa.

En atentados terroristas, la fase de pre-impacto, no suele producirse.

- Fase de impacto: la comunidad se ve afectada por el desastre, fase de organización de las actividades de ayuda. El miedo es predominante, los damnificados buscan seguridad para sí mismos y sus familias. El pánico es inusual y sólo ocurre cuando la huida es imposible. Las actividades que tienen lugar poco después del desastre, se han señalado como parte de la así llamada “fase heroica”, en la que los damnificados actúan en forma epopéyica para salvarse a sí mismos y a otros, en ésta fase es usual la conducta altruista.
- Fase Post-impacto: comienza varias semanas después del desastre, con la consecución de las actividades de ayuda y evaluación del daño humano y material.
- Fase de remedio y recuperación: algunos autores hacen referencia al término “luna de miel” y “desilusión” respectivamente. El primero es inmediato al desastre, caracterizado por la necesidad de expresar sentimientos y compartir experiencias con otros.

El fenómeno de “desilusión”, surge cuando el apoyo organizado es interrumpido y los damnificados se enfrentan con dificultades considerables en la resolución de sus problemas, resultando evidente que sus vidas se han modificado de forma permanente. La fase post-impacto puede continuar durante el resto de la vida de los damnificados

	PREIMPACTO	IMPACTO	POSTIMPACTO
CONTENIDO	Amenaza y advertencia	Miedo y búsqueda de seguridad	Luna de Miel y Desilusión
ACTUACIÓN	Previsión vs Negación	Conducta altruista proactiva	Apoyo organizado y evaluación de daño
DEFINICIÓN	FASE PREVENTIVA	FASE HEROICA	FASE DE REMEDIO Y RECUPERACIÓN

Raquel E. Cohen y Frederick L. Ahearn (1989), proponen adecuar la intervención con base en lo que ellos llaman las tres bases relacionadas con el desastre.

La primera fase: las primeras horas y días después del desastre. Durante la primera fase se realizan operaciones de selección para evaluar la conducta, calibrar el grado y nivel de crisis y canalizar la información obtenida, transmitiendo al personal asistencial, de modo que la organización de la ayuda pueda aliviar la situación y las reacciones psicofisiológicas inmediatas de los damnificados. El objetivo terapéutico debe ser ayudar a los damnificados para minimizar los efectos de la desorganización cognitiva y reforzar su dominio.

La segunda fase: Abarca las primeras dos semanas. En la medida que los damnificados regresan a sus hogares, surge una nueva fenomenología, disminución de la tensión, restauración de la organización cognitiva, el logro del control emocional relativo, el uso espontáneo de interacciones sociales apropiadas y la capacidad para

enfrentar los mecanismos para la obtención de recursos disponibles para restaurar sus vidas normales.

Tercera fase: Abarca los primeros meses. Conforme se desarrollan las fases finales de las actividades de recuperación llegan a la atención de los trabajadores de salud mental, casos con trastornos muy diversos.

PRIMERA FASE	SEGUNDA FASE	TERCERA FASE
<ul style="list-style-type: none"> - Primeras horas y días. - Operaciones de selección para evaluar la conducta - Ayudar a los damnificados para minimizar los efectos de la desorganización cognitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Primeras 2 semanas - Restauración de la organización cognitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los primeros meses. - Acceso a Centros de Salud Mental.

3.2. CÓMO ORGANIZARSE

Los líderes de los servicios de salud mental, mediante la comprensión clara y plena de las consecuencias emocionales de un desastre, deben responsabilizarse de reclutar al personal necesario, movilizar los recursos que se precisan y planear la ayuda a los damnificados. La coordinación con otros servicios es necesaria, para evaluar la forma de aportar ayuda psicológica a los damnificados. Sin tales conocimientos, los miembros del equipo de salud mental suelen perder tiempo valioso en decidir las tareas a desarrollar y la forma de realizarlas (Raquel E. Cohen y Frederick L. Ahearn, 1989).

También proponen, algunos pasos en el proceso de planificación de los servicios de salud mental:

- 1) Aprobación y apoyo: Antes de actuar los administradores de los servicios de salud mental necesitan legitimación y aprobación de sus acciones.
- 2) Evaluación de las necesidades: Todo plan para brindar ayuda psicológica debe responder a los problemas específicos de los damnificados.

A tal efecto, el equipo de salud mental debe: a) conocer la definición que se da de salud y enfermedad en la comunidad; b) indagar los problemas existentes a fin de determinar la naturaleza y magnitud de los mismos, así como los grupos afectados; c) evaluar los recursos locales de que se dispone para enfrentar los problemas; d) emplear estos datos para elaborar los objetivos y estrategias del programa.

3) Objetivos de los servicios de salud mental: establecer prioridades en cuanto a los servicios mismos.

4) Financiamiento: adecuación del proyecto propuesto a la realidad y la capacidad de los líderes para movilizar los recursos de la comunidad.

5) Estructuras administrativas: la creación de un sistema de flujo de información, la instauración de los procedimientos presupuestarios y contables, y la aclaración de los métodos de evaluación y sobre quien recaerá la responsabilidad del programa.

La prestación de servicios en situaciones de desastre, requiere de: conocimiento, paciencia y flexibilidad. Lo más frecuente es que la información sea inadecuada o difícil de reunir. Después de un desastre, los líderes de servicios de salud mental deben dedicar largas horas a decidir de qué forma realizarlo. En muchos casos se enfrentan a situaciones que son peculiares a la comunidad en cuestión, y requieren flexibilidad e innovación en el enfoque para ayudar a los damnificados (North CS, et al 2000).

Por estos motivos se ha desarrollado el concepto de 'Liderazgo Funcional' diferenciándolo del 'Liderazgo Estructural'. En el 'liderazgo estructural' conduce al grupo, aquel que tenga mayor rango jerárquico, tanto sea porque la profesión es considerada de mayor prestigio jerárquico, o por el puesto administrativo que la persona posee. A diferencia de esto el 'Liderazgo Funcional', se despliega en base a la capacidad del profesional de sostener un grupo de trabajo en forma integrativa, coherente, eficiente y creativa. Por lo tanto no es la profesión ni es el supuesto prestigio lo que determina la conducción del grupo, sino estas condiciones mencionadas (Benyakar, M. 2000a).

Una de las características de este tipo de situaciones es la incapacidad del damnificado de solicitar asistencia, este factor ha llevado a diferenciar entre las intervenciones profesionales por demanda o por presencia.

La ‘intervención por demanda’ está sostenida por la tradicional actitud de los profesionales que entienden que se asiste solo a las personas que soliciten atención en sus consultas. A diferencia de esto está la ‘intervención por presencia’, en la cual el profesional de salud mental trata de estar en contacto directo con los afectados para evitar el desarrollo de trastornos psíquicos por falta de posibilidad o capacidad de afrontar el evento disruptivo de forma adecuada. En este tipo de intervenciones el profesional desarrolla una función mediatizadora para que el damnificado pueda articular en su psiquismo lo sucedido, utilizando sus capacidades psíquicas idiosincráticas. En la mayoría de los informes de este tipo de situaciones se ha enfatizado la eficacia de las intervenciones que se han llamado ‘por presencia’ (Benyakar, M. 1995).

Según Benyakar M, et al, 1994d: la función de los servicios de salud mental en cuanto al pánico colectivo, será instruir y asesorar a los medios de comunicación, elaborando junto con ellos la forma de transmitir los contenidos.

Es importante establecer, la figura y la función del Jefe de Prensa que canalice la comunicación del dispositivo de salud mental con los medios de comunicación, para evitar informaciones contradictorias en los medios de comunicación y mantener informada a la población del estado de la situación de los familiares afectados

3.3. CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN

Salmon, T.W (1919), propuso en La Primera Guerra mundial, tres elementos básicos en el tratamiento de los damnificados: inmediatez, proximidad y expectancia.

La inmediatez remite al hecho que el damnificado, deberá ser asistido inmediatamente después del evento acaecido.

Proximidad se refiere a que el damnificado sea asistido lo más cerca posible al lugar del evento.

El principio de expectancia sostiene, que el profesional y los compañeros del damnificado deben mantener la expectativa y expresar la voluntad que el damnificado retorne a la actividad que desarrollaba antes del evento, lo más rápido posible.

Fernández Millán J.M, (2005), establece los lugares concretos en los que puede realizarse la intervención y que habrá que tener presentes con vista a la distribución del trabajo por equipos.

Así se encuentran los siguientes lugares:

- Donde ocurrió el evento. El lugar físico afectado por el incidente.
- Donde se recibe a los familiares, en aquellos casos en los que a la zona afectada lleguen familiares de los afectados procedentes de otras zonas más o menos lejos, (ciudades, países, etc)
- En los alojamientos (hospitales, etc) en los que se cobija a los afectados y a sus familiares.
- En los tanatorios.
- En los medios de transporte de los afectados que son trasladados a zonas más seguras o libres de estímulos aversivos.
- En funerales de víctimas masivas.

- Zonas de tramitación: identificación de cadáveres u objetos personales, donde las personas deben enfrentarse a trámites y situaciones de gran impacto emocional.

Según Raquel Cohen (1989), a fin de diseñar, organizar e implementar los servicios orientados a la crisis posterior a una catástrofe, es necesario establecer un sistema integrado, interactivo y flexible que actúe de nexo entre los organismos de salud mental y los dispositivos de intervención en emergencias.

Sobrevivientes de primer nivel: son aquellos que experimentaron una exposición máxima al evento traumático.

Sobrevivientes de segundo nivel: son los parientes cercanos de las víctimas primarias.

Sobrevivientes de tercer nivel: Es el personal de rescate, o recuperación, profesionales de la salud mental, policías, bomberos.

Sobrevivientes de cuarto nivel: es la comunidad afectada por el evento (periodistas, funcionarios públicos, etc)

Sobrevivientes de quinto nivel: son los individuos que experimentan estados de estrés y perturbación después de ver u oír informes periodísticos.

Benyakar (2002), establece, que es importante destacar, que por cada damnificado físico en un desastre por lo menos habrá tres personas que pueden tener consecuencias en su salud mental; se suman al damnificado dos o más allegados. La mayoría de las investigaciones postulan que generalmente en las catástrofes, el 15% de los individuos presentan una reacción patológica, el 15% conserva sangre fría y el restante 70% manifiesta un comportamiento calmo en apariencia, con ciertas alteraciones emocionales patológicas y pérdida de la iniciativa.

Desde el punto de vista psicológico, consideramos población damnificada por el desastre no sólo a quienes fueron expuestos directamente al evento sino también a aquellos que han tenido una exposición indirecta.

3.4. REACCIONES DE PROFESIONALES Y VOLUNTARIOS EN DESASTRES.

Durante las situaciones disruptivas los profesionales y voluntarios dedicados al salvataje pueden manifestar reacciones inadaptadas, que sin ser francamente patológicas, suelen comprometer la eficacia de su trabajo e influir negativamente sobre los damnificados.

1. Pueden padecer de un shock emocional inicial: Acaece durante el periodo que Crocq y colaboradores llaman "periodo sensible inicial". Se manifiesta por un breve periodo de inhibición motriz, olvido momentáneo de los actos que deben efectuar, repetición mecánica de gestos inútiles, tendencias a aglutinarse con los otros trabajadores e imitarlos, en vez de cumplir su tarea específica. En general esta reacción es muy breve (algunos minutos) y pasa rápidamente, pudiendo volver a cumplir sus tareas: existen excepciones en personas psíquicamente muy vulnerables (Crocq L, et al,1987).

2. Shock emocional prolongado: Se traduce por un grado relativo de inhibición, hipoprosexia, indecisión, realización de la actividad de un modo casi automático. Este automatismo resulta de una actitud de defensa que produce una disociación entre la actividad técnica del salvataje y la sensación de que el medio ambiente es caótico y agresivo. Retrospectivamente, estas personas suelen darse cuenta que han efectuado las tareas como si estuvieran en un estado de despersonalización, con un comportamiento aparentemente adaptado, pero que no es tal porque carece de la capacidad de adaptarse a los cambios de las circunstancias y de la realidad externa.

La descarga emotiva tardía sobreviene luego de un tiempo de latencia variable, cuando la urgencia ha pasado. Esta descarga puede manifestarse en forma de postración y depresión, como una crisis de agitación o un acceso de agresividad gestual o verbal. En general son efímeras (Benyakar, 2002).

3.5. ACTUACIONES EN EL 11-M

CONSEJERIA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID

3.5.1. PRIMERA FASE:

PRIMER OBJETIVO: ALERTAR A LA RED

- Desde las 8.30hrs del día 11-M se comunicó a todos los profesionales de Salud Mental de la Comunidad de Madrid que estuvieran en alerta para actuar.
- A continuación se reclutaron voluntarios de los distintos dispositivos, generándose listas con nombre, profesión, disponibilidad horaria y teléfono de contacto.

SEGUNDO OBJETIVO: ORGANIZACIÓN DE EQUIPOS

- En primer lugar, se organizó en los Hospitales de Madrid. Los Jefes de Servicio de Psiquiatría fueron designados como coordinadores de la atención a las incidencias que se puedan suceder que se centraron en heridos y sus familiares.

20/04/2007

Universidad de Extremadura

Juan Navia: “Durante las horas posteriores a los atentados del 11-M, todo el mundo hizo lo que tenía que hacer”

*20/04/2007. Tras los atentados del 11-M el Hospital Gregorio Marañón de Madrid recibió 321 pacientes. Muchos de ellos fallecieron por las graves heridas que presentaban. Sin embargo, otros muchos salieron adelante gracias a la profesionalidad y a la voluntad del equipo médico del Hospital. La magnitud de esta masacre puso a prueba los protocolos de este centro sanitario, y sobre todo, evidenció el compromiso por salvar vidas de muchos médicos, enfermeros y celadores. Entre estos profesionales estaba **Juan Navia Roque**, jefe del Departamento de Anestesia, Reanimación y Cuidados Intensivos del Hospital. Esta mañana ha pronunciado en la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales una conferencia con motivo de la celebración del día del Centro.*

Para el extremeño Juan Navia, Lo más llamativo fue el silencio en el que trabajaba todo el personal sanitario del Hospital Gregorio Marañón, un silencio absoluto en pleno caos. Los pacientes llegaban atónitos, con la mirada perdida, y sin saber todavía qué había pasado, ha explicado a lo largo de su intervención el doctor Navia. Ante esto, sentimos la necesidad imperiosa de ayudar a las víctimas y sobreponernos al dolor que en aquellos momentos estaban padeciendo: “los facultativos nos comunicábamos con la mirada”, ha explicado. Este sistema de comunicación nos sirvió para obtener unos resultados asistenciales excelentes; a las 9 de la mañana de ese 11-M había situados siete quirófanos justo a la entrada de urgencias. Este dispositivo improvisado nos permitió a los máximos responsables médicos del Hospital, establecer un primer nivel de clasificación y diagnóstico, que fue clave a la hora de salvar vidas.

- En segundo lugar, la Oficina de Salud Mental organizó y gestionó directamente la atención a los familiares de las víctimas mortales con el grueso de los profesionales de los Centros de Salud Mental y con el gran número de voluntarios que se ofrecían por distintas vías.

TERCER OBJETIVO: ORGANIZAR LA ASISTENCIA A FAMILIAS DE VÍCTIMAS.

- Se organizó atención en Salud Mental a familiares de víctimas en 4 ámbitos:
 - IFEMA
 - TANATORIOS
 - HOTELES (familias que no habían reconocido restos)
 - TANATORIO DE LA ALMUDENA (últimos reconocimientos)

ATENCIÓN A FAMILIARES EN IFEMA

- Objetivo: apoyo de salud mental durante la espera y en el reconocimiento del cadáver de la víctima
- Los equipos de asistencia se organizaron siguiendo el criterio de área sanitaria y completándose con voluntarios de la Agencia Antidroga, Colegio de Psicólogos, Colegio de Trabajadores Sociales, etc.

Desde la Oficina de Salud Mental se convocaron distintos turnos de asistencia, con 140 profesionales por turno que estuvieron localizados en el Pabellón 7 de IFEMA

Estos profesionales se agruparon en 3 equipos (se procuró que fueran de la misma área sanitaria para optimizar su rendimiento en equipo) que tenían a su vez un coordinador. Que se ponía a las órdenes del Mando Operativo del SAMUR. El número de profesionales se fue reduciendo en cada turno en virtud de necesidades y de la salida de los cadáveres con sus familias hacia los tanatorios

A las nueve de la mañana del mismo día 11 de marzo el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid puso en marcha el Dispositivo de Coordinación para desarrollar la Asistencia Psicológica necesaria.

Posteriormente se unieron cientos de psicólogos que se pusieron a disposición del Colegio de psicólogos, para prestar voluntariamente la asistencia psicológica.

Uno de ellos fue **El Grupo ISIS**, es uno de los grupos de intervención de la Unidad Isis, que consiste en la unidad de intervención en desastres del Instituto de Psicoterapia Psicoanalítica de Sevilla. Por la magnitud del atentado de Madrid, el Grupo decide, prestar sus servicios gratuitamente. Contactan con los responsables de la intervención psicológica y grupos de desastres del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid que designa, la coordinación de la atención de los familiares de las víctimas realizada en el Parque Ferial IFEMA. Se les asigna la tarea de diseñar el dispositivo para prestar atención a los psicólogos que asistían a las familias en IFEMA, evitando que estos quedasen inoperativos y sufriesen posteriormente trastornos de personalidad, que según las investigaciones existentes, les ocurriría, aproximadamente, al 56% de ellos.

Los aproximadamente 2.500 familiares de las víctimas del atentado, según las estimaciones de la coordinación, estaban organizados alfabéticamente por diferentes salas del pabellón seis del IFEMA. Junto a ellos unos 300 psicólogos facilitaban apoyo psicológico sin ningún modelo de aplicación técnica y llevando la inmensa mayoría de ellos, periodos de tiempo de intervención superiores a las diez horas y en algunos casos, incluso más. El cansancio, el agotamiento y el desbordamiento afectivo aparecía en muchos de estos profesionales lo que hacía peligrar su propia integridad y hacia temer la aparición de secuelas e incluso, como se desprende de las investigaciones existentes, trastornos de la personalidad graves, y por supuesto, hacía también ineficaz su intervención, siendo hasta para los afectados, que en muchos casos tenían que contener al propio psicólogo.

Según el grupo ISIS, después de realizar el primer análisis, las primeras medidas a implantar fueron:

a) Implantar un sistema de turnos de tres horas de duración para cada uno de los psicólogos que intervinieran y que quedaban asignados durante todo su periodo de atención a una familia en la misma familia.

b) Establecer equipos de atención psicológica con los profesionales más experimentados de los que estaban actuando para aplicar dinámica grupal preventiva a los salientes de turno.

Se propuso y se ejecutó otra medida, incrementar el número de psicólogos por familia, pues éstas, en ocasiones ascendían a más de veinte miembros por cada una de ellas. La necesidad de renovar los psicólogos intervinientes y de aumentar la dotación para mejorar el ratio psicólogo / familia, terminó por elevar el flujo de profesionales de la psicología a cifras que rondaban los 600 técnicos. Junto a la inclusión de nuevos profesionales, se organizó un sistema por el que todos ellos, antes de iniciar su intervención, eran sometidos a un proceso de formación que incluía directrices claras y concisas de lo

qué hacer, cómo hacerlo y con qué hacerlo.

Se fijó con los profesionales un encuadre al que, sin excepción, debían de someterse todos los técnicos, y, que contenía una localización, una familia asignada y sobre todo un periodo determinado y prefijado que había que cumplir escrupulosamente. Además, todos aquellos profesionales intervinientes debían someterse a una sesión de terapia de grupo al concluir su turno.

A lo largo de la tarde del Viernes, 12 de marzo, el transcurso de las investigaciones de la policía científica, las investigaciones forenses y judiciales, hizo necesario establecer y diseñar procedimientos de reconocimientos fotográficos de cadáveres y de reconocimientos directos de cadáveres y restos incompletos.

Para ese fin, propusimos nuestro Protocolo de Reconocimiento de Víctimas y se acordó el siguiente sistema: las familias que se hallaban en las salas correspondientes eran acompañadas por sus psicólogos a otra sala, en la que solo esa única familia permanecía en intimidad el tiempo necesario para prepararlas para el reconocimiento de víctimas. Esta intervención fue realizada por otro nuevo grupo de profesionales preparados in situ para esa función concreta: explicar de antemano lo que iban a ver las familias, pues los profesionales ya estaban informados y conocían las fotografías o el estado de los cadáveres, y posteriormente acompañarlos en todo momento y el tiempo que durara y requiriese el procedimiento identificatorio.

A la conclusión del mismo, se trasladaban a otra sala en las que se le ofrecía intervención de contención y elaboración de lo visto y vivido.

El hecho de utilizar otros profesionales distintos a los que los atendían en sala era para que dicho profesional amortiguase la descarga afectiva de los afectados y el de acompañamiento pueda seguir sosteniendo un vínculo contenedor divalente

Una vez concluida la investigación forense y la de la policía científica, ante la imposibilidad para proseguir con los medios que el IFEMA disponía, se reunió a todos los familiares que aun no habían podido identificar el cadáver, con la intención de comunicarle el estado en que quedaba el estudio de su caso particular y las siguientes líneas de actuación.

Se comunicó a todos los familiares presentes que concluía el dispositivo de reconocimiento de cadáveres y que debían trasladarse a sus domicilios o a los hoteles que había a su disposición donde se pondrían en contacto con ellos.

Se acordó dejar operativo en cada uno de los hoteles en los que se alojaban familiares de víctimas dispositivos de atención psicológica durante toda la noche y mañana del sábado 13 de marzo, mientras continuaran las labores de identificación de cadáveres que se estaban realizando en el Instituto Anatómico Forense de Madrid (Rodríguez Escobar ,J 2004).

DIFUSIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN

- Al no ser una situación habitual para nuestros profesionales, a lo largo del jueves 11 y viernes 12 de Marzo, se difundió entre todos los profesionales que iban a intervenir, documentación de apoyo.

- También, se difundió a la opinión pública un documento de autoayuda.

INSTRUCCIONES PARA PROFESIONALES. REACCIONES NORMALES ANTE SITUACIONES ANORMALES.
TRASTORNOS ASOCIADOS.

Preparado por el Dr. Manuel Cid bajo la supervisión del Prof. Juan J. López-Ibor

Transmitir que ante acontecimientos como este terrible atentado que ha afectado a la Comunidad de Madrid, cualquier persona puede experimentar reacciones emocionales extremadamente intensas que pueden interferir con su funcionamiento habitual. Puede que ya en este momento estén experimentado algún tipo de reacción, o puede que lleguen a experimentarla en las próximas semanas. En algunos casos y de forma poco usual, puede aparecer una reacción a estrés meses después del atentado. A menudo, con la asistencia a las familias y amigos de las víctimas, estas sensaciones van desapareciendo con el tiempo, pero a veces, el impacto ha sido tan grande, que la intervención de un profesional de Salud Mental puede resultar conveniente. No estamos hablando de personas frágiles ni de enfermedades mentales. Una reacción de estrés intensa es una respuesta normal a un acontecimiento trágico, como el actual.

A continuación facilitamos una lista de síntomas frecuentes después de la tragedia. Si la persona que atendemos o algún familiar próximo está desarrollando alguno de estos síntomas, debemos facilitar el acceso a un profesional de Salud Mental:

PENSAMIENTOS.

- Dificultades en la concentración y en la memoria
- Cuestionamiento de las creencias espirituales y religiosas
- Pensamientos repetitivos o recuerdos sobre seres queridos que han muerto o sobre el acontecimiento que son difíciles de detener
- Sueños recurrentes o pesadillas sobre el evento
- Reconstrucción mental de los acontecimientos en un esfuerzo porque las consecuencias fuesen diferentes

SENTIMIENTOS.

- Aturdimiento, desconexión
- Temor o ansiedad al oír sonidos que recuerdan al evento
- Desimplicación y falta de interés en las tareas diarias
- Sentimiento de tristeza
- Accesos de ira o intensa irritabilidad
- Sentimientos de vacío o desesperanza sobre el futuro

COMPORTAMIENTOS

- Sobreprotección de uno mismo y la propia familia
- Aislamiento frente a los demás
- Estado de alerta, facilidad para sobresaltarse
- Dificultades para dormir o mantener el sueño
- Evitar actividades que recuerdan al evento, evitar sitios o gente que despierten estos recuerdos
- Mantenerse excesivamente ocupado para evitar pensar en el evento y en la experiencia que se ha tenido
- Labilidad emocional, llanto sin motivo aparente

Respuestas patológicas a largo plazo

- T. de ansiedad, T. por estrés postraumático, fobias, TOC
- Depresión mayor y suicidio
- Abuso de sustancias
- Violencia doméstica
- Traumatización secundaria del personal que atiende a las víctimas

Factores de riesgo del superviviente

- enf mental preexistente o abuso de sustancias
- traumas previos o pérdidas no resueltas
- suceso violento e inesperado, deliberado, cambio abrupto de realidad, probabilidad de recurrencia
- el grado de destrucción e impacto en la comunidad
- el grado de proximidad a la escena del desastre, y el grado de exposición, ..haber presenciado heridos graves, mutilación, cadáveres, ser testigo de situaciones grotescas
- resultar herido o tener conocidos que hayan resultado gravemente heridos o hayan fallecido
- la duración del acontecimiento
- acontecimientos vitales estresantes concurrentes
- recursos socioeconómicos deficientes
- inestabilidad o conflictiva familiar
- perdida de apoyo social
- el significado que el superviviente asigna al desastre
- el carácter, cultura, etnia, creencias espirituales, personalidad, mecanismos de defensa y afrontamiento, habilidades

Grupos de riesgo / Poblaciones especiales

- .Niños
- .Adolescentes (aislamiento, comportamiento antisocial, ideas suicidas, problemas académicos, acting out, trastornos del sueño)
- .Inmigrantes / el factor cultural e idiomático
- .Ancianos / enfs médicas, menor soporte social
- .Asistentes al desastre, servicios de emergencia
 - (traumatización secundaria)

LA INTERVENCIÓN DE EMERGENCIA

Objetivos:

A-limitar y minimizar la exposición al agente traumático.

B-reducir la morbilidad secundaria, disminuir la exposición a estresores secundarios (exposición a imágenes de TV,...).

C-identificar sujetos de riesgo (familiares de los fallecidos, accidentados o desaparecidos).

D-detectar las necesidades de los familiares, valorar la disposición para recibir ayuda (no podrá ser impuesta).

E-asistir en la resolución de la sintomatología aguda.

G-reducir el número de individuos con secuelas.

H-facilitar el proceso de recuperación natural y el retorno a la normalidad con la mayor brevedad posible.

I-intervención con casos clínicos y seguimiento.

Procedimientos y estrategias:

A) Actuar en el escenario de impacto: Hospitales y lugares de evacuación de las víctimas, áreas donde se congregan familiares y supervivientes.

B) Habilitar una zona en el punto de llegada donde los familiares puedan dirigirse para conseguir cualquier tipo de información (deberá estar bien indicada y contar con un lugar reservado).

Realizar una presentación de quiénes somos, así como lo que pueden esperar de nosotros.

C) Establecer orden y restaurar la sensación de seguridad.

D) Proporcionar privacidad a las víctimas y familiares.

E) Proporcionar información sobre lo sucedido. Si algo necesitan y demandan estas personas en este momento es que les aportemos información sobre sus preocupaciones, que en principio irá encaminada a saber el paradero y situación de sus familiares

F) Escuchar activamente y empatizar con su estado emocional- imprescindible para que nuestra actuación posterior sea efectiva.

G) Cubrir sus necesidades primarias. Proporcionar algún tipo de comida y bebida, facilitar alojamiento, medios de transporte, esquema de la zona con teléfonos y puntos de información y/o ayuda, organizaciones de socorro,..

H) Explicar la “normalidad” de las emociones y ofrecerse para intervenir o asesorar sobre los temas o dificultades que encuentren.

I) En el momento de reconocimiento de cadáveres:

Evitar colas, y ayudar que la familia elija el encargado de realizar la identificación; organizar el espacio de forma que se evite el efecto dominó de las manifestaciones emocionales, el contagio de expresiones extremas. Recordar que en algunos casos el reconocimiento de cadáveres por parte de algunos familiares puede no ser aconsejable (cuando no imposible).

J) En el momento de la ceremonia de enterramiento y duelo:

Tomar las manifestaciones emocionales como “normales “ e incluso aconsejables. La ceremonia servirá para que el afectado empiece a aceptar el hecho traumático si estuviese funcionando bajo el mecanismo de negación.

No reprimir el llanto, permitir a la persona que lllore sin ser molestada.

Ayudar a los afectados a comprender que no deben guardar por vergüenza o valores inadecuados, los sentimientos que mantienen reprimidos.

Debemos decirles que comprendemos cómo se están sintiendo, aunque sin duda nadie puede ponerse en su lugar, ni pasar lo que ellos sienten.

No negar medicación si alguna persona la solicita, pero antes debemos explicar que es más aconsejable que se intente superar estos momentos con apoyo de otros y otras técnicas, aceptando los sentimientos más que anulándolos con fármacos.

Nuestra presencia debe ser discreta, limitando en lo posible señales externas que delaten nuestro carácter de intervención. El contacto con los familiares debe ser previo a estos actos; de no haber sido así, no debemos entrar el círculo de familiares como intrusos.

K) Ofrecer consejo sobre cómo tratar el tema con los menores (padres, profesores, otros profesionales de la salud,...)

CONSULTA ESPECÍFICA PARA LOS FAMILIARES PENDIENTES DE RECONOCER A FAMILIARES FALLECIDOS.

- Se habilitó con voluntarios de la Asociación Española de Cuidados Paliativos una consulta del día 15 al 19 de marzo para los familiares que estaban todavía pendientes de reconocer el cadáver o los restos de la víctima. Tuvo poca frecuentación y de hecho se acabaron trasladando al Tanatorio de la Almudena.

ATENCIÓN TELEFÓNICA 112

- A las 7:36 se produce la primera llamada en el 112, informando de una explosión en la estación de Sta Eugenia.
- Desde el 112, se informa de lo sucedido a los organismos competentes.
- Durante las horas posteriores, la central del 112, recibe 316 llamadas telefónicas en relación a explosiones.
- La primera decisión que se toma, es la realización de una configuración extraordinaria, reforzando la sala de operaciones (130 líneas telefónicas y 200 profesionales).

- Se activa el nivel 3 de emergencia nacional.
- Se convoca a los responsables de los organismos de la Comunidad de Madrid:
 - Gerente 112
 - Protección civil
 - Bomberos de la Comunidad y ayuntamiento de Madrid.
 - Summa (Servicio de urgencia médica de la CAM)
 - Samur (Servicio de asistencia municipal de urgencia y rescate del ayuntamiento de Madrid).
 - Cruz Roja
 - Policía municipal.
 - Guardia civil
 - Representante de la Delegación de gobierno.

- Se habilitó el 112 para que los familiares de los afectados por los atentados pudiesen solicitar cualquier tipo de información.
- Se recogieron los listados de los heridos que procedían de los distintos hospitales y de IFEMA
- Se recibieron unas 25.000 llamadas y hubo 13 millones de accesos a la web.
- Se mantuvo el dispositivo especial, hasta el lunes 15 de Marzo.

- En el SUMMA se organizó un grupo de psicólogos liderados por el colegio oficial de psicólogos que atendió 24 horas al día.

Según el Colegio oficial de psicólogos, el dispositivo especial de emergencias que se creó, estuvo compuesto por: 4 coordinadores, 2 Jefes de Equipo y 10 profesionales. Este dispositivo estuvo trabajando las 24 horas del día durante los 11 días que transcurrieron tras los atentados. De esta forma, a través de las 8 líneas telefónicas, se pudo atender toda la asistencia psicológica que era solicitada desde los distintos lugares. Desde este dispositivo estuvieron alertados 1.415 psicólogos, de los cuales 948 realizaron una intervención directa.

En resumen, los datos de la asistencia psicológica realizada fueron: más de 5.000 personas tuvieron asistencia directa, 13.540 tuvieron asistencia telefónica a través de las líneas 112 y 061. Tres cuartas partes de la asistencia telefónica realizada correspondía a personas que, si bien no vivieron los atentados de forma directa, se sentían afectadas. Los síntomas más comunes que tenían las personas que llamaban eran episodios de ansiedad, estrés agudo, reacciones fóbicas (miedo a utilizar los transportes públicos), e incluso casos de mutismo. Además se creó un dispositivo de asistencia domiciliaria que atendió a 183 personas.

No sólo los heridos y los familiares afectados fueron las personas que necesitaron la asistencia psicológica como consecuencia de estos atentados. También se atendieron a los vecinos de los lugares donde se produjeron los atentados, alumnos de colegios cercanos... Así mismo se realizó Debriefing Psicológico a los profesionales que intervinieron como Policías, Bomberos, Médicos, Psicólogos, Psiquiatras, Personal de enfermería, Trabajadores sociales, Voluntarios, Periodistas.

3.5.2. SEGUNDA FASE

El voluntariado deja paso a los profesionales de la Red Pública Sanitaria

PLANIFICAR NECESIDADES

*El día 22 de Marzo de 2004 se constituyó en el **Ministerio de Sanidad** una Comisión formada por representantes de la Consejería de Sanidad y Consumo, Ayuntamiento de Madrid, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa y Consejería de Sanidad de Castilla La Mancha. Como resultado de esta reunión el pasado Consejo de Ministros aprobó un **Plan de Atención en Salud Mental a los Afectados por el Atentado del 11-M**, acordándose que la Consejería de Sanidad y Consumo de la CAM, desde la Oficina de Salud Mental, coordinará la ejecución de dicho Plan.*

- POBLACIÓN EXPUESTA:
 - Por cada fallecido/herido grave hay 200 psíquicos, por tanto, 80.000 afectados podrían estar en riesgo mental
 - En el 11-S, el 15% de la población, estuvo expuesta psíquicamente, por tanto, 150.000 afectados podrían estar en riesgo.

- POSIBLES SECUELAS PSÍQUICAS
 - El 3% en los 3 primeros meses, 1% a los 9 meses es decir, 2400-2500 casos en el primer período y en el segundo período, 600-1500 casos.

- GRUPOS ESPECÍFICOS:
 - Niños y Adolescentes y Personal interviniente en rescate.

ATENCIÓN A NIÑOS Y ADOLESCENTES

- Se Creó una Unidad Móvil de Atención en Salud Mental a los niños y adolescentes constituida por 1 Psiquiatra, 2 Psicólogos, 1 Auxiliar Administrativo y 1 Conductor, de nueva contratación.
 - Su intervención se llevó a cabo fundamentalmente en los centros docentes (colegios e institutos de educación secundaria obligatoria), en un nivel de prevención primaria y secundaria y en estrecha colaboración con los equipos dependientes de la Conserjería de Educación.

- Además se establecieron dos Equipos de Salud Mental para Niños y Adolescentes específicos en la zona donde más afectados se preveían. Concretamente en Vallecas y Alcalá de Henares

LÍNEAS GENERALES DE ACTUACIÓN EN EL COLEGIO/INSTITUTO DESPUÉS DEL ATENTADO

GUIA DE ORIENTACIÓN PARA PROFESORES

Después del brutal atentado ocurrido el 11 de Marzo, muchos niños acuden al colegio asustados y confundidos. Dependiendo de su edad, de su forma de ser o de la afectación directa o no de ellos mismos o de alguno de sus familiares, estos niños probablemente se encuentren asustados, con miedo, preocupados a cerca de su futuro, de su seguridad, del futuro de su familia.

Tras el trauma, la clase se puede convertir en un escenario caótico o en un lugar de refugio donde procesar y modular emociones intensas y encontradas. Como profesor, usted se va a enfrentar con estas cuestiones cuando los niños y adolescentes acudan al colegio/instituto en los próximos días, semanas e incluso meses.

Aquí le proporcionamos unas líneas generales para poder manejar y apoyar a sus alumnos:

- Empiece el día con la rutina habitual y después hágalos saber que van a tener un tiempo para discutir y preguntar a cerca de los acontecimientos:
- Estructure las horas de clase de modo que se dé un tiempo inicial en el que se informe y se discuta de forma simple y directa lo que se sabe respecto a la situación.
- Identificar a aquellos estudiantes que se puedan encontrar en una situación emocional más frágil. Entre ellos, los testigos directos de la situación traumática, los afectados por la muerte o heridas graves de sus familiares, los que ya padecían trastornos psicológicos con anterioridad al atentado.
- Esforzarse por dotar al día escolar de una estructura lo más normal posible.
- Permitir, en los momentos que se facilitan para ello, la expresión de sentimientos, tanto verbal como, dependiendo de la edad de los niños, a través del dibujo, el juego y otras actividades.
- Limitar las descripciones de detalles escabrosos por parte de los testigos y víctimas cuando haya otros niños de otra condición presentes.
- Sin importar cuál es el grado de exposición al atentado, algunos chicos querrán hablar extensamente de lo que han visto y vivido, mientras que otros no querrán participar en absoluto. Facilite para estos un espacio más íntimo donde puedan, más lentamente, ir expresándose.
- Permita a los niños y adolescentes contar sus historias sobre el día del atentado: dónde estaban, con quién, qué hicieron.
- Esté alerta de las variaciones de las reacciones de sus alumnos.
- Los niños y adolescentes que ya tenían problemas se mostrarán más preocupados: el niño deprimido se mostrará más aislado, el inquieto más hiperactivo, el temeroso puede incrementar sus miedos a cerca de su seguridad y la de los suyos...
- Conteste a las preguntas que hagan de forma sincera y concreta, teniendo en cuenta la edad de los niños.
- Reasegure a los niños que está seguros y que los adultos responsables cuidan de ellos. Aunque no podemos asegurárselo en un 100%, los jóvenes necesitan saber que los adultos están cuidando de ellos (familia, policía, etc....)
- Consulte al psicólogo de su centro educativo cuando observe algún niño o adolescente especialmente nervioso, agitado, agresivo, aislado, inhibido, triste o con un cambio importante en su comportamiento habitual. El podrá coordinarse con los especialistas de Salud Mental.
- Comunique a los niños afectados que cuando se encuentren mal en clase se lo digan a usted. Permítales salir con discreción de clase para que acudan a la persona designada para recibirlos, asegurándose de que esa persona lo va a recibir (¿jefe de estudios, psicólogo?). Que esta persona lo anime a expresar su malestar en ese momento. Conteniéndolo con afecto y apoyo.
- Mantenga informados a los padres de cualquier cambio observado en sus hijos así como de las actuaciones que se están llevando a cabo (charlas, discusiones...).
- Esté alerta de conductas o comentarios agresivos, vengativos y asegúrese de que ningún alumno es identificado con los terroristas por razón de nacionalidad, raza, etc...
- Permita a los niños participar en los rituales de conmemoración y duelo que se organicen públicamente. Para aquellos niños que esa situación social les sobrepase, cree en su colegio un espacio más reducido donde pueda participar del ritual de forma más privada.

Recuerde que todas estas reacciones son normales. Esté abierto a escuchar, observar y remitir a los niños y adolescentes a los profesionales adecuados cuando ello sea necesario por los cauces establecidos.

No olvide que, aunque la mayoría de los niños y adolescentes son capaces de superar el trauma, existe un porcentaje, especialmente menores de once años, en los que las consecuencias psicológicas pueden ser perdurables y conllevar un sufrimiento para toda la vida. La detección precoz de los síntomas y su correcto tratamiento puede lograr la integración de la experiencia traumática en la vida del niño/adolescente de forma que pueda continuar su desarrollo como una persona normal que ha sufrido una gran desgracia en la vida.

Por último, y no por ello es menos importante, cuídese usted mismo. Si se ve incapaz de afrontar la situación o siente un malestar intenso por ello, pida ayuda.

Su labor es de gran importancia y ayuda para sus alumnos. Por ello, esperamos que esta orientación le sea de utilidad y le agradecemos de antemano su colaboración.

OFICINA REGIONAL DE COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL

ATENTADO DE 11 DE MARZO EN MADRID

GUIA DE ORIENTACIÓN PARA PADRES

Después del atentado del 11 de Marzo todos los ciudadanos están sumamente preocupados por el impacto de este acontecimiento sobre las personas afectadas directa o indirectamente. Los niños, por supuesto, también están impresionados por lo sucedido. Es muy probable que estén preocupados por su seguridad, por su futuro, y, lo que es más importante, por su familia y otras personas allegadas. Sus padres pueden tener dudas acerca de cómo tratar el tema y cómo actuar.

Aquí se dan unas guías de orientación para darles ayuda a los niños en las próximas semanas.

- Identifique el riesgo que puede tener su hijo para caer en problemas: los niños que mayor riesgo tienen son aquellos que han experimentado alguna pérdida personal debido a la actual tragedia, ya sea porque están cerca de los lugares del atentado o porque tiene familia o amigos que murieron.

- Tenga en mente que la reacción de cada niño depende de su edad, temperamento y su manera de enfrentar problemas. Algunos niños prefieren hablar de los acontecimientos, otros son más callados y se preocupan en silencio. Hay algunos que se ponen hiperactivos y otros que pueden mantener una rutina normal pero que más adelante pueden presentar las alteraciones.

- Los niños buscan refugio en sus padres y por lo tanto la actitud y reacción de estos va a afectar al niño. Si el padre está tranquilo, puede transmitir esa calma al niño.

- Los niños que hayan tenido algún problema antes de la crisis pueden experimentar un resurgimiento de su problema, ya sea inmediatamente o de forma más gradual.

- Usted debe esperar variaciones en el estado de ánimo de su hijo en diferentes momentos.

- No tema hablar de la situación traumática con sus hijos. Para ello, es útil comenzar por saber qué es lo que ya saben y han visto los hijos, preguntándoles lo que ellos piensan y sienten. El escuchar atentamente sus respuestas será de mucha utilidad para manejar las cosas en la manera más favorable para ellos. Los niños probablemente se preocupan más de las cosas concretas e inmediatas: ¿es seguro el colegio? ¿podemos coger el tren?... Contesten sus preguntas aunque sean repetidas.

- Los padres debieran ser completamente veraces y sinceros en las respuestas que den y deben transmitir confianza en los asuntos de mayor importancia en los niños, tales como quién cuidará de ellos o su seguridad: “mamá te llevará al colegio”, “los policías van a detener a los culpables”. Los padres pueden demostrar que ellos también están tristes pero debieran mantener sus emociones bajo control delante de sus hijos.

- Se debe mantener tanto como sea posible la rutina cotidiana porque la familiaridad de lo que acontece alrededor es muy consolador para los niños y les da un sentido de normalidad.

- Los padres debieran limitar o restringir el tiempo de televisión en las noticias para los niños. Si ellos quieren ver la tele durante esta época, procure que no la vean solos. La repetida visión de los mismos acontecimientos puede ser equivocadamente interpretada, sobretodo por los más pequeños como si fuese un atentado nuevo. En los niños mayores pueden tener un efecto de hacerles sentir indefensos. Se ha demostrado que incluso niños que no han tenido ninguna afectación directa por el atentado pueden presentar síntomas de estrés por la sola visión de las imágenes en televisión.

- Es bastante común que los niños en estas situaciones se pongan más apegados a sus padres y que muestren malestar y protesta con las separaciones. Es posible que quieran estar siempre con ellos, que quieran dormir con ellos, etc... En estos casos los padres deben preguntarse si es su propia angustia la que contribuye a los temores de su hijo. Si le pide dormir en su cama, dígame que se va a

quedar a su lado, en su propia cama hasta que se duerma; si se permite dormir juntos es aconsejable que tan pronto como sea posible vuelvan a su cama.

- Los niños que antes del acontecimiento estuvieran viviendo situaciones de tensión (separaciones, dificultades económicas...) necesitarán que se les exprese más cariño y apoyo.

- Preste atención a cómo se comentan los acontecimientos en la familia o el entorno cuando ellos están presentes o cercanos. No se debieran fomentar ideas de perjuicio ni venganza como forma de resolver los problemas. Esto no es útil para reparar los sentimientos heridos ni para curar la tristeza que sienten.

- Utilice las redes de apoyo que se han puesto a su disposición para atenderlos. Consulte con su Médico de Atención Primaria, su Pediatra o en el Centro de Salud Mental de su zona si considera que su hijo debe recibir ayuda. No olvide que deben ser especialistas en Salud Mental los profesionales que deben tratar a sus hijos si así lo precisan.

- Cuídese usted. De cómo afronte usted esta situación depende en parte cómo la pueda superar su hijo. Si se ve sobrepasado o si su grado de afectación emocional por su implicación en el atentado le impide llevar a cabo las líneas generales de estos consejos, busque una persona cercana que pueda ejercer ese papel con sus hijos y pida ayuda para usted. Pasado un tiempo tras el suceso los síntomas deben ir remitiendo; si no ocurre así, el no solicitar ayuda tanto para usted como para su hijo puede llevar a la cronificación de los síntomas y la prolongación durante años del sufrimiento, con la consiguiente afectación del desarrollo normal de su hijo.

Las reacciones de malestar emocional y de alteraciones en el comportamiento de los niños y adolescentes forman parte de una reacción normal ante una situación traumática; sin embargo, los niños a menudo no expresan sus temores para no entristecer aún más a sus padres, lo cual no quiere decir que no los tengan. Los más afectados por el atentado (víctimas, huérfanos, testigos) pueden presentar un malestar mayor que requiera una intervención especializada. Por ello y por la importancia que tiene para el futuro liberar a su hijo del sufrimiento prolongado que conllevaría la no resolución del trauma, procure estar alerta, permitir que su hijo se exprese hablando, dibujando, jugando, y conocer cómo se encuentra. Negar la importancia de lo sucedido y hacer “como si no hubiera pasado nada”, “no hablar para que se olvide”, sólo contribuye a incrementar sus sentimientos de soledad y aislamiento y contribuye a la presentación de las complicaciones psiquiátricas que se puedan presentar.

Tenga también la confianza de que, a pesar del horror de lo vivido, la mayoría de los niños y adolescentes son capaces de integrar la experiencia traumática dentro de su vida y continúan con un desarrollo normal. Para reducir esa proporción de los que quedan afectados, la aplicación de las medidas y consejos señalados anteriormente es lo que ahora cada uno de ustedes puede hacer.

OFICINA REGIONAL DE COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL

- En colaboración con la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), se ha habilitado una consulta específica para profesionales sanitarios, bomberos, cuerpos de seguridad, periodistas etc... que estuvieron implicados en el rescate y en la atención directa a los afectados.
- Estaba compuesta por 2 psiquiatras, 1 psicólogo y 2 administrativos contratados por el Hospital Clínico San Carlos y el apoyo asistencial de profesionales del Ministerio de Defensa y de Castilla La Mancha.

Desde que la Unidad inició sus tareas, el número de personas que han acudido solicitando ayuda, ha sido reducido, lo cual puede estar en relación con varios factores:

- Por un lado, durante el primer mes después el atentado, la fase de estrés agudo ha podido ser abordada con el apoyo y solidaridad entre los miembros de los distintos grupos de personal interviniente.
- Por otra parte, se ha podido constatar que las distintas organizaciones han realizado grupos de apoyo contando con los propios psicólogos de su plantilla.

Las fases del atentado, las intervenciones realizadas y los recursos humanos utilizados en diferentes lugares en el 11-M, se pueden resumir en la siguiente tabla, elaborada por la coordinación de salud mental de la Comunidad de Madrid.

	<i>FASE 0</i>	<i>FASE I</i>	<i>FASE II</i>
<i>Tipo cronológico</i>	<i>Fase de preimpacto</i>	<i>Fase de impacto</i>	<i>Fase de postimpacto</i>
<i>Recursos Humanos</i>	<i>Voluntariado</i>	<i>Voluntariado</i>	<i>Profesionales</i>
<i>Tipo intervención</i>	<i>Formación y organización</i>	<i>Por presencia</i>	<i>A demanda</i>
			<i>Equipo móvil</i>
<i>Localización</i>	<i>En la Red sanitaria</i>	<i>In situ</i>	<i>En la Red sanitaria</i>

CONCLUSIONES DE LA OFICINA REGIONAL DE SALUD MENTAL.

1. Alertar a los profesionales desde los primeros momentos
2. Asumir un mando único
3. Voluntarios si pero, preferiblemente profesionales de la salud mental
4. Difundir información y formación desde el principio
5. Financiación urgente

4. ORGANISMOS DE AYUDA A LAS VÍCTIMAS Y FAMILIARES DEL 11-M

A. Surgieron expresamente como consecuencia del atentado los siguientes organismos de apoyo:

4.1. OFICINA MUNICIPAL DE ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS

La Oficina de Atención a las Víctimas se inauguró el 30 de Marzo de 2004, en Madrid, en el Centro de Servicios Sociales del Puente de Vallecas un lugar próximo a las zonas de los atentados. El horario ininterrumpido de oficina fue de 9:00 a 21:00 horas, atendido por 32 profesionales. Esta oficina fue creada con la intención de canalizar toda la asistencia a las víctimas desde cualquier administración.

Para poder recibir asistencia a través de la Oficina, los afectados debían presentar un parte médico o psicológico. La petición de asistencia psicológica y los trámites para acceder a las indemnizaciones han sido las principales cuestiones que plantearon a esta los afectados a esta oficina.

Tras algo más de cinco meses de trabajo desde que se abrió esta oficina, el día 10 de septiembre cerró sus puertas con el siguiente balance: a sus espaldas, según relató en su momento el concejal de Coordinación Territorial, José Manuel Berzal, 2.473 personas atendidas, cada una con su propia historia detrás. De ellas, 1.660 eran afectadas directas por la masacre de aquel día.

Uno de los datos más significativos de todos estos meses de trabajo es que casi seis de cada diez expedientes tramitados -59,9 por ciento- correspondían a personas extranjeras.

También dentro de este capítulo de cifras cabe destacar que este servicio especial llegó a la mayor parte de los afectados directos -casi al 98,2 por ciento-, dato que llevó a los responsables municipales a dar la oficina por cerrada, aunque esta medida, no significó el abandono del seguimiento de las acciones emprendidas por la oficina, puesto que los casos e historiales pasaron a formar parte de los servicios sociales del distrito en que residan las víctimas.

Los 875 expedientes tramitados en esta oficina correspondían en 61 de los casos a familiares directos de los fallecidos; 93, a heridos graves con lesiones que darán lugar a incapacidades permanentes; 469, a heridos leves con incapacidades temporales o lesiones permanentes, pero no invalidantes, y otros 247 fueron de personas a las que no se había determinado la lesión.

Entre la población extranjera afectada, la comunidad ecuatoriana fue la que se llevó la peor parte si atendemos al balance presentado por el Ayuntamiento. Constituyó un 23,77 por ciento de los atendidos, seguida de la rumana -12 por ciento- y la colombiana -8 por ciento-.

Con respecto a los españoles, la mayoría de los expedientes tramitados correspondían a vecinos del distrito de Puente de Vallecas -donde se encuentra la estación de Cercanías de El Pozo, zona muy cercana también a las otras dos siniestradas: Atocha, en el distrito de Arganzuela, y Santa Eugenia, en Villa de Vallecas-, que sumó 199 afectados, un 37,54 por ciento del total.

No en vano, la Oficina de Atención Integral quedó ubicada en este distrito, concretamente, en la calle de Peña Gorbea. Para terminar los aspectos puramente estadísticos, puede resaltarse que 1.660 personas fueron atendidas con cita previa, y se detectaron 160 casos de afectados que no han sido contactados por el Ministerio del Interior.

El cierre de la oficina no supuso el fin de la atención, por lo que el Ayuntamiento remitió al cierre de la misma, una carta a todos los contactados con toda la información y los teléfonos de interés para que pudieran continuar recibiendo los cuidados que necesitasen en el lugar más próximo a su domicilio, en su centro de servicios sociales de referencia, con toda normalidad.

4.2. ALTO COMISIONADO

El Alto Comisionado, fue un organismo dependiente directamente de la Presidencia de Gobierno y asumió el cometido de articular los mecanismos de coordinación y cooperación de la atención a las víctimas del terrorismo, así como de proponer medidas legislativas y materiales oportunas para lograr esta meta.

La creación del Alto Comisionado partió por la constatación desde hace mucho tiempo de que las víctimas del terrorismo no contaban con una alta institución del Estado, que se encargara de velar por sus necesidades de forma exclusiva e integral. En los últimos quince o veinte años se había avanzado mucho en el apoyo a las víctimas del terrorismo en España con la creación de distintos ámbitos de protección, la aparición de las asociaciones, de la fundación y la acción directa de los Gobiernos, a través de ministerios como el de Trabajo o el de Interior; pero no había ningún organismo que vertebrara y diera sentido integral a todo lo hecho y que coordinara de una manera coherente las acciones a favor de las víctimas del terrorismo.

El Alto Comisionado fue creado por Real Decreto 2317/2004, de 17 de diciembre, el cual justifica su creación de la siguiente manera: *<< El reconocimiento y atención a las víctimas del terrorismo es una necesidad sentida por toda la sociedad española, sensibilizada, sin duda, ante quienes sufren las consecuencias de la violencia terrorista. Y no es sólo una necesidad de estricta justicia y solidaridad, sino también una manifestación de la fortaleza moral que la propia sociedad hace valer frente a la amenaza que esa violencia representa.*

Sin duda, la labor que llevan a cabo las diferentes fundaciones y asociaciones creadas en los últimos años está resultando fundamental en la tarea de atención a las víctimas y en la expresión del rearme moral frente al terrorismo, pero como no se puede escatimar ningún esfuerzo para mejorar la eficacia y los medios en el desarrollo de esta tarea, el Gobierno, en el ámbito que le corresponde, considera preciso profundizar en los mecanismos de armonización de la acción de los diferentes órganos y organismos de la Administración General del Estado para lograr una asistencia integral a las víctimas de los actos terroristas.

Asimismo, la coordinación y la cooperación deben incrementarse en relación con las restantes Administraciones territoriales que ejercen actuaciones en este terreno, creando para ello los adecuados cauces que permitan dispensar la referida atención integral.

Para los fines indicados, se crea el Alto Comisionado de Apoyo a las Víctimas del Terrorismo, que dependerá directamente del Presidente del Gobierno y que asumirá el cometido de articular los mecanismos de coordinación y cooperación aludidos, así como de proponer cuantas medidas legislativas y materiales se estimen oportunas para alcanzar una atención global y eficaz a las víctimas del terrorismo.

En su virtud, a propuesta del Presidente del Gobierno, de conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.j) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno. >>

Según este Real Decreto, el Alto Comisionado se creó para la ejecución de las siguientes funciones:

- a) El seguimiento de las actuaciones de los órganos competentes de la Administración General del Estado en materia de asistencia y ayuda a las víctimas del terrorismo, tanto de naturaleza económica como de cualquier otra índole.
- b) La colaboración con cuantas asociaciones, fundaciones y demás instituciones, públicas y privadas, tengan como objetivo la atención a las víctimas del terrorismo.
- c) La cooperación con los órganos competentes en dichos ámbitos de las restantes Administraciones públicas, con el objeto de que por medio de su coordinación se asegure una protección integral a las víctimas del terrorismo.
- d) La evaluación continua de la situación económica y social de las víctimas del terrorismo.
- e) La propuesta de iniciativas legislativas, reglamentarias y materiales para mejorar los mecanismos de información, atención y apoyo a las víctimas del terrorismo.

Para sintetizar, podemos decir que el Alto Comisionado realizó dos tipos de tareas en términos generales. Una, de atención directa y personalizada a las víctimas del terrorismo que visitaban su sede para plantear sus necesidades. Por otra parte, se realizaba una tarea más general de reflexión, primero, y de formulación de propuestas, después, para que el Gobierno y las distintas administraciones tomaran decisiones que favorecieran a todo el colectivo de víctimas del terrorismo. De esta manera y, poco a poco, se fue avanzando, a través de este organismo, en terrenos hasta ese momento poco explorados, como el de la educación, el de la atención psicológica, el del empleo, el de la vivienda o el de la asistencia jurídica.

Otra de las funciones del Alto Comisionado era el seguimiento de las actuaciones de los órganos competentes en materia de asistencia y ayuda a las víctimas. Desde los primeros días de funcionamiento del organismo, los problemas de atención psicológica a las víctimas del terrorismo se convirtieron en una de las prioridades. Se comenzó a conocer situaciones relacionadas con el dispositivo creado para atender a las víctimas y afectados del atentado del 11 de marzo y ello llevó a mantener una estrecha relación de trabajo, por ejemplo, con el *Departamento de Salud Mental de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid* y a dar seguimiento a las actuaciones emprendidas, en aquellas en las que esta institución era competente. Al mismo tiempo, llegaban también casos y situaciones de secuelas psicológicas por atentados terroristas padecidas por los miembros y fuerzas de seguridad del Estado.

El Alto Comisionado desarrolló sus funciones durante dos años; se suprime este organismo mediante Real Decreto 990/2006 de 8 de septiembre (B.O.E núm. 218, del martes 12 de septiembre), según este por la siguiente razón: << *la experiencia transcurrida desde su aprobación, aconseja que la eficacia y la eficiencia de la acción desarrollada hasta este momento por el Alto Comisionado, se incardine con carácter permanente, en el ámbito de la administración General del Estado, por lo que resulta preciso declarar la extinción de dicha institución, y la subsunción de sus funciones por los órganos ordinarios correspondientes de dicha administración.*>>

4.3. OFICINA JUDICIAL DE ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS

La creación de esta oficina fue aprobada por la Sala de Gobierno de la Audiencia Nacional el 17 de marzo de 2004, a petición del propio Juan del Olmo, con el fin de afrontar con los mayores medios posibles la investigación judicial.

Esta oficina abrió sus puertas en el número 4 de la calle de Marqués del Duero y su horario de atención al público era de 9 de la mañana a 14:00 de la tarde. Esta oficina contó con una base de datos con los nombres de los aproximadamente los 1.700 heridos que sufrieron los atentados.

Desde las instalaciones de esta oficina se fueron citando, por teléfono y uno a uno, a todos los heridos y familiares de los fallecidos en los atentados perpetrados en Madrid el 11 de marzo.

En primer lugar se citaron a los familiares de los fallecidos y en segundo lugar a los heridos, primero los leves, que ya estaban dados de alta, y luego los más graves, cuya recuperación fue más lenta. Por último, comparecieron en dicha oficina las personas que sufrieron daños materiales a causa de los atentados.

En lo que se refiere a la asistencia judicial, y por lo que se refiere a los familiares de los fallecidos, hubo casos en los que las víctimas mortales no tenían ningún familiar en España, por lo que las embajadas de sus respectivos países se pusieron en contacto con sus allegados, a fin de explicarles los trámites judiciales y burocráticos que podían llevar a cabo en España.

Además a todas estas personas se les ofreció la posibilidad de designar a alguien en España para que les represente como perjudicados en el sumario abierto tras el atentado. Una vez en la oficina, se ofrecía a los perjudicados la posibilidad de ejercer acciones penales contra los responsables de los atentados.

En esta oficina, se les preguntaba si habían percibido ya algún tipo de indemnización como perjudicados, y en el caso de que no fuera así, se les remitirá a la Subdirección General de Atención al Ciudadanos y Asistencia a Víctimas del Terrorismo, donde se les informaba de las compensaciones económicas a las que tienen derecho, independientemente de las acciones penales que decidieran ejercer.

Por su parte, los lesionados debían aportar, cuando se les citaba en la nueva oficina judicial, los informes médicos que tenían sobre su estado de salud y las heridas que sufrieron a causa de las explosiones.

Si alguna de las víctimas tenía algún tipo de duda sobre su situación o sobre el funcionamiento de esta oficina, así como sobre los trámites que debían realizar, podían llamar para pedir información a los teléfonos habilitados en esos momentos para tal efecto: 91-1026356 o 91-1026362.

Los familiares y heridos podrían también reclamar los objetos que echaran en falta y que se encontraban en una caja en dependencias judiciales. En algunos casos, debían aportar datos suficientes sobre su propiedad, mientras que en caso de documentación extraviada (DNI, pasaporte, etc), los propios agentes se la facilitaban a sus dueños o a los allegados de éstos, en caso de víctimas mortales.

El listado de víctimas con el que contaba esta oficina fue elaborado por la policía, la Subdirección General de la Oficina de Víctimas del Terrorismo, el Ministerio de Sanidad y el Consorcio de Compensación de Seguros. Desde la propia Audiencia Nacional ya se advirtió de que todo aquel que tratase de personarse en la causa como víctima sin que su nombre apareciera en la base de datos, podía incurrir en responsabilidad penal y podría ser acusado de fraude.

En esta oficina judicial trabajaron tres médicos forenses, una psicóloga, dos oficiales, dos auxiliares y un secretario judicial, todos ellos coordinados por el titular del Juzgado Central de Instrucción número 6 de la Audiencia Nacional, Juan del Olmo, encargado en un principio, del sumario 20/04, abierto tras los atentados del 11-M.

4.4. CONFEDERACIÓN DE CAJAS DE AHORRO. CECA

Como consecuencia de los atentados terroristas acontecidos en Madrid el 11 de marzo de 2004, una de las iniciativas solidarias a destacar, fue la promovida por la Confederación Española de Cajas de Ahorro (CECA), cuyo Consejo de Administración en fecha 11 de marzo de 2004 acordó crear un fondo de ayuda, con cargo a las Cajas de Ahorro y a las aportaciones particulares y empresariales que quisieran sumarse a su propuesta.

Con fecha 16 de diciembre de 2004 se suscribió un Acuerdo entre la CECA y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales para la gestión del fondo, creándose por [Orden TAS/475/2005, de 28 de febrero](#), publicada en el BOE nº 52, de 2 de marzo de 2005, la Unidad Administradora para la gestión del Fondo de Ayuda a las Víctimas y Afectados del Atentado Terrorista del 11 de marzo de 2004 y la Comisión de Seguimiento de la misma y se regulan las prestaciones y servicios con cargo a dicho fondo.

¿Quién y cómo se administra este *Fondo de Ayuda* a las víctimas del 11M?

La Unidad Administradora de este fondo, regulada por la citada [Orden TAS/475/2005, de 28 de febrero](#), se crea para la gestión del «Fondo de Ayuda a las Víctimas y Afectados del Atentado Terrorista del 11 de marzo de 2004», como órgano encargado de llevar a cabo las tareas y funciones derivadas de la gestión del mismo, adscribiéndose, orgánica y funcionalmente, a el Instituto de Mayores y Servicios Sociales a través del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Para el cumplimiento de los fines señalados, la Unidad Administradora para la gestión del Fondo de Ayuda a las Víctimas y Afectados del Atentado Terrorista del 11-M desarrollará las siguientes funciones:

- Tramitación de la documentación presentada por los solicitantes de la ayuda a las víctimas y afectados del atentado terrorista del 11-M y solicitud de la documentación complementaria que se considere necesaria.
- Evaluación y baremación de las solicitudes recibidas que permita determinar la atención a prestar en base a las prestaciones y/o servicios establecidos.
- Propuesta a la Comisión de Seguimiento de concesión de las prestaciones y servicios en función de los criterios de valoración aplicados.
- Comunicación de la resolución de concesión y condiciones de ejecución, en su caso, de las prestaciones y servicios.
- Gestión económico-administrativa del fondo, tramitación de pagos y rendición de cuentas ante la Comisión de Seguimiento, sin perjuicio de las competencias atribuidas a la Intervención General de la Administración del Estado y del Tribunal de Cuentas.

Comisión de Seguimiento

Adscrita al Instituto de Mayores y Servicios Sociales, en la Comisión de Seguimiento se institucionaliza la colaboración del movimiento asociativo de las personas afectadas por el atentado terrorista del 11-M y la Administración General del Estado. Esta Comisión, constituida el 12 de junio de 2005, tiene como finalidad garantizar los principios de participación y transparencia en la gestión del citado Fondo; los miembros que la integran son los siguientes:

- La Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad o persona en quien delegue, que actuará de Presidenta.
- El Director General del IMSERSO.
- La Secretaria General del IMSERSO

- La Directora Técnica del Real Patronato sobre Discapacidad.
- El Subdirector General de Presupuestos, Estudios Económicos y Estadísticas de la Tesorería General de la Seguridad Social.
- El Subdirector General de Gestión de Formación Ocupacional del Servicio Público de Empleo Estatal.
- El Director de la Unidad Administradora para la Gestión del Fondo.
- 1 representante de la Fundación Víctimas del Terrorismo.
- 4 representantes de las víctimas y de los afectados por el atentado terrorista del 11-M.

Actuará de Secretario de la Comisión la Secretaria General del IMSERSO.

Los representantes de las víctimas y afectados por el atentado terrorista del 11-M han sido nombrados por el Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales de entre las personas designadas por las asociaciones de víctimas y afectados de terrorismo por el atentado del 11-M.

La Comisión de Seguimiento tendrá las siguientes funciones:

- Planificación y supervisión de las actuaciones a realizar con cargo al fondo.
- Elaboración de baremos y propuesta de concesión de las prestaciones y servicios que se establecen en el apartado quinto.
- Asesoramiento y supervisión de la concesión de prestaciones y servicios.
- Seguimiento y control de la gestión del fondo llevada a cabo por la Unidad Administradora del Fondo de Ayuda del 11-M.
- Establecimiento de un sistema de seguimiento y control de las condiciones de ejecución de las prestaciones y servicios.
- Estudio de las propuestas formuladas por cualquiera de los organismos o entidades representadas en la Comisión de Seguimiento.
- Aprobación de las Cuentas y de la Memoria anual de la Unidad Administradora.
- Elaborar y aprobar el régimen de funcionamiento interno.
- Propuesta de finalización de los trabajos de la Comisión de Seguimiento, así como la liquidación del Fondo.

Las ayudas que gestiona este Fondo, se han ofrecido desde el año 2006 hasta el año 2009, fecha en la que ha finalizado la existencia de este fondo. Los catálogos de todas las convocatorias (2006, 2007, 2008 y 2009) puede consultarse en la página www.mtas.es, o directamente en la Secretaría General del Inmerso.

La Unidad Administradora para la Gestión del Fondo de Ayuda a las Víctimas y Afectados del Atentado Terrorista del 11-M ha estado situada en la Avenida de La Ilustración, s/n (código postal 28029 de Madrid), o pueden consultarse sus funciones en el teléfono 91 3636 88 16.

b. Organismos ya existentes antes del 11-M

4.5. MINISTERIO DEL INTERIOR

■ SUBDIRECCIÓN GENERAL DE APOYO A VÍCTIMAS DEL TERRORISMO. Funciones:

- a) La colaboración con las asociaciones, fundaciones y demás instituciones públicas y privadas que tengan como objetivo la atención a las víctimas del terrorismo.
- b) La colaboración con los órganos competentes de la Administración General del Estado en las materias de asistencia y apoyo a las víctimas del terrorismo, con el fin de asegurar una protección integral de las víctimas.
- c) La cooperación con los órganos competentes en estas mismas materias de las restantes Administraciones Públicas.
- d) La colaboración con las oficinas de atención a víctimas de delitos de terrorismo que se establezcan en Tribunales y fiscalías.

■ SUBDIRECCIÓN GENERAL DE AYUDAS A LAS VÍCTIMAS DEL TERRORISMO Y ATENCIÓN CIUDADANA. Funciones:

- e) La tramitación, gestión y propuesta de resolución de los expedientes de ayudas y resarcimientos a los afectados por delitos de terrorismo.
- f) Facilitar a las víctimas del terrorismo información relativa a los procedimientos para la solicitud de ayudas públicas.
- g) La dirección y coordinación de las oficinas de información y atención al ciudadano del departamento y el mantenimiento de la base de datos de información administrativa.
- h) El apoyo documental y técnico a las oficinas de información y atención al ciudadano, impulsando el intercambio de material informativo entre ellas y participando en la elaboración y distribución de publicaciones y otros medios de difusión informativa.

5. ORGANIZACIÓN DE ASOCIACIONES DE VÍCTIMAS DE TERRORISMO.

AAV11-M

Las asociaciones de víctimas de terrorismo, se crean meses después de producirse el atentado terrorista, por las propias víctimas y familiares de los afectados.

La finalidad de éste asociacionismo, consiste en la identificación y pertenencia a un grupo de personas que habiendo vivido la misma experiencia, comparte información, necesidades e intervención específica, que no han conseguido unificar por medio de otros Organismos. Es importante la necesidad que se desarrolla de pertenencia e identificación a un grupo, sobretodo después de haber vivido un atentado terrorista, en el que se intensifica la desconfianza al mundo que les rodea.

La Asociación de Ayuda a víctimas del 11-M tiene fecha de constitución de 24 de octubre de 2004, unos meses más tarde de los atentados, que ocurrieron el 11 de Marzo en Madrid.

La Asociación de Ayuda a las Víctimas del 11M, se constituye en una entidad sin ánimo de lucro, al amparo del artículo 22 de la Constitución, y se rige por la Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo reguladora del derecho de asociación y normas concordantes y las que en cada momento le sean aplicables por los estatutos vigentes.

Según estos estatutos, la Asociación tiene como fines:

a. Tutelar la prestación de ayuda de toda índole a las víctimas y afectados por los atentados terroristas del 11 de marzo en Madrid.

b. Informar y comunicar a las víctimas y afectados todos los cauces de ayuda de los distintos organismos y administraciones públicas, entidades privadas, asociaciones o fundaciones.

c. Tramitar solicitudes y peticiones de las víctimas y familiares ante las distintas instituciones (públicas o privadas) de ámbito local, autonómico, nacional o internacional y sus respectivos representantes.

d. Defender y facilitar el acceso de las víctimas y afectados a las instancias clínico sanitarias y a las entidades que presten apoyo psicológico, psicosocial y terapéutico.

e. Canalizar las peticiones de asesoramiento jurídico y fiscal de las víctimas y afectados por los atentados.

f. Promover cursos de formación y programas de inserción laboral, así como tutelar los derechos laborales y asistenciales de las víctimas y afectados.

g. Programar y organizar actividades culturales, turísticas, deportivas y sociales en el marco de la asociación.

h. Cualquier otra finalidad que persiga la ayuda y el servicio a las víctimas y a los afectados de los atentados del 11 de marzo en Madrid.

i. Sensibilización y concienciación social frente al terrorismo.

j. Cooperación e intercambio de conocimientos entre los organismos análogos existentes (asociaciones, fundaciones, etc)

Para el cumplimiento de estos fines, las áreas en las que se establece la Asociación se basan en el cumplimiento de las siguientes actividades:

1. Programas de información y comunicación tendentes a la defensa de los legítimos intereses de las víctimas y afectados del 11 de marzo.
2. Encauzar el apoyo sanitario y psicológico y el asesoramiento jurídico y administrativo.
3. Desarrollo de actividades culturales, turísticas, deportivas y sociales, así como foros de formación y debate.
4. Puesta en funcionamiento de una página web y un foro para la divulgación de las actividades y la interrelación entre los asociados e interesados.

La Asociación de Ayuda a las Víctimas del 11M se configura en cuatro áreas desde las que se realizan las intervenciones:

5.1. **Área específica de Primera atención al asociado.** Esta área es la puerta de entrada a todos los servicios de la Asociación. El área de atención al ciudadano es de crucial importancia, puesto que es el primer contacto que las víctimas establecen con la Asociación, y en muchos casos es la primera vez que la víctima o familiares de la misma se acercan a una institución para solicitar información sobre las actividades que se desarrollan en la asociación, o para informarse sobre las prestaciones y derechos que existen para ellos.

Por ello, la persona encargada de hacer la “acogida” debe estar suficientemente cualificada para aportar el apoyo y la información necesaria a la víctima.

5.2. **Área de Trabajo social***. Esta área se centra en tres tipos de atención específica:

+ En primer lugar, **el servicio de información y asesoramiento** en cuanto a solicitud de prestaciones para víctimas del atentado del 11M y sus familiares, y gestión de expedientes tanto con entidades privadas como con administración pública. Los profesionales encargados de esta área, trabajadores sociales, son los que reciben la demanda explícita de la víctima o familiar de la misma, y gestionan la demanda implícita, al mismo tiempo. Se realiza un análisis de la situación de la persona en todas sus áreas: económica, jurídica, psicológica y social. Se realiza posteriormente un diagnóstico de la situación y la derivación al servicio oportuno. Una vez realizada la derivación, se realiza el seguimiento del caso, a través del contacto y la coordinación con los diferentes profesionales que trabajan en el apoyo a la víctima. Ya sean psicólogos, encargados de la asistencia psicológica, abogados encargados de la asistencia legal (solicitud al Ministerio del Interior de Indemnizaciones, interposición de recursos ante la resolución de las mismas, solicitud de condición de víctima de atentado terrorista ante el organismo público competente...etc), u otros profesionales encargados de la tramitación de ayudas económicas, dependientes de organismos tanto públicos como privados.

En este apartado se informa a la víctima y sus familiares de los derechos que adquieren por su condición y de las diferentes ayudas a todos los niveles, que existen tanto en la administración privada (Fundación de Víctimas del Terrorismo), como en la administración pública (Ministerio del Interior, IMSERSO), esta última en base al siguiente marco normativo general:

- A nivel estatal*:

* Los proyectos de intervención realizados dentro del Área de Trabajo Social serán expuestos detalladamente en el apartado 5 (Intervención Social Con Víctimas)

* En el Anexo IX se nombran todas las Disposiciones, Leyes y Reales Decretos a nivel específico que afectan a Víctimas de un atentado terrorista.

- *La Ley 32/1999, de 8 de octubre, de Solidaridad con las Víctimas del Terrorismo*, aplicable en todo el territorio nacional.
 - *Orden TAS/475/2005, de 28 de febrero*, por la que se crea la Unidad Administradora para la gestión del fondo de ayuda a las víctimas y afectados del atentado terrorista del 11 de marzo de 2004. Este fondo económico surgió de la iniciativa de la Confederación Española de Cajas de Ahorro (CECA) a la que se incorporaron multitud de aportaciones económicas de particulares y empresas para el apoyo a las víctimas y afectados del atentado del 11 de Marzo. La Gestión de este fondo ha sido encomendada bajo la orden mencionada al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- A nivel Autonómico: en este caso aplicamos la ley de la Comunidad de Madrid, por tratarse de un acto terrorista ocurrido en este territorio. La ley aplicable es la *Ley 12/1996, de 19 de diciembre (B.O.C.M núm. 307, de 27 de diciembre), de Ayuda a las Víctimas del Terrorismo, modificada por la Ley 7/1997, de 17 de febrero (B.O.C.M. núm. 42, de 19 de febrero)*.
- Cuentan con leyes autonómicas de ayuda a víctimas del terrorismo, además de la Comunidad de Madrid, La Comunidad Foral de Navarra, El País Vasco, y la Comunidad Valenciana.

Las ayudas de carácter económico gestionadas por los profesionales responsables de esta área se han realizado ante tres órganos diferentes:

1. Ministerio del Interior: se asesoró a las víctimas para realizar la solicitud de la indemnización económica correspondiente dentro de los seis primeros meses inmediatamente después a los atentados del 11M. En base a *La Ley 32/1999, de 8 de octubre, de Solidaridad con las Víctimas del Terrorismo*, aplicable en todo el territorio nacional.

A raíz de la sentencia dictada por la Audiencia Nacional en cuanto al juicio del 11-M, se asesora a las víctimas para la realización de la solicitud de indemnización correspondiente ante el mismo órgano competente: Ministerio del Interior. Aclaremos que en España, según la ley vigente, la víctima que sufre un atentado terrorista, es la que, de parte, debe presentar su solicitud de indemnización por víctima de atentado terrorista, al organismo público correspondiente, en este caso el Ministerio del Interior. Es importante que este dato lo conozcan las propias víctimas pues existe un plazo de 6 meses para solicitar la indemnización. Si pasado este plazo el interesado no ha realizado su solicitud ante el Ministerio del Interior, pierde todo derecho a recibir la indemnización correspondiente.

2. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO): La Confederación Española de Cajas de Ahorro (CECA) fue el impulsor de una de las muchas iniciativas de solidaridad que tuvieron lugar inmediatamente después de cometerse el atentado. Esta iniciativa, como ya se ha señalado antes, conformó un Fondo económico de Ayuda, al que pronto se incorporaron multitud de aportaciones económicas de particulares y empresas en apoyo a las víctimas y afectados del atentado terrorista del 11m. La gestión de este fondo se encomendó al Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), organismo público dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Y el reparto de este fondo económico se hace a través de un catálogo de prestaciones y servicios como son*:

- a. Servicio de información, valoración y orientación.
- b. Servicios Sociales: ayudas para la asistencia personal y domiciliaria y apoyo a las familias cuidadoras; ayudas para el descanso familiar; ayudas para la atención en instituciones o centros; ayudas para la atención especializada; ayudas para el transporte; ayudas para actividades de ocio y tiempo libre; y ayudas para educación infantil.

* Se puede encontrar toda la información completa en relación a las Convocatorias de Ayudas de 2006, 2007 y 2008 en la página web: <http://www.seg-social.es/imserso/>

- c. Prestaciones Técnicas: órtesis y prótesis.
- d. Servicios complementarios de rehabilitación.
- e. Ayudas para la atención psicológica, psiquiátrica psicoterapéutica.
- f. Ayudas para estudios.
- g. Servicios Laborales Complementarios.
- h. Prestaciones Económicas.

Los trabajadores sociales responsables de esta área realizan su trabajo en coordinación con la Comisión de Seguimiento del *Fondo de Ayuda* a las Víctimas del 11M. Esta comisión se reúne mensualmente para comunicar a los profesionales de cada entidad desde los expedientes que han sido admitidos y denegados, hasta el seguimiento de las cuentas del *Fondo de Ayuda*. También se han realizado las reuniones oportunas para crear en cada convocatoria el catálogo de prestaciones. Es muy importante la labor que los profesionales del área social realizan en este momento, pues ellos son los que trabajan de manera directa con la víctima, conocen sus necesidades explícitas e implícitas, y las pueden trasladar a la *Comisión de este Fondo de Ayuda*, para que plasme en el catálogo de ayudas, las prestaciones oportunas que cubran estas necesidades de las víctimas y sus familiares. Por lo tanto la labor de coordinación con las administraciones públicas en este momento se convierte en imprescindible.

Así pues, la función principal del trabajador social en esta área es la intermediación entre la víctima y la puesta en contacto de la misma con los diferentes profesionales, responsables de cada área de atención, es decir, la derivación y posterior coordinación con los mismos, así como la tramitación de expedientes y solicitudes de ayuda a nivel económico con los organismos correspondientes.

El conjunto de estas funciones supone un apoyo fundamental en la reinserción social de la víctima.

+ En segundo lugar, existe un **servicio específico de apoyo a la reinserción laboral** de la víctima y/o sus familiares. A través de este servicio, el trabajador social realiza:

- Por un lado una función de intermediación entre las diferentes bolsas de trabajo y empresas existentes: en muchos casos las víctimas después de sufrir un atentado pierden su contacto con el mercado laboral, bien por secuelas físicas, psicológicas, o por encontrarse en situación de baja laboral temporal o permanente.
- Por otro lado, una función de formación en la realización de cartas de presentación y currículum vitae para las empresas.
- Por último la derivación a cursos de formación gratuitos gestionados por organismos públicos como el Servicio Regional de Empleo o entidades privadas como la Fundación Tomillo.

+ En tercer lugar, el profesional realiza una labor muy importante de **coordinación** con todos los profesionales que trabajan en el apoyo a la víctima y sus familiares en la reinserción socio-laboral, la recuperación psicológica, el asesoramiento legal o la gestión de prestaciones económicas a nivel público y privado.

Para la consecución del objetivo principal de esta área, la reinserción social de la víctima, es fundamental por un lado que los profesionales estén especializados en la atención a víctimas de un atentado terrorista y conozcan a la perfección los derechos y recursos a todos los niveles existentes para estas, y por otro, que el trabajo se realice de manera coordinada a través de un equipo interdisciplinario, donde el trabajo de todos los profesionales sea esencial para la recuperación psico-social y económica de la víctima.

5.3. El área de Atención psicológica*, en la que se realiza asistencia individual y grupal, como son los talleres de grupo, para las víctimas y familiares.

La labor que se realiza desde el área psicológica, consiste, en atención individualizada y grupal, en la que se desarrolla una intervención en víctimas y familiares afectadas por el atentado, que presentan dificultades para afrontar situaciones o desarrollan una sintomatología que se ha ido manteniendo a lo largo del tiempo y que puede haberse cronificado.

Protocolo de Intervención psicológica

La estructura en la que sistematiza la intervención psicológica realizada a las víctimas y familiares en la Asociación de Ayuda a las víctimas del 11-M, se puede resumir en los siguientes puntos:

- Toma de contacto:
 1. A través del Área del asociado y del área de Trabajo social, se realiza la derivación de los afectados que solicitan éste tipo de ayuda.
 2. Se establece un contacto directo con todos los socios a través de llamadas telefónicas, con una periodicidad de 1 o 2 meses, dependiendo de la gravedad de los síntomas que manifiesten.
- Planificación del tratamiento individual:
 1. Evaluación inicial. Recogida de información a través de Entrevista semi-estructurada y Cuestionarios.
 2. Planteamiento de objetivos. En función de la gravedad clínica, tiempo y demanda del paciente.

* Los proyectos de intervención realizados dentro del Área de Atención Psicológica, serán expuestos detalladamente en el apartado 5 (Intervención Con Víctimas)

3. Selección de técnicas de tratamiento en función de los objetivos planteados.
4. Ejecución de las técnicas.
5. Evaluación final. Aplicación de Cuestionarios.
6. Generalización y mantenimiento de lo aprendido.
7. Seguimiento.

5.4. Área de Comunicación y Sensibilización:

Como anteriormente hemos expuesto, la Asociación Ayuda a las Víctimas del 11 M establece como uno de sus objetivos estatutarios y actividades fundamentales la sensibilización y concienciación de la sociedad española sobre los efectos y consecuencias que puede tener el sufrimiento de actos terroristas, apostando por un acercamiento a las ideas de tolerancia, convivencia, paz y respeto a las libertades y el más rotundo no a la violencia y al terrorismo.

Se considera fundamental, por un lado, que la opinión pública en general sea consciente de lo que supone sufrir un acto terrorista y esté debidamente informada de sus consecuencias, y por otro, que esté concienciada y sensibilizada, no sólo sobre el propio asunto del terrorismo, sino también sobre valores que prevengan la existencia de actitudes violentas y en consecuencia, de este tipo de actos, en las sociedades en general.

Por lo tanto la Asociación apuesta por incluir entre sus proyectos, programas encaminados a la realización de campañas de sensibilización y concienciación social. Se cree firmemente en que uno de los pilares de cualquier asociación de ayuda a víctimas del terrorismo, no lo conforman sólo los proyectos en los que se realizan actividades o atenciones de manera directa con las víctimas y sus familiares, sino que también lo conforman aquellos programas destinados a la información, concienciación y sensibilización social.

Las diferentes circunstancias que están emergiendo en relación con el fenómeno terrorista, afectan cada vez más a la vida cotidiana de las personas trascendiendo los efectos directos de la violencia a todas ellas. Son efectos y situaciones nuevas que están cambiando la naturaleza de las relaciones sociales y las formas en que muy distintos colectivos se relacionan con el entorno: estados de ansiedad, miedos, incertidumbre ante el futuro, recelos frente a las instituciones...etc.

Estos nuevos problemas no sólo afectan a las víctimas sino también a todos los ciudadanos en su conjunto, y determinan los funcionamientos normales de las personas físicas, jurídicas, y en consecuencia, de las instituciones en general.

El papel que en nuestros días juega la comunicación, en su manejo de la información, es especialmente importante. Los *Mass Media* o medios de comunicación de masas son una realidad emergente que condiciona la vida cotidiana del individuo y la nueva forma de interpretar la realidad que le rodea. Es por todo ello por lo que la responsabilidad de los medios, así como de entidades y organismos de directa responsabilidad social, de interactuar en este proceso de transmisión de información, es capital.

Debe ser tarea de asociaciones, cuyo objetivo sea tutelar la ayuda de las víctimas, el desarrollar canales de comunicación social, a través de los cuales la población en general se sensibilice con el tema del terrorismo y con valores que promulguen la paz.

Consideramos que la violencia terrorista que pone a prueba nuestra sociedad en la actualidad ha de ser contrarestada con actitudes críticas y pacíficas que nazcan desde el seno de la sociedad en general. Esta es la mejor manera de prevenir actitudes no pacíficas, y actos violentos y terroristas y por tanto crear un contexto de conciencia social que haga actuar a las personas desde la solidaridad y la paz.

Por todo esto la Asociación de Ayuda a víctimas del 11M considera necesario la ejecución, que está llevando a cabo, de un programa de información y concienciación social, no sólo dirigido a víctimas del terrorismo sino a la opinión pública y la sociedad en general.

Este programa tiene como objetivo principal el informar y sensibilizar tanto a las víctimas del terrorismo, y sus familiares, como a la opinión pública en general, acerca, por una lado, de los efectos de la violencia terrorista en el cuerpo social y su especial incidencia en el colectivo de víctimas, y por otro de los valores de paz, tolerancia, respeto y convivencia y conseguir así una concienciación social universal.

Para ello desde esta área de comunicación los profesionales responsables realizan las siguientes funciones:

1. Informar a todos los socios, víctimas del terrorismo, familiares y población en general de la existencia y contenido del proyecto de comunicación y sensibilización: funciones de difusión del proyecto.
2. Prestar servicios de información y comunicación actualizados sobre las consecuencias y efectos de la violencia terrorista, en las víctimas y en la población en general.
3. Sensibilizar a la opinión pública sobre las consecuencias de los actos terroristas, así como sensibilizar a víctimas, familiares y población en general sobre los valores de paz, tolerancia, respeto y convivencia, como medida que prevenga actitudes violentas y actos terroristas.

Para cumplir con el objetivo general de esta área, la Asociación de Ayuda a las Víctimas del 11M lleva a cabo las siguientes actividades:

- Página web

Constituye el medio básico de toma de contacto y medio de comunicación entre los asociados y con la propia asociación y supone el soporte mediático de ésta frente a la sociedad en general. Tiene como objetivos principales la información a los asociados acerca de las actividades de la Asociación y la comunicación de las novedades y temas de actualidad que pudieran ser de interés para los asociados.

Al estar dirigida la página web a un público amplio de la sociedad, se divide en ocho apartados que hacen referencia expresa a la naturaleza de la Asociación, de sus actividades y proyectos (apartados de “Quiénes Somos” y “Qué Hacemos”) así como un apartado referente a los contactos que los usuarios puedan hacer a través de la web con la asociación (en “Contacto”), además de acercar al mismo la posibilidad de ayudar con aportación (“ Donativos”) o de que sean concedores de la forma de financiación de la Asociación, y de las organizaciones colaboradoras, subvencionadoras y donantes que hacen posible la existencia de la misma.

Además de estos apartados existen otros, como el de *Comunicación* y el apartado de *Actualidad* que hacen referencia a datos y noticias de actualidad de la Asociación. Se concretan en lo siguiente:

- Notas de Prensa
- Cobertura de Noticias en tiempo real

Se atiende también a las necesidades de los asociados, a través de enlaces y links con otras páginas que puedan resultar de interés al usuario, así como todos los datos necesarios para poder disfrutar de una asistencia directa e inmediata por medio de la web con nuestras áreas de actuación: tanto con el equipo de psicólogas de la Asociación como con el equipo de trabajadoras sociales.

- Edición mensual de la revista “Huellas”:

Es el desarrollo de una publicación mensual de la Asociación, que sirve como medio de sensibilización e información entre los asociados y la sociedad en general.

La revista Huellas ofrece mensualmente la siguiente información:

- ❑ Editoriales: desde el punto de vista de la Asociación se reflexiona sobre diferentes temas de sensibilización y actualidad.
- ❑ Artículos de Opinión
- ❑ Cobertura de noticias relacionadas con el terrorismo
- ❑ Artículos especializados sobre el ámbito de actuación de la Asociación. En este apartado cabe mencionar que los artículos son los referidos a las áreas de trabajo social y psicología. Son artículos que se exponen todos los meses.

- Organización de actos:

Durante los años 2006, 2007, y 2009 la Asociación de Ayuda a las Víctimas del 11M, ha realizado un acto homenaje a todas las víctimas del atentado terrorista del 11 de Marzo en Madrid:

La Asociación de Ayuda a las víctimas del 11-M detectó la necesidad de realizar campañas de sensibilización social a fin de fomentar la participación activa de la sociedad y promover el sentimiento de solidaridad con las víctimas; facilitándoles de esta manera, una vía de elaboración y superación de los distintos aspectos y problemas que les ha planteado la acción de violencia terrorista.

A través de la labor realizada por esta Asociación se manifestó la necesidad de crear espacios colectivos que rompan con el miedo, el dolor y el aislamiento de quienes han padecido directa o indirectamente el atentado del 11-M. Por ello se llevaron a cabo dos actos: uno llamado *Lecturas por la Paz* (11/03/2006) y otro llamado *La Voz de las Víctimas* (11/03/2007) y (11/03/2009).

Con el Proyecto *Lecturas por la Paz* se propuso sensibilizar a la sociedad a través de la lectura de manifiestos por la paz que transmitieran valores pacíficos, de tolerancia y de rechazo a la violencia terrorista de toda la sociedad en general. Estas lecturas fueron realizadas tanto por autoridades políticas e institucionales, como por víctimas que sufrieron los atentados el 11 de marzo, como por personas anónimas de la sociedad civil.

En particular *Lecturas por la Paz* pretendió incrementar la participación activa, la solidaridad y la calidad de apoyo emocional que requiere la atención a las víctimas del 11-M, y de todo tipo de violencia terrorista.

Con el segundo proyecto, *La Voz de las Víctimas* se propuso sensibilizar a la sociedad a través del testimonio de diferentes personas que habían sufrido la lacra del terrorismo, no sólo en España sino en diferentes países de la Unión Europea. El día 11 de Marzo de 2007 y de 2009 en Madrid, coincidiendo con conmemoración del día Europeo en Apoyo a las Víctimas del Terrorismo, nombrado así por la Unión Europea, la Asociación de Ayuda a las Víctimas del 11M, realizó un acto homenaje a todas las víctimas del terrorismo europeo. A este acto acudieron numerosas autoridades institucionales, profesionales, así como embajadores, y sociedad civil en general.

Todos ellos acudieron a escuchar el desgarrador testimonio de víctimas de atentados terroristas como el del 11 de marzo en Madrid, atentados perpetrados por el I.R.A, en Irlanda del Norte, atentados sufridos por la bomba que estalló en Omagh, víctimas del terrorismo italiano o francés, y víctimas del terrorismo de E.T.A.

A este acto además se unió otro homenaje paralelo, consistente en una ofrenda floral en el “Bosque de Los Ausentes”, en el Parque de El Buen Retiro de Madrid, donde toda la ciudadanía de Madrid pudo acompañar a todas las víctimas tanto de España como de otros países de la Unión Europea en una ofrenda floral, depositando un clavel en cada uno de los 192 cipreses que rodeaban el parque.

Tanto el acto de “*Lecturas para la Paz*” como el acto de “*La Voz de las Víctimas*”, y “*La Ofrenda Floral*”, quisieron generar un acercamiento a las ideas de tolerancia, convivencia, erradicación de la xenofobia, paz y respeto a las libertades y un no rotundo a la violencia y el terrorismo, por un lado, así como un apoyo de la ciudadanía en general a todas las víctimas del terrorismo, y un acercamiento de los testimonios de diversas víctimas de atentados terroristas de diferentes países del mundo, a toda la sociedad española.

La lectura, el manifiesto claro del rechazo al terrorismo, posibilitaron a las víctimas en especial y a los participantes y la sociedad una mayor afrontación de lo ocurrido. Una elaboración conjunta donde las emociones pudieron ser expresadas. Compartir con toda la sociedad las ideas, los testimonios, las experiencias vividas, los deseos y el sentimiento, ayuda a las víctimas a lograr una integración social más compatible con la vida.

Paralelamente a las lecturas por la paz, en un caso, y los testimonios de las víctimas de atentados terroristas perpetrados en Europa, en el otro, se realizó un acto de sensibilización a toda la ciudadanía que ese mismo día (11 de Marzo de 2006, de 2007 y de 2009) se encontraba paseando por las calles de Madrid. Para ello los profesionales de la Asociación se pusieron en contacto con las Universidades de Madrid para ofrecer a todos los jóvenes universitarios el participar de manera voluntaria en ambos actos en homenaje y apoyo a las víctimas de atentados terroristas.

Tanto en el primer acto como en el segundo hubo un total de 500 voluntarios* que participaron en estos actos de apoyo y sensibilización. Su labor consistía en:

* Se explicará detalladamente la gestión del equipo de voluntarios en el apartado 7 (Intervención Social con Víctimas)

- Por un lado, acompañar a todas las víctimas tanto en las lecturas por la paz, como en la lectura de los testimonios, de manera que tanto víctimas como familiares se sintieran completamente arropados por una parte representativa de la sociedad, en este caso el colectivo de jóvenes universitarios de la Comunidad de Madrid.
- Por otro, sensibilizar a toda la población sobre la lacra del terrorismo y sus consecuencias, así como en la transmisión de valores de tolerancia y paz. Este parte de la sensibilización fue realizada a pie de calle, charlando con los ciudadanos de a pie que paseaban por las calles de Madrid en esos momentos y regalándoles a todos ellos unos dípticos que contenían tanto las lecturas por la paz que se estaban realizando en esos momentos en los salones del Círculo de Bellas Artes de Madrid, como unos fragmentos de los testimonios que las víctimas estaban leyendo también en ese mismo lugar.

Por lo tanto es imprescindible que desde el contexto asociativo desde donde se trabaje a nivel profesional en el apoyo y la recuperación de víctimas que hayan sufrido un atentado terrorista a nivel global, que el apoyo ofrecido esté basado en la ínter actuación de diferentes áreas, es decir, en el trabajo multidisciplinar, donde se apoye a la persona desde el punto de vista social, psicológico, económico y legal.

6. DESCRIPCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA PRESENTADA DESPUÉS DE UN ATENTADO TERRORISTA.

Después de un atentado terrorista, el impacto que éste produce en los afectados ya sea superviviente (víctima directa), familiar de fallecido y familiares del superviviente, puede generar distinta sintomatología. Por eso es necesario especificar las diferentes reacciones, para posteriormente realizar las intervenciones psicológicas específicas que cada uno de ellos requiere.

6.1 VÍCTIMAS DIRECTAS

La reacción a situaciones traumáticas se lleva estudiando desde la I y II Guerra Mundial, ya que los soldados que participaron en conflictos bélicos, desarrollaron una serie de síntomas psicológicos denominados entonces como “neurosis de combate” y “agotamiento o fatiga de combate” sin padecer ninguna secuela física. Por ello no es de extrañar que en los conflictos bélicos más recientes, los distintos ejércitos desplacen entre sus efectivos un buen número de psicólogos y psiquiatras para estudiar y hacer frente a éste trastorno y a la gran cantidad de Bajas por él causadas.

En los últimos años, el interés por el Trastorno de Estrés Postraumático, ha aumentado, extendiéndose sus estudios a actos terroristas.

6.1.1 Desarrollo del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

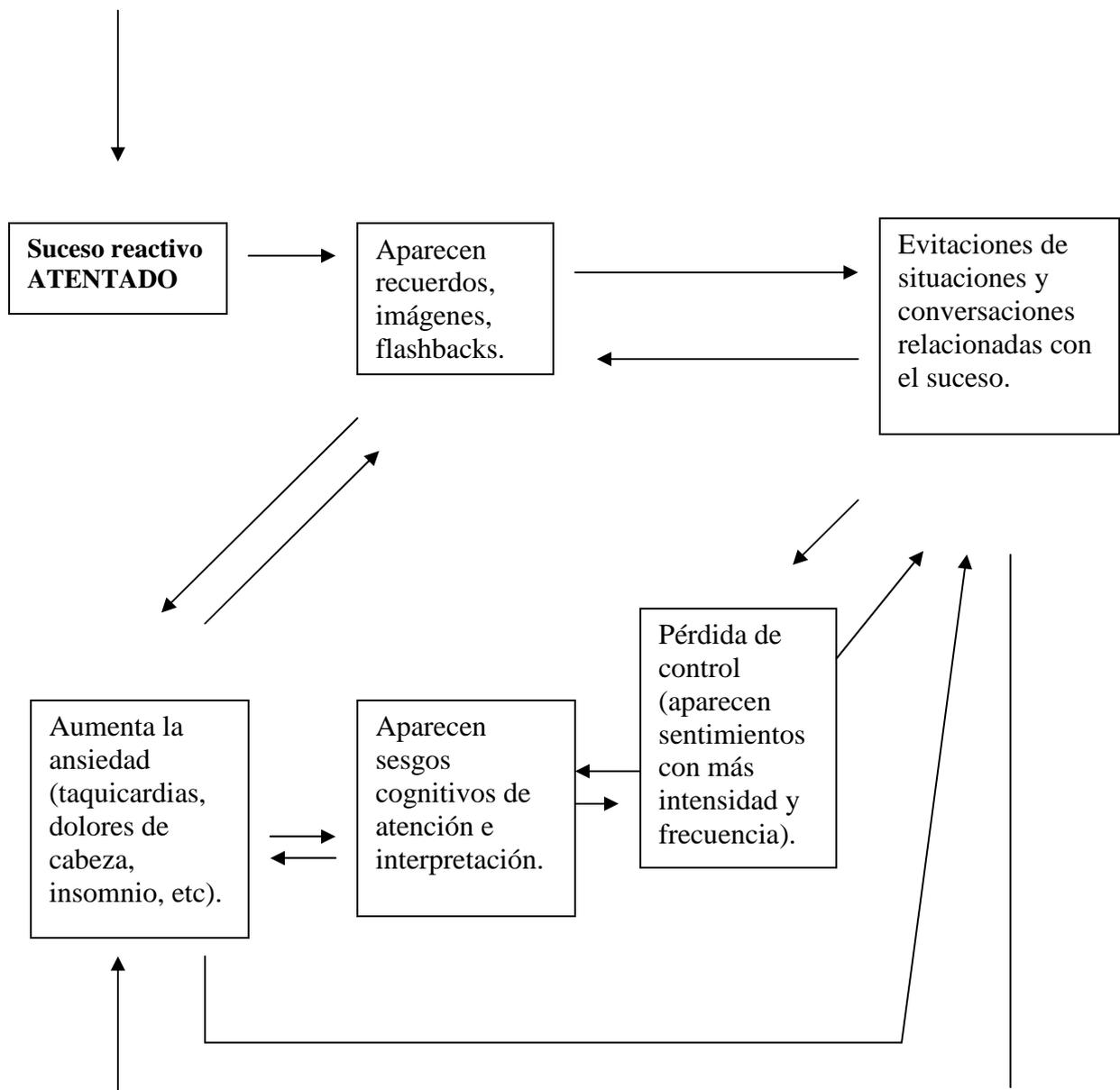
El trastorno de estrés postraumático se origina cuando la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos, caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.

Se caracteriza porque los recuerdos y las imágenes de la situación traumática, vuelven a reexperimentarse una y otra vez, en contra de la propia voluntad, a pesar del paso del tiempo, imaginándolo con muchos detalles, en especial, todo lo que fue percibido por los sentidos, los colores y los olores asociados a la situación traumática,

acompañado de intensas reacciones de ansiedad (preocupación, miedo intenso, falta de control, alta activación fisiológica, evitación de situaciones relacionadas, etc.).

Todo ello genera un fuerte estrés, emociones intensas, evitaciones de situaciones que recuerden al atentado y pensamientos irracionales que aumentan la intensidad de las emociones, llegando a crearse un círculo vicioso del que les resulta difícil salir.

Vulnerabilidad a la ansiedad



Se concede mucha importancia a estos recuerdos e imágenes y a la ansiedad que provocan. Se elaboran pensamientos relacionados con el acontecimiento traumático y con sus consecuencias, apareciendo sesgos atencionales e interpretativos, en especial cuando se exponen a situaciones directamente relacionadas con el atentado (tren, personas con mochilas, personal de seguridad, personas de origen árabe, etc).

El mundo se percibe como altamente peligroso. Se suele perder la sensación de control sobre la seguridad propia y la de los demás.

Los eventos traumáticos producen cambios en los pensamientos y las creencias, así, se enfatiza la importancia de cuatro núcleos de creencias después de un evento traumático: creencia de que el mundo es maligno, que no tiene sentido, que uno mismo no tiene dignidad y que la gente no es honrada.

Las imágenes y las sensaciones pueden volverse intrusivas (acuden una y otra vez a la mente, produciendo malestar), especialmente si se pretende evitarlas, aumenta la frecuencia de esos pensamientos no deseados, y se vuelve más estresante.

Tras el trauma el pensamiento, el diálogo interno del individuo, no sólo provoca más ansiedad, sino que tiende a generar sentimientos de culpa, por aquello que se hizo, por lo que no se hizo, porque no se estuvo a la altura de las circunstancias, por haberse salvado, por toda una serie de motivos poco realistas, irracionales, y de excesiva autoexigencia. Se va tejiendo así una red cada vez más elaborada en la que están relacionados todos estos elementos y si no se realiza una intervención psicológica y/o psiquiátrica inmediata y adecuada, podrían producirse con el paso del tiempo, transformaciones en la personalidad.

Bajo el estrés agudo inicial que se produce tras el trauma (en el primer mes), así como bajo el estrés postraumático posterior (después de transcurrido el primer mes), también son frecuentes los sentimientos de indefensión e impotencia, las reacciones de ira, los sentimientos de hostilidad, de rabia, y las imágenes de agresión contra el agente que ha generado el daño.

En ocasiones, en especial en el atentado del 11-M, la proyección de la rabia se puede realizar a la situación socio-política del momento, alimentando aún más la desconfianza y pérdida de seguridad en las instituciones, produciéndose la generalización de este sentimiento a las personas de origen árabe y una desconfianza generalizada en la sociedad.

Es importante destacar el proceso resultante de estrés por el que se podría explicar la aparición de sentimientos de indefensión e impotencia inmediatamente después de vivir o presenciar un atentado terrorista:

Lazarus y Folkman (1984), explican el proceso de la respuesta del estrés, mediante tres valoraciones o evaluaciones.

- **Evaluación automática inicial:** valoración de la situación como amenazante o no, para el organismo. Esta respuesta automática puede ser:
 - De defensa (RD): cuando la situación es percibida como amenazante para el organismo, y le prepara para actuar en consecuencia, escapando o reduciendo dicha situación.
 - De orientación (RO): cuando la situación se percibe como no amenazante, y prepara al organismo para recoger más y mejor información.
- **Evaluación Primaria** (Valoración de las demandas de la situación). El sujeto, valora las demandas de la situación, y produce cambios en consecuencia de la propia evaluación de la misma. Es decir, analiza si la situación contiene algo que pueda provocarle daño o beneficio, tanto para la integridad física, como para los valores u objetivos personales.

Existen tres tipos de valoración de la situación y sus demandas:

- a) Situación irrelevante: no tiene interés por sus consecuencias, y por lo tanto no se evalúa como estresante.
- b) Situación benigna positiva: se evalúa el medio y las demandas como favorables para mantener o lograr el bienestar personal. Ofrece una emoción placentera: alegría, felicidad, amor...por lo que no desencadena la respuesta de estrés.
- c) Situación estresante: que a su vez pueden dividirse en tres tipos:
- **DAÑO O PÉRDIDA**: se refiere a experiencias anteriores similares en las que la persona vivió algún tipo de perjuicio, como una lesión, la pérdida de un ser querido...
 - **AMENAZA**: se refiere a aquellos casos en los que se prevén daños o pérdidas, pero que todavía no han ocurrido, por lo que se pueden afrontar de manera anticipada.
 - **DESAFÍO**: supone una previsión anticipada de la situación de daño o pérdida, al igual que la amenaza pero con la salvedad de que existen fuerzas o habilidades suficientes para afrontarlas con éxito y se pueden obtener ganancias.
- **Evaluación secundaria** (Valoración de las habilidades para hacer frente a la situación). Esta fase se pone en marcha, cuando se ha valorado la situación estresante como amenazante o desafiante, es decir hay que actuar sobre el medio para evitar el daño. Se centra en evaluar si puede hacerse algo para enfrentarse con éxito a la situación, es decir si se dispone de estrategias.
- Si no se poseen estrategias eficaces para evitar el daño, se activa la respuesta de estrés y se finaliza el proceso.
 - Si se poseen estrategias eficaces, pondremos en marcha la respuesta para afrontarla.

Las valoraciones que se realizan después de un atentado terrorista según la definición de Lazarus y Folkman, consistiría en una evaluación primaria en la que se valora la situación como estresante y amenazante, y en una evaluación secundaria, en la que se valora que no se poseen estrategias eficaces para evitar el daño, por lo que se activa la respuesta de estrés.

Es importante normalizar en los afectados, la presencia de las emociones resultantes después de un atentado terrorista (indefensión, impotencia, embotamiento, desrealización, despersonalización, estrés) ya que se caracterizan por ser **reacciones normales ante una situación anormal**.

6.1.2. Trastornos asociados al TEPT

Entre los trastornos asociados al TEPT aparecen con mayor frecuencia los siguientes:

-ATAQUES DE PÁNICO

Los individuos que han experimentado un trauma tienen posibilidades de experimentar ataques de pánico cuando se exponen a situaciones relacionadas con el evento traumático, en el caso de los atentados del 11-M, aparecería en relación al tren. Éstos ataques de pánico, incluyen sensaciones intensas de miedo y angustia acompañadas de síntomas fisiológicos como las taquicardias, sudoración, náuseas, temblores, sensación de ahogo, etc.

Si llegaran a generalizarse a otras situaciones (lugares concurridos, metro, autobús etc) ocasionarían la aparición de Agorafobia con ataques de pánico.

La anticipación del temor a que se vuelva a producir el ataque de pánico, y el cambio conductual asociado al mismo (evitación de las situaciones), indicarían la presencia de Trastorno de pánico.

-DEPRESIÓN

La presencia de TEPT mantenido en el tiempo, genera en la persona que lo padece, revivir una y otra vez el atentado y sus consecuencias, produce un cambio en su vida diaria por la evitación de situaciones que antes realizaba y en la actualidad ha dejado de hacer y la aparición de síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal). Todo ello, conlleva un agotamiento del organismo que puede llevar a la pérdida de interés en actividades placenteras, la disminución de las relaciones sociales, el descenso de la autoestima, y la aparición de una gran desesperanza por la dificultad de alcanzar la situación en la que se encontraban antes del atentado.

-ABUSO DE SUSTANCIAS

Es frecuente el recurso a drogas, en especial, el abuso del alcohol para tratar de huir/esconder el dolor asociado al trauma. En ocasiones esta estrategia de huida aleja a la víctima de recibir la ayuda adecuada y no hace más que prolongar la situación de sufrimiento.

-CONDUCTAS EXTREMAS DE MIEDO / EVITACIÓN

La huida/evitación de todo aquello relacionado con la situación traumática es un signo común en la mayoría de los casos, no obstante, en ocasiones este intenso miedo y evitación se generaliza a otras situaciones, en principio no directamente asociadas con la situación traumática lo que interfiere de forma muy significativa con el funcionamiento diario del sujeto, cuando se desarrollan fobias específicas.

Es importante destacar que el daño psicológico se agravaría en los casos en los que aparecieran heridas físicas concomitantes.

- TRASTORNOS DISOCIATIVOS

La disociación es un mecanismo psicológico de defensa en el cual la identidad, memoria, ideas, sentimientos o percepciones propias se encuentran separadas del conocimiento consciente y no pueden ser recuperadas o experimentadas voluntariamente.

Estos trastornos disociativos son con frecuencia precipitados por un estrés abrumador. El estrés puede estar causado por la experiencia o por la observación de un acontecimiento traumático, un accidente o un desastre. O bien una persona puede experimentar un conflicto interno tan insoportable que su mente es forzada a separar la información incompatible o inaceptable y los sentimientos procedentes del pensamiento consciente.

Los trastornos disociativos incluyen la amnesia disociativa, la fuga disociativa, el trastorno de identidad disociativo y un conjunto de situaciones de definición más difusa que los psiquiatras denominan trastorno disociativo sin otros datos específicos.

El día de los atentados del 11-m, aparecieron en la gran mayoría de los supervivientes, síntomas disociativos, éstos forman parte de la reacción de estrés agudo, característico de las situaciones traumáticas:

Estrés Agudo

Criterios para el diagnóstico de F43.0 Trastorno por estrés agudo (308.3)

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

- 1. Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional**
- 2. Reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)**
- 3. Desrealización**
- 4. Despersonalización**
- 5. Amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)**

C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

La manifestación de estos síntomas, son normales ante una situación anormal como ha sido la del 11-M. Pero poco se ha hablado de las manifestaciones de estos síntomas a largo plazo.

Se ha podido observar desde la Asociación, cómo después de un tiempo, los síntomas disociativos en alguna víctima, se ha mantenido a lo largo de meses o han reaparecido después de algunos años, en concreto, la manifestación de la amnesia disociativa, despersonalización, fuga disociativa y alucinaciones visuales y auditivas relacionadas con situaciones concretas vividas en el 11-M y que no se corresponden con un diagnóstico de esquizofrenia.

A continuación se describirán las características específicas de los principales trastornos disociativos vistos en víctimas directas o supervivientes de los atentados del 11-M.

Amnesia disociativa

La amnesia disociativa es una incapacidad para recuperar información personal importante, generalmente de una naturaleza estresante o traumática, la cual es muy generalizada para que pueda justificarse como un olvido normal.

Generalmente, la pérdida de memoria incluye información que forma parte del conocimiento consciente habitual o memoria “autobiográfica” (quién es, qué ha hecho, adónde ha ido, con quién ha hablado, qué dijo, pensó y sintió, etc.). En ocasiones, la información, aunque olvidada, continúa influyendo en el comportamiento de la persona. Las personas con una amnesia disociativa habitualmente tienen una o más lagunas de memoria que se extienden desde unos pocos minutos a unas pocas horas o días. En general, las personas son conscientes de que han “perdido algún tiempo”, pero algunos amnésicos disociativos sólo son conscientes del tiempo perdido cuando se dan cuenta o se les enfrenta con la evidencia de que han hecho cosas que no recuerdan. Algunas personas con amnesia olvidan alguno pero no todos los acontecimientos de un período de tiempo.

La incidencia de la amnesia disociativa es desconocida pero el trastorno es más frecuente en adultos. La amnesia es más frecuente en personas que se han visto implicadas en situaciones traumáticas. La amnesia puede ocurrir después de un acontecimiento traumático y la memoria puede recuperarse con el tratamiento, con acontecimientos posteriores o con la información que recibe la persona. Sin embargo, no se sabe si esas memorias recuperadas reflejan acontecimientos reales en el pasado de la persona. Se han demostrado recuperaciones de memorias tanto exactas como inexactas.

Inmediatamente después de los atentados, algunos de los supervivientes que pudieron salir por sus propios medios de los vagones, recuerdan posteriormente, como estuvieron durante horas deambulando por las calles sin recordar qué estuvieron haciendo y a dónde fueron.

Fuga disociativa

La fuga disociativa consiste en una o más salidas de una persona de su casa repentina, inesperada y deliberadamente, durante las cuales no recuerda una parte o la totalidad de su vida pasada y no sabe quién es, o bien se da una nueva identidad.

Trastorno de despersonalización

El trastorno de despersonalización se caracteriza por sentimientos persistentes o recurrentes de estar separado del propio cuerpo o de sus procesos mentales.

Una persona con un trastorno de despersonalización generalmente se siente como si fuera un observador de su propia vida. Puede sentirse ella misma y sentir al mundo como irreales y en un sueño.

La despersonalización puede ser un síntoma de otros trastornos psiquiátricos. De hecho, la despersonalización es el tercer síntoma psiquiátrico más frecuente (después de la ansiedad y de la depresión) y a menudo ocurre tras experimentar el individuo una

situación con peligro de muerte. Entendido como un trastorno aislado, el trastorno de despersonalización no ha sido estudiado ampliamente y sus causas e incidencia son desconocidas

La persona con despersonalización tiene una percepción distorsionada de su identidad, cuerpo y vida, lo que la incomoda. A menudo los síntomas son temporales y aparecen al mismo tiempo que los síntomas de ansiedad, pánico o miedo (fobia). Sin embargo, los síntomas pueden durar o reaparecer durante muchos años. Las personas con este trastorno tienen con frecuencia una gran dificultad para describir sus síntomas y pueden temer o creer que se están trastornando mentalmente.

Trastorno de trance y posesión

Hay una pérdida temporal del sentido de la identidad personal y de la plena conciencia del entorno, la atención y la conciencia del entorno pueden limitarse a uno o dos aspectos inmediatos y a menudo se presenta un pequeño pero reiterado conjunto de movimientos, posturas y manifestaciones expresivas.

Caso clínico

N.G, acude a consulta remitido por su padre, tres años después de los atentados del 11-M.

El motivo de consulta es la presencia de pesadillas desde el atentado, en las que reexperimenta el atentado con personas y situaciones concretas (ver cadáveres, gente ensangrentada, gritos, etc). En el momento que acude a consulta las pesadillas, se acompañan de episodios de trance espontáneos desencadenados por ruidos y ansiedad secundaria. Aparecen alucinaciones visuales y auditivas relacionadas con el mismo contenido de las pesadillas a las que reacciona con un terror intenso. Es consciente de estas vivencias, presentando un juicio de realidad conservado.

Acude a urgencias, previa recomendación de la psicóloga de la Asociación, y se le asigna un psiquiatra para continuar con tratamiento farmacológico (zyprexa, ansiolítico y antidepresivo). Es diagnosticado de Trastorno de estrés postarumático y Trastorno disociativo de trance.

La Historia de N.G, cursa de la siguiente forma: víctima directa del atentado de Sta Eugenia, no presentó heridas físicas y salió por su propio pie del vagón. Debido al gran impacto que le produjo todo lo que pudo observar a su alrededor (cadáveres, sangre, gritos, gente herida) presentó reacciones de estrés agudo (desrealización, despersonalización, embotamiento, amnesia disociativa) y un fuerte sentimiento de culpabilidad por haber sobrevivido y no haber podido ayudar a otras personas. Estuvo andando desorientado durante horas, y se mantuvo con amnesia hasta días después que acudió a urgencias. Se le recomendó empezar con un tratamiento psicológico y psiquiátrico por presencia de pesadillas y ansiedad elevada. El diagnóstico que obtuvo, fue de Reacción aguda ante gran tensión con predominio de alteraciones emocionales. CIE: 308.0 .Fue dado de alta, con remisión de la sintomatología, seis meses después. Desde que fue dado de alta en el tratamiento psicológico hasta dos años después, su vida laboral, familiar y emocional cursaba con normalidad. La aparición de la nueva sintomatología fue desencadenada por la noticia de un nuevo atentado.

- **ESTUDIO UCM (Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid).**

Un estudio realizado por la Universidad Complutense de Madrid (UCM), Miguel Tobal, J.J, Cano Vindel, A; González Ordi, H; Iruarrizaga, I; Casado, I (2004) “Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid”, nos muestra la prevalencia de la sintomatología expuesta con anterioridad en las víctimas y allegados del 11-M, cuyo inicio comenzó al mes de producirse los atentados e implicó varias fases posteriores.

En los atentados terroristas del 11 de marzo, casi la mitad de las personas implicadas directamente o que les supuso un coste emocional elevado, como la pérdida de familiares o amigos, han cronificado el TEPT (el 48,8 por ciento). Entre los que siguieron los acontecimientos desde los medios de comunicación, aún había momentos de pánico en el 36%, seis meses después, y el TEPT se ha hecho crónico en un 26,6 por ciento en forma de algún tipo de trastorno de ansiedad. Según Juan José Miguel Tobal, Catedrático de Psicología Básica de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), “el número de casos que se han cronificado ha sido muy alto”. Es llamativa la prevalencia de casos de ansiedad, crisis depresivas o ataques de nervios que se dio en un primer momento y que se ha enquistado con el paso del

tiempo en fobias". Se hace pues relevante el seguimiento de los afectados mediante la continuación de estudios y el apoyo psicológico.

El estudio realizado por Juan José Miguel Tobal, Antonio Cano Vindel, Itziar Iruarrizaga, Héctor González Ordi e Isabel Casado, entre octubre y diciembre de 2004, continuación de la evaluación realizada entre abril y junio de 2004, refleja los resultados de las consecuencias psicopatológicas en víctimas y allegados:

- Depresión: la primera evaluación mostró que el 31,3% de las personas del grupo de víctimas y allegados presentaban síntomas que cumplían los criterios de depresión mayor (39,1% mujeres, 17,8% varones). La segunda evaluación ha mostrado que siguen viéndose afectados por depresión el 48,6% de los anteriores.
- Trastorno por Estrés postraumático: después el 11-M presentaban el 35,9% de los afectados, si bien podemos decir que exclusivamente relacionado con los atentados era el 28,2% (40,6% mujeres y 6,7% varones). La segunda evaluación ha mostrado que siguen viéndose afectados por trastorno por estrés postraumático el 54,5% de los anteriores.
- Ataque de pánico: La primera evaluación mostró que el 45,3% de las víctimas y allegados presentaban síntomas que cumplían los criterios de ataque de pánico (56,5% mujeres, 31,1% varones). La segunda evaluación ha mostrado que continúan viéndose afectados el 59,1% de los anteriores.
- Trastorno de Pánico: el porcentaje de personas que ha cronificado el ataque de pánico desarrollando un trastorno de pánico ha sido el 48,8% (51,6% mujeres, 41,7% varones) de los que sufrieron ataque de pánico durante o poco tiempo después de los atentados.

6.1.4. FACTORES FACILITADORES Y DE PROTECCIÓN EN EL TEPT

Cuando hacemos referencia al Trastorno de estrés postraumático, no podemos dejar de hacer mención a cuáles pueden ser las situaciones o características específicas que precipitan y protegen su desarrollo o mantenimiento posterior.

Los factores facilitadores de la aparición del TEPT (Echeburúa, E. 2005):

- Los individuos con un alto rasgo de ansiedad, tiene una mayor predisposición a padecer distintos trastornos de ansiedad, entre ellos se incluye el TEPT.
- La existencia de cierta predisposición genética.
- La edad es otro factor relacionado con la predisposición. A similares niveles de exposición, afecta más a niños, adolescentes y ancianos que a los adultos.
- En cuanto al sexo, las mujeres parecen tener un mayor riesgo de desarrollar TEPT .

Otro aspecto de gran relevancia que se ha podido añadir a estos factores de predisposición del desarrollo del TEPT, ha sido la experiencia de traumas anteriores al atentado.

Factores de protección. Protegen de la posibilidad de desarrollar síntomas mas graves (Echeburúa, E 2005):

- a) Apoyo y protección familiar.
- b) Apoyo social próximo (amigos, compañeros de trabajo).
- c) Apoyo social general.
- d) Apoyo social institucional.
- e) Factores de personalidad.

Se ha podido comprobar cómo la presencia de diferentes tipos de apoyo, en especial de la red familiar y/o social más cercana, junto con factores de personalidad, como las estrategias de afrontamiento positivas ante las dificultades,

son buenos predictores en la recuperación psicológica después de un atentado terrorista.

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (Baca, Cabanas y Baca-García, 2003).

Estrategias de afrontamiento positivas	Estrategias de afrontamiento negativas
<ul style="list-style-type: none"> - Aceptación del hecho y resignación - Experiencia compartida del dolor y de la pena. - Reorganización del sistema familiar y de la vida cotidiana. - Reinterpretación positiva del suceso (hasta donde ello es posible). - Establecimiento de nuevas metas y relaciones. - Búsqueda de apoyo social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Anclaje en los recuerdos y planteamiento de preguntas sin respuesta. - Sentimientos de culpa. - Emociones negativas de odio o de venganza. - Aislamiento social. - Implicación en procesos judiciales, sobretodo cuando la víctima se implica voluntariamente en ellos. - Consumo excesivo de alcohol o de drogas. - Abuso de fármacos.

6.1.3. Mantenimiento del TEPT a largo plazo (cronificación).

La Asociación de ayuda a las víctimas del 11-M (AAV-11M), ha obtenido datos acerca de las consecuencias psico-sociales de los atentados del 11 de marzo y del 3 de abril de Leganés, en un estudio denominado “Las víctimas 18 meses después” (Anexo 1), evidenciándose que las víctimas padecen aún 18 meses después de los atentados, ansiedad elevada, irritabilidad, crisis ansioso-depresivas, que en ocasiones provocan sentimientos de desesperanza. Aparecen también, sentimientos de culpa y dificultades para volver a utilizar los medios de transporte públicos.

Respecto a la vida familiar, se observan dificultades en la comunicación, los familiares más cercanos sufren secuelas psicológicas (con frecuencia trastornos de

ansiedad), todo ello unido a cambios en la vida laboral y económica, hacen poner a prueba la estructura previa familiar en la adaptación al cambio ocurrido en sus vidas.

En el estudio comparativo realizado año y medio después de los atentados, denominado, "Las víctimas 36 meses después" (Anexo 2), refleja que el 50.4% de las víctimas padecen secuelas psicológicas, y el 27,8% de las víctimas, tres años después de los atentados, acuden a recibir asistencia psicológica. Entre los principales síntomas aparecen: ansiedad, depresión, miedo, desconfianza ante ellos mismos y hacia los demás y dificultades en la reincorporación a la vida diaria. El 16% de las víctimas, sigue sin utilizar el tren y los que sí lo hacen manifiestan síntomas de ansiedad durante el trayecto, o necesitan ir acompañados de otra persona.

En cuanto a los familiares, el 50% dice no haber recuperado su vida social previa al atentado, el 17,3%, no ha podido volver a subir al tren, y el 29,7% se encuentra recibiendo tratamiento psicológico (este porcentaje ha aumentado respecto al estudio realizado el año anterior).

6.1.4.1 Situaciones estresantes

Después de producirse un atentado terrorista en el que el número de fallecidos y heridos es elevado y el impacto que produce en la sociedad genera cambios sociales y políticos, la expectación, el interés y la preocupación por, investigaciones realizadas, noticias en medios de comunicación de nuevos atentados, la celebración de juicios y aniversarios, produce que la sintomatología psicológica manifestada por los afectados, si no es abordada con anterioridad, se intensifique y se siga manteniendo a largo plazo.

También es importante hacer alusión a las secuelas físicas que padecen los supervivientes de un atentado terrorista, ya que además de la cura y recuperación de dichas secuelas con el tiempo, hay que sumarle las intervenciones quirúrgicas a las que han tenido que someterse.

De éste modo, se encuentran en situación de alerta y amenaza constante por la presencia de diferentes estímulos externos mantenidos en el tiempo. Ésta situación se podría explicar a través de la teoría del estrés de Selye (1980), "el síndrome general de adaptación":

El síndrome general de adaptación, es un patrón de respuesta no específica que implica un esfuerzo del organismo por adaptarse y sobrevivir, y comprende tres fases:

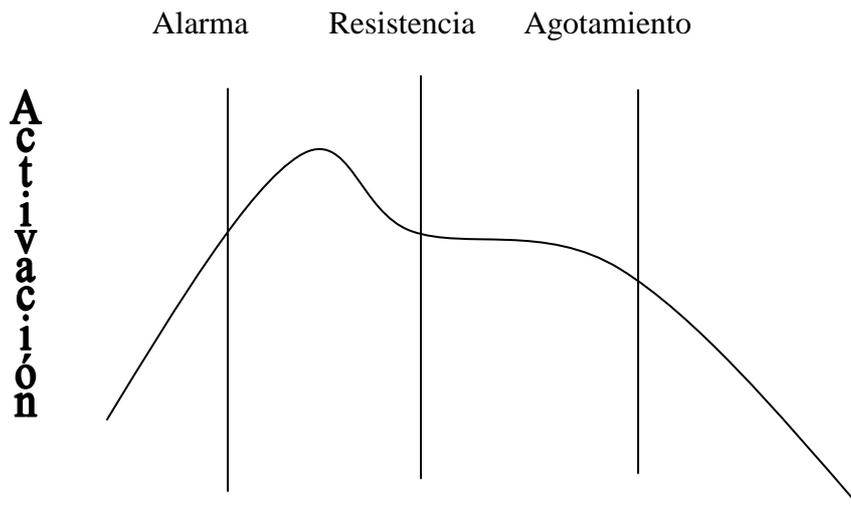
1.- Fase de Alarma, se produce en primer lugar. Es la forma de reaccionar del organismo cuando se ve expuesto ante condiciones para las que no está adaptado. Ésta reacción a su vez tiene dos momentos o fases, la de choque, que es la reacción inicial inmediata, corresponde con la reacción de ataque o huida de Cannon, y la de contra-choque, que es una reacción de rebote y que inicia un proceso de reajuste homeostático.

Ésta fase correspondería a la reacción del organismo inmediatamente después de producirse el atentado terrorista.

2.- Fase de resistencia, a la que se llega cuando las condiciones estresantes se prolongan en el tiempo, permitiendo que se mantengan unos altos niveles de activación fisiológica. El organismo intenta adaptarse al estresor y la capacidad para resistir se va debilitando.

Se sigue manteniendo la reacción de estrés por la presencia de estímulos externos que les hace seguir teniendo presente, el atentado terrorista (imágenes de los trenes en la televisión, noticias en los medios de comunicación, nuevas situaciones estresoras a las que se tienen que adaptar como consecuencia del atentado, etc)

3.- Fase de agotamiento. Si se mantienen las condiciones estresoras, al organismo se le acaban las reservas necesarias para continuar manteniendo la activación y comienza a decaer. Es entonces cuando aparecen problemas de ansiedad, depresión e ira.



Además de las reacciones fisiológicas, las fases van acompañadas de respuestas emocionales. Así, la primera de estas fases puede ir acompañada de emociones tanto positivas como negativas, sin embargo las siguientes fases van acompañadas casi exclusivamente de emociones negativas.

Cuando la respuesta de estrés es excesivamente frecuente o mantenida en el tiempo puede tener consecuencias negativas sobre el individuo, produciendo a largo plazo en las víctimas o supervivientes de los atentados terroristas, Trastorno de estrés postraumático, depresión, etc

- **Consecuencias de la fase de agotamiento y resistencia mantenida.**

Ansiedad: respuesta que da el organismo ante situaciones o estímulos que percibimos como amenazantes.

Respuestas cognitivas <u>Pensamientos o ideas</u> sobre el estímulo estresante (situación, persona...)	Respuestas fisiológicas <u>Sensaciones</u> que experimenta nuestro <u>cuerpo</u> ante los pensamientos e ideas que tenemos acerca del estímulo estresante.	Respuestas motoras <u>Conductas y</u> <u>comportamientos</u> que la persona realiza o deja de realizar ante un estímulo estresante.
--	--	---

Preocupación Inseguridad Pensamientos negativos Anticipación del peligro Dificultad para tomar decisiones Sensación pérdida de control Depresión Irritabilidad Alta sensibilidad a la crítica Baja autoestima	Dificultad para respirar Molestias gastrointestinales Problemas sexuales Tensión y temblores Sequedad de boca Sudoración Palpitaciones Náuseas Vómitos Cefaleas Migrañas Alteraciones del sueño Alteraciones dermatológicas	Hiperactividad Paralización motora Movimientos repetitivos Movimientos torpes Tartamudeo Conductas de evitación Comportamientos impulsivos Incapacidad para descansar
--	---	--

▪ **Consecuencias a medio y largo plazo:**

Cuando se mantiene un alto grado de estrés (no se adapta a las exigencias del medio, se ve envuelto por situaciones puntuales de gran tensión), es presumible que a medio o largo plazo se altere el funcionamiento de los órganos:

- Predisposición a contraer enfermedades: úlceras, infartos, aparición de alergias, caída del cabello, cáncer, depresión, etc.
- Alteración en las relaciones familiares y personales.
- Disminución de la capacidad de trabajo, por las dificultades a la hora de concentrarse, disminución de la memoria, etc.

Además de las alteraciones en los órganos, también se producen con el paso del tiempo, cambios en los pensamientos y las creencias de las víctimas, que juegan un importante papel en las respuestas emocionales al trauma.

6.1.4.2. Lesiones y secuelas

Es importante destacar la distinción que Echeburúa, E (2005), realiza de las lesiones psíquicas y secuelas emocionales.

La lesión psíquica se refiere a una alteración clínica aguda que sufre una persona como consecuencia de haber experimentado un suceso violento y que le incapacita significativamente para hacer frente a los requerimientos de vida ordinaria a nivel personal, laboral, familiar o social.

Las lesiones psíquicas más frecuentes son las alteraciones adaptativas (con un estado de ánimo deprimido y/o ansioso), el trastorno de estrés postraumático o la descompensación de una personalidad anómala. Más en concreto a un nivel cognitivo, la víctima puede sentirse confusa y tener dificultades para tomar decisiones, con una percepción profunda de indefensión (de estar a merced de todo tipo de peligros) y de incontrolabilidad (de carecer de control sobre su propia vida y su futuro)

a nivel psicofisiológico, puede experimentar sobresaltos continuos y problemas para tener un sueño reparador; y por último a nivel de las conductas observables, puede mostrarse apática y con dificultades para retomar la vida cotidiana (Acierno, Kilpatrick y Resnick, 1999)

Las secuelas emocionales a modo de cicatrices psicológicas, se refieren a la estabilización del daño psíquico, es decir, a una discapacidad permanente que no remite con el paso del tiempo ni con un tratamiento adecuado. Se trata por tanto de una alteración irreversible en el funcionamiento psicológico habitual, o dicho en términos legales más imprecisos conceptualmente, de un menoscabo de la salud mental.

Las secuelas psíquicas más frecuentes en las víctimas de sucesos violentos se refieren a la modificación permanente de la personalidad, según el apartado F62.0 de la CIE-10 (Organización mundial de la salud, 1992). Es decir, se refieren a la aparición de rasgos de personalidad nuevos, estables e inadaptativos (por ejemplo, dependencia emocional, suspicacia, hostilidad, etc) que se mantienen durante al menos 2 años y que llevan a un deterioro de las relaciones interpersonales y a una falta de rendimiento en la actividad laboral (Esbec, 2000).

Esta transformación de la personalidad puede ser un estado crónico o una secuela irreversible de un trastorno de estrés postraumático que puede surgir como consecuencia de haber sufrido un suceso violento (Echeburúa, Corral y Amor, 2000).

CASO

S.G. superviviente del atentado del Pozo, acude a consulta 2 años después. Ayudó a otros afectados a salir de los vagones. Su profesión hasta ese día era de policía y sentía la necesidad de ejercer como tal, aun teniendo heridas físicas de gravedad. Fue trasladado al hospital y permaneció ingresado 2 meses

Cuando acude a consulta, refiere sentirse irritable, teniendo dificultades para controlar la ira externa, además refiere que su forma de ser ha cambiado desde el atentado y eso le asusta, ya que no tiene control sobre sus emociones. En la actualidad se encuentra recibiendo tratamiento psiquiátrico, tomando lexatin (ansiolítico) y seroxat (antidrepesivo). Presenta diagnóstico de TEPT con síntomas depresivos.

Las principales secuelas físicas que mantiene en la actualidad son, perforación timpánica y pérdida de audición en el oído derecho e izquierdo respectivamente, y lesiones en el cuello y en la espalda de diversa gravedad. En la actualidad, continúa de Baja laboral (2006) pendiente de obtener una resolución por parte del Tribunal médico (al que ha acudido 2 veces) para obtener la incapacidad permanente total. Esto le ha producido el aumento de la ansiedad, no

sólo por tener que reexperimentar lo que ocurrió en el atentado, si no también por la sensación de incertidumbre en cuanto a su situación laboral. Presenta dificultades en la adaptación a la vida diaria, ya que a S.G. le gustaba su profesión como policía.

Presenta rechazo a las personas de origen árabe, llegando a evitar sentarse o situarse cerca de uno de ellos. Ha vuelto a subir en el tren, pero cuando lo hace se sitúa en el mismo vagón y asiento donde se encontraba el día del atentado, refiere darle seguridad y cuando no ha podido situarse en estos lugares, se ha bajado del tren.

6.1.4. Efectos neurobiológicos del TEPT.

El estrés postraumático es uno de los trastornos junto con las demencias y los trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas, en los que la etiología juega un papel importante en su existencia como cuadro clínico. Si tenemos en cuenta que no todos los sujetos que son testigos o víctimas de acontecimientos traumáticos desarrollan TEPT, parece lógico pensar que la génesis y proceso subyacente del trastorno tiene mucho que ver con los procesos de tipo psicológico y neurológico, que conlleven finalmente una disfunción en el procesamiento emocional de los eventos traumáticos.

Los síntomas que caracterizan al Trastorno de Estrés Postraumático, no sólo son manifestados a nivel cognitivo, comportamental o emocional. Este trastorno, como han demostrado diversos estudios, tiene una serie de efectos neurobiológicos a nivel cerebral. Entre los autores que han llevado a cabo estudios específicos sobre este tema, destacaremos los resultados encontrados por dos de ellos: Roger Pitman y Larry Cahill.

Roger Pitman (1997), psiquiatra de la escuela de Medicina de Harvard, encuentra como más relevantes los siguientes efectos:

- ***Disminución del hipocampo.*** Esta parte del cerebro, situada en el lóbulo temporal, forma parte del sistema límbico. Se encarga de la regulación de la memoria, y por tanto interviene en la extinción de los condicionamientos. La hipertrofia de esta zona dejaría al sujeto con menor capacidad para la extinción de las respuestas condicionadas que hacen que cualquier estímulo que se asocie al trauma, desencadene el recuerdo del mismo.

- **Sensibilización neurológica.** Esta sensibilización ha sido demostrada mediante la administración de inyecciones de yohimbina (alcaloide extraído de las hojas y de la corteza de un árbol africano) y lactato (enzima catalizadora que se encuentra en muchos tejidos del cuerpo, pero es mayor su presencia en el corazón, hígado, riñones, músculos, glóbulos rojos, en el cerebro y en los pulmones), las cuales son capaces de desencadenar los recuerdos en forma de ``fogonazo,`` producidos también por las asociaciones psicológicas que se hacen a raíz del suceso traumático.
- **Disminución de cortisol** en sangre, saliva y orina. Aunque en un primer momento podríamos suponer que sucedería lo contrario, el autor encuentra que, en el estrés normal estos niveles aumentan. Sin embargo la disminución de cortisol que se produce en el TEPT, permite diferenciar de manera clara (Yehuda, 1997) el trastorno por estrés postraumático del trastorno por estrés crónico, delimitando al primero como un cuadro bien definido.

Se produce por tanto una *alteración crónica, estable, en el eje endocrino hipotálamo-hipófisis-adrenal.*

- **aumento de la hormona tiroidea en sangre.**
- **alteración de ciertas propiedades de las células sanguíneas:** aumento de los receptores glucocorticoides de los linfocitos, disminución de la captación de serotonina en las plaquetas, disminución de la actividad de la monoamino oxidasa en las plaquetas.

Larry Cahill, (Center for the Neurobiology of Learning and Memory, Universidad de California), demuestra mediante estudios con animales, la importancia que algunas catecolaminas tienen en la fijación de la experiencia traumática, a nivel de la amígdala cerebral. La hipótesis que plantea Cahill, es la de la existencia de un sistema neurobiológico endógeno que regula las experiencias emocionales significativas, el cual es activado en función de la importancia de las mismas.

A raíz de estos estudios, Cahill descubre que la fijación de una memoria con significación afectiva depende fundamentalmente de dos componentes: las catecolaminas epinefrina (adrenalina) y norepinefrina (noradrenalina), y la amígdala cerebral como centro de procesamiento de las emociones, incluido el miedo. La importancia de estos dos componentes fue demostrada mediante la administración de inyecciones de adrenalina y noradrenalina, tras una experiencia emocionalmente significativa, lo que hacía aumentar el recuerdo de la misma, a nivel de la amígdala cerebral.

Las funciones de este sistema neurobiológico endógeno, sería la de supervivencia y la de protección, debido a que, si las experiencias de peligro son recordadas, éstas podrán ser evitadas en el futuro.

6.2. FAMILIARES DE FALLECIDOS

La tristeza después de la muerte de un ser querido, es difícil de distinguir de la aflicción anormal, mas aún cuando el fallecimiento se ha producido por un atentado terrorista, estando de la misma manera deficientemente definidos los factores de riesgo predictores de un duelo patológico, aunque entre estos últimos se hayan señalado como relevantes, el estado previo de salud física y psicológica de la persona que sufre el duelo así como, el carácter inesperado de la muerte (Macias Fernandez, J.A. y cols.)

Bourgeois (1996), concibe el duelo como “la pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psico-afectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida, que denomina trabajo o elaboración del duelo". Este autor destaca dos aspectos diferenciales en la reacción de pesar: las consecuencias de la pérdida y las acciones del individuo encaminadas a la adaptación y superación de la misma.

Según José Angel Macías Fernández y Carmen Parrado Prieto, ante la pérdida de un ser querido, la reacción normal, es con frecuencia un síndrome depresivo típico.

6.2.1 Cuadro clínico del duelo

- Bajo estado de ánimo
- Sentimientos de culpa
- Ideas de muerte
- Anorexia
- Pérdida de peso
- Insomnio
- Abandono de sus actividades socio-laborales

En estos casos cuando están presentes los sentimientos o ideas de culpa, éstos suelen centrarse en lo que el superviviente podría haber hecho o en lo que no hizo para poder haber evitado la tragedia. Las ideas de muerte se limitan, por lo general a pensamientos en torno al deseo de haber muerto en lugar de la persona perdida o de haber fallecido con ella, incluso, pueden producirse algunos trastornos

senso-perceptivos transitorios en forma de alucinaciones, en las que el paciente refiere ver o escuchar la voz de la persona fallecida

En cualquier caso, el duelo no complicado considera sus sentimientos depresivos como “normales”, aunque acuda en busca de ayuda profesional, para liberarse de síntomas como el insomnio o la anorexia (Macías Fernández, J.A. y cols).

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA), señala, que cuando el cuadro depresivo persiste más de dos meses desde el fallecimiento y concurren los síntomas que se exponen a continuación, se debe plantear el diagnóstico de “trastorno depresivo mayor”.

6.2.2 Diagnóstico de trastorno depresivo mayor en el duelo

- La culpa por las cosas más que por las acciones, recibidas o no recibidas por el superviviente en el momento de morir la persona querida.
- Pensamientos de muerte más que voluntad de vivir, con el sentimiento de que el superviviente debería haber muerto con la persona fallecida.
- Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad.
- Enlentecimiento psicomotor acusado.
- Deterioro funcional intenso y prolongado.
- Experiencias alucinatorias complejas y persistentes.

Duelo complicado o no resuelto

Se incluyen en esta categoría, las alteraciones en el curso e intensidad del duelo, bien por exceso (es decir, manifestaciones excesivas o atípicas, duración más allá de lo socialmente aceptado), o bien por defecto (ausencia de manifestaciones de pesar).

La incidencia y prevalencia de este cuadro clínico oscilan, según diferentes autores entre el 5 y el 20 % de las reacciones de duelo.

6.2.3 Etapas del duelo

- Fase de impacto (Silverman) o impasibilidad (Parkes y Clayton): de pocas horas a una semana.
- Fase de depresión (Clayton) o de repliegue (Silverman): de un mes a un año.
- Fase de recuperación, curación o restitución: después del año.

Una primera etapa denominada “de impacto”, que dura de pocas horas a una semana después del deceso, que puede cursar tanto con embotamiento, como con liberación emocional intensa, no siendo consciente de lo sucedido y mostrando una conducta semiautomática.

Es el momento de los ritos sociales y familiares del duelo que facilitan la resolución de esta fase. Desde el punto de vista psicopatológico, la ansiedad es la emoción predominante produciéndose igualmente un estrechamiento del campo de la consciencia.

La segunda etapa clasificada de “repliegue” o depresiva, se prolonga a lo largo de varias semanas o meses, que se inicia con sintomatología depresiva inhibida, seguida de episodios de protesta-irritación y aislamiento.

Los rituales socio-religiosos han finalizado, la persona se encuentra sola ante la realidad de la pérdida y frecuentemente con la exigencia social imperiosa de reincorporación inmediata a su vida habitual: retorno al trabajo, cuidado de los familiares a su cargo, etc.

Durante este período el estado de ánimo es superponible al de un trastorno depresivo.

La tercera etapa o de “recuperación”, se produce al cabo de seis meses o un año.

Durante la misma se retorna al nivel de funcionamiento previo, siendo capaz el familiar del establecimiento de nuevos lazos afectivos. Frecuentemente esta etapa coincide, con el primer aniversario del deceso produciéndose en este período una intensificación emocional en la línea de la nostalgia, tristeza, llanto, recuerdo doloroso, etc., que duran unos días y que finalmente marcan el final del duelo.

Bourgeois (1996), distingue diferentes modalidades de duelo complicado, alguno de los cuales, se superponen entre sí:

6.2.4. Tipos de duelo complicado

- Duelo ausente o retardado
- Duelo inhibido
- Duelo prolongado o crónico
- Duelo no resuelto
- Duelo intensificado
- Duelo enmascarado
- Reacciones de aniversario

- Duelo ausente o retardado: Se produce una negación del fallecimiento con una esperanza infundada de retorno del finado, padeciendo un intenso cuadro de ansiedad y deteniéndose la evolución del duelo en la primera fase.

- Duelo inhibido: Se produce una “anestesia emocional”, con imposibilidad de expresar las manifestaciones de la pérdida.

- Duelo prolongado o crónico: Con persistencia de la sintomatología depresiva, más allá de los 6-12 meses. El duelo se detiene en la segunda fase.

- Duelo no resuelto: Similar al anterior, permaneciendo el paciente “fijado”, en la persona fallecida y en las circunstancias que rodearon su muerte, sin volver a su vida habitual. El duelo se ha detenido entre la segunda y tercera fase.

- Duelo intensificado: Se produce una intensa reacción emocional tanto precoz como mantenida en el tiempo.

- Duelo enmascarado: Se manifiesta clínicamente por síntomas somáticos.

Predictores del duelo patológico

Aunque no existe unanimidad en la bibliografía consultada acerca de las variables pronóstico, que van a provocar la transformación de una reacción de pesar normal en una reacción de duelo patológico, se pueden señalar las siguientes (Macías Fernandez, J.A. y cols):

- La falta de salud física o mental previa
- La ambivalencia afectiva con agresividad
- Duelos repetidos
- Mayor fragilidad en el varón
- La muerte repentina

Después de un atentado terrorista, los familiares de fallecidos, tienen que asumir nuevos roles y presentan dificultad para adaptarse a las nuevas situaciones. La mejoría del duelo con el paso del tiempo, dependerá en gran parte del reajuste de esos roles familiares tanto en la relación de pareja, si el que ha fallecido ha sido el hijo, como en la relación padre-hijo si el fallecido ha sido uno de los cónyuges o padres.

Es importante destacar en atentados terroristas, que la aparición de la necesidad imperiosa de "hacer justicia" y de la representación del familiar fallecido en diferentes actos públicos y juicios de forma constante como parte de sus quehaceres diarios, puede ocasionar la dificultad en la resolución del duelo. Todo ello, puede estar relacionado con la aparición de sentimientos de culpabilidad por el temor a "el olvido" del familiar fallecido y también suele aparecer la creencia de "no ser egoístas", especialmente en las mujeres, pues se considera que cuidar de sí mismas, dedicando tiempo y esfuerzo a satisfacer sus necesidades, es una manifestación de "egoísmo".

CASO

M.F, madre de fallecido en el atentado de Atocha. Acude a consulta dos años después de los atentados con motivo de la realización de uno de los estudios de la Asociación, en el que los trabajadores nos poníamos en contacto con ellos para que acudieran a realizar una entrevista individualizada, a partir de ese momento se detectó la necesidad de tratamiento psicológico y así se planteó a M.F. y accedió sin problema. Refiere encontrarse desanimada, sin ganas de hacer nada, además refiere no tener motivación para planificar actividades, ni salir de casa. Presenta llanto frecuente ,irritabilidad, sentimientos de culpa por llegar a disfrutar de actividades y cuando no puede asistir a los actos en conmemoración de los fallecidos. Ha dejado de cocinar la comida que le gustaba a su hijo y los días 11 de cada mes, se queda en casa. Refiere haber sido religiosa, pero desde la pérdida de su hijo, refiere haber perdido la fe. La comunicación con su marido se ha debilitado, debido a que refiere que su marido no quiere hablar de lo sucedido y ella se siente incomprendida por querer hablar y recordarle con frecuencia, ya que refiere tener miedo a olvidarse de él. Tiene un nieto, hijo de su hijo fallecido, con la que quiere estar con mucha frecuencia, llegando a presentar discusiones con su nuera, por querer estar más tiempo con el.

6.3. FAMILIARES DE VÍCTIMAS DIRECTAS

Ser víctima de un atentado terrorista causa un impacto devastador, no sólo en la persona afectada, sino también en su familia. Cuando un miembro de un núcleo familiar se ve afectado por un atentado terrorista, todo el conjunto sufre las consecuencias, por lo que cabe afirmar que no hay individuos afectados por atentados terroristas sino familias afectadas por atentados terroristas.

Por otra parte, debido por un lado a las secuelas físicas que en su mayoría son de índole crónica y por otro lado, a las secuelas psicológicas, ha sido también llamativo el impacto que estas situaciones han tenido en la vida de pareja de las víctimas. A menudo, todo el grupo familiar se ha visto alterado y obligado a un proceso de reacomodación a las nuevas realidades que han surgido a raíz del atentado.

En cuanto a los cónyuges, padres y hermanos, se ha visto con frecuencia, que sufren estados de ansiedad ante la situación de su familiar afectado y, ante las que ellos mismos han vivido. Recordemos que muchos de los familiares, al recibir la noticia del atentado se vieron enfrentados no sólo debido al trauma de la noticia, sino también, a la búsqueda larga e incierta de sus familiares, a las largas estancias hospitalarias, a las situaciones de salud graves que en ocasiones hicieron peligrar la vida del familiar.

Las principales causas que han contribuido al desequilibrio familiar, pueden ser: las situaciones de baja prolongadas, la jubilación anticipada, las lesiones auditivas y/o visuales que dificultan la comunicación entre la familia y la víctima, las secuelas psicológicas y los cambios en la vida laboral y económica. Las familias son puestas a prueba y se ha evidenciado que requieren seguimiento y apoyo psicosocial a medio y largo plazo, a fin de alcanzar la mayor normalización posible en la vida de la víctima y sus familiares.

Asimismo, ha resultado importante no pasar por alto, la influencia que este tipo de dificultades familiares puede tener en el desarrollo de los hijos menores de las víctimas ya que, se ha observado que los niños, inclusive siendo muy pequeños,

presentan en ocasiones signos de alerta elevado, temores nocturnos y la disminución del rendimiento académico. Por lo tanto, se considera conveniente tener en cuenta estos factores de riesgo, de cara a una labor de prevención de trastornos psicopatológicos en los menores.

6.3.1. SECUELAS PSICO-FÍSICAS.

El impacto de un atentado a nivel familiar, puede también estar influenciado por la presencia de un daño cerebral y la discapacidad física y/o psíquica que conlleva. El grado de afectación en la familia, podría depender de factores como: la forma de inicio, la evolución y el grado de incapacitación en que permanece el familiar.

Es importante considerar la estructura y la dinámica familiar existentes antes del atentado, el momento evolutivo de la familia, las estrategias de afrontamiento utilizadas en otras ocasiones problemáticas, las actitudes de los familiares ante las secuelas del atentado o los recursos familiares relacionados con los aspectos sociales, económicos y laborales.

El atentado supone para la familia un cambio de valores y prioridades: plantea nuevos desafíos en la estabilidad emocional de la familia y requiere un cambio de funciones. Se alteran hábitos, planes familiares e individuales y posiblemente las funciones que deja de hacer la persona afectada tendrán que ser asumidas y distribuidas entre el resto de los miembros de la familia (Navarro, 1995).

Progresivamente, la persona afectada y su familia tendrán que irse adaptando a la nueva situación. Durante todo este proceso de adaptación el conjunto del sistema familiar sufre alteraciones estructurales y emocionales que requieren atención, orientación y apoyo psicológico, con la finalidad de facilitar la evolución y la adaptación de la familia a la nueva realidad. Por lo tanto la asistencia y orientación a los familiares de las personas afectadas es fundamental en todo su proceso de rehabilitación (Junqué, Bruna y Mataró, 1996; Bruna, Mataró Y Junqué, 1997).

Independientemente del tipo y de la gravedad de las lesiones, todo el sistema familiar, cuando uno de sus miembros se ve afectado, sufre un estrés considerable.

Douglas (1990) ha caracterizado las respuestas de la familia al daño en cinco estadios, aunque señala que no todas las familias pasan por todas las fases. Al principio las familias suelen experimentar un estado de conmoción, angustia y confusión, así como sentimientos de incapacidad y frustración. La reacción inmediata ante la discapacidad es de shock y de pánico, cursando con depresión, cólera y culpa, de forma que todo lo que desean los familiares es que la persona afectada sobreviva. Cuando la fase aguda se supera, aparece con frecuencia un sentimiento de alivio, y a medida que el paciente se recupera, surgen sentimientos de esperanza y optimismo. Como es difícil pronosticar con la máxima certeza el grado de recuperación del paciente, frecuentemente se informa a las familias que la recuperación puede requerir un largo tiempo y que el pronóstico final es incierto.

La familia tiende a negar las consecuencias de la discapacidad, lo cual puede suponer una fuente de conflicto dentro de la propia familia. Hasta que la persona afectada no es dada de alta del hospital y vuelve a su domicilio, la familia no tiene conciencia real de las consecuencias del atentado. En este momento, tal y como describe Powell (1994), es cuando las familias deben hacer frente más directamente a las dificultades y a los cambios, siendo necesario un largo período de tiempo para que la familia más cercana acepte que el familiar afectado, no va a volver a la situación anterior.

El proceso de adaptación de la familia transcurre de forma paralela al proceso por el que la persona con discapacidad va superando los diversos estadios de recuperación y aceptación. La adaptación supone, según Powell (1994), superar los problemas cognitivos, de conducta y sociales, la falta de información y de servicios, la incertidumbre acerca del futuro, las posibles dificultades económicas y el cambio de roles en el ámbito familiar.

Para poder valorar el grado en que las secuelas psico-físicas han afectado a la víctima, es necesario conocer las consecuencias directas que pueden ocasionar estas secuelas, con respecto a la situación laboral de la víctima. Estas consecuencias pueden ser las siguientes:

- Incapacidad Permanente Parcial para la profesión habitual: es aquella que, sin alcanzar el grado de Incapacidad Total, ocasiona al trabajador una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para dicha profesión, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.
- Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual: es la que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.
- Incapacidad Permanente Absoluta para todo trabajo: es la que inhabilita por completo al trabajador para toda profesión u oficio.
- Gran Invalidez: es la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

CASO

R.G, esposa de afectado en el atentado de Sta Eugenia. El motivo de consulta es la dificultad en la comunicación con su marido desde el atentado. Tienen 3 hijos de 20, 23 y 27 años. Acude a consulta un año después de los atentados.

La paciente refiere que el día del atentado estuvieron buscando a su marido por diferentes hospitales, llegando a Ifema, cuando les comunicaron que se encontraba ingresado en el Hospital Gregorio Marañón en estado grave. Presentaba quemaduras por todo el cuerpo, perforación timpánica y traumatismo craneoencefálico. La recuperación fue lenta, y le dieron el alta hospitalaria a los 3 meses de su ingreso. Estuvo de Baja 1 año durante el cual, las discusiones eran constantes (los cónyuges). Posteriormente le conceden la incapacidad permanente absoluta a los 50 años.

Rg, refiere que su marido está más irritable y que cuando ella llegaba a casa de trabajar, él demandaba atención continua.

R.G, refiere que su marido antes del atentado, disfrutaba con su trabajo llegando a casa a altas horas de la noche. De la educación de los hijos, refiere haberse ocupado ella desde siempre. Además refiere percibir en su marido un cambio en su forma de ser y comportarse desde el atentado. Todo esto le produce dificultades para conciliar el sueño, irritabilidad, la necesidad de estar más tiempo fuera de casa para evitar discusiones y el ver a su marido sentado delante del ordenador durante horas.

El marido de R.G, presenta Trastorno de estrés postraumático y secuelas físicas irreversibles que han sido difíciles de aceptar por todos los miembros de la familia, en especial por el afectado, derivando dificultades en la adaptación a la nueva situación.

Se realizó intervención psicológica individualizada para R.G y su marido, y terapia familiar con sus hijos.

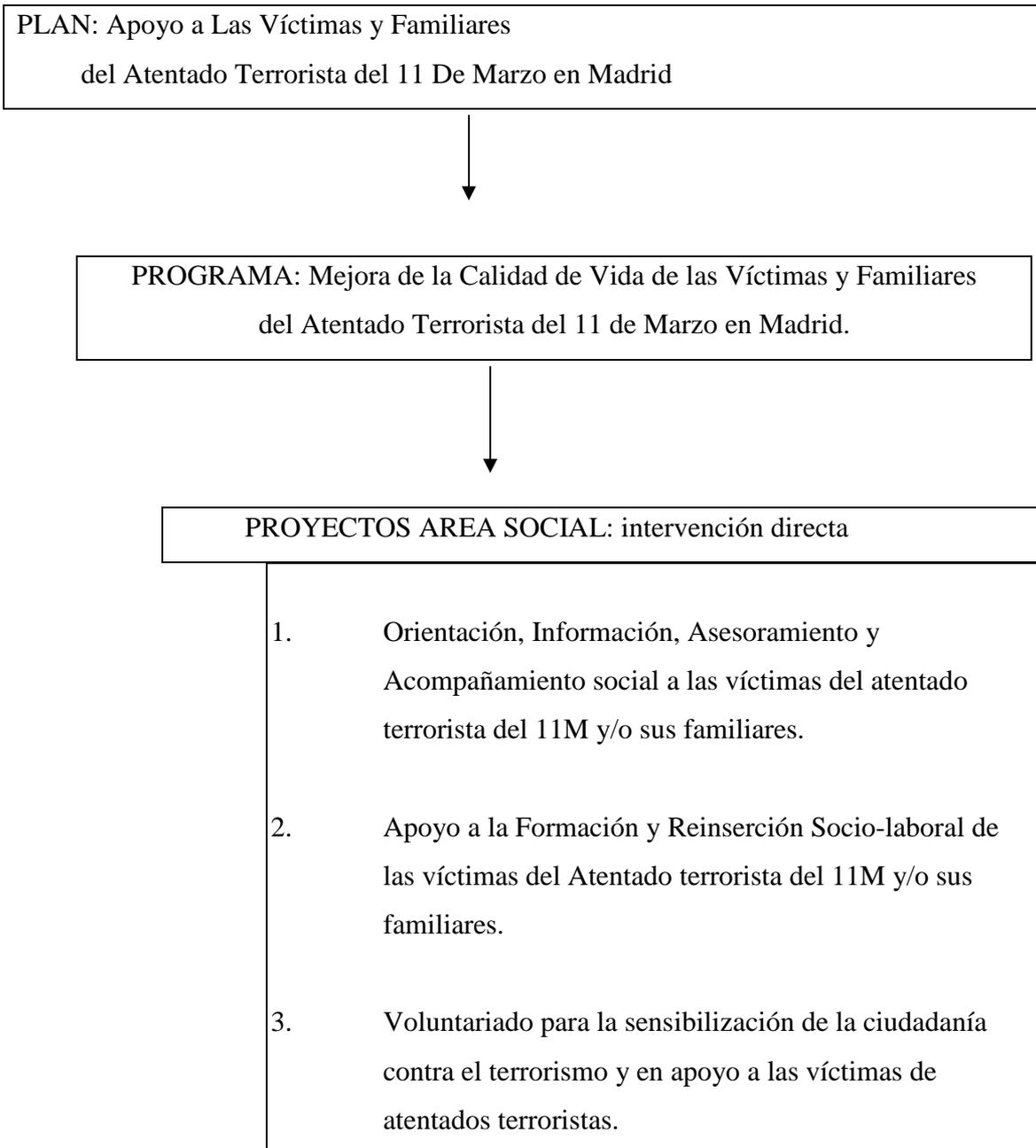
7. TIPOS DE INTERVENCIÓN DESDE LA ASOCIACIÓN DE AYUDA A VÍCTIMAS DEL 11-M.

<p>7.1 Intervención Social con víctimas de atentados terroristas y familiares</p>

Cualquier intervención social se realiza desde el Área de Trabajo Social de la organización, y debe ser realizada por personal debidamente cualificado. En el caso de la intervención social con víctimas de terrorismo y sus familiares, será realizada por trabajadores sociales con formación específica en atención a víctimas de terrorismo, lo que fundamentalmente les permitirá tratar adecuadamente a la víctima en el momento en el que se realiza su demanda, y a su vez informar adecuadamente de todos los recursos existentes para las mismas. Es fundamental que dentro del equipo de trabajo social haya un trabajador/ra social que realice una labor de coordinación, tanto del personal del equipo, como de éste, con todos los recursos que se gestionan desde el Área Social.

En la Asociación de Ayuda a las víctimas del 11M, la intervención se desarrolla en base al Plan de Apoyo a las víctimas y familiares del atentado terrorista del 11 de Marzo en Madrid. Dentro de éste, se desarrolla el Programa de Mejora de la Calidad de vida de las víctimas y familiares del atentado terrorista del 11 de Marzo en Madrid. De este programa se desprenden los proyectos sociales siguientes:

Organigrama de trabajo Área Social: Plan, Programa, Proyecto



7.1.1. Proyecto de Orientación, Información, Asesoramiento y Acompañamiento social a las víctimas del atentado terrorista del 11M y/o sus familiares.

Una de las primeras necesidades que se plantean en víctimas de un atentado terrorista, y más concretamente en víctimas de un atentado masivo como fue el del 11 de Marzo, es la necesidad de estar informado sobre todos los derechos y en consecuencia, de todos los recursos a los que tanto víctimas como familiares, en su caso, tienen acceso.

Cuando un ser humano sufre un atentado de estas características normalmente se siente desconcertado, desorientado y desinformado. No saben si tienen que acudir a algún lugar de la administración, si les corresponde algún tipo de prestación, si han de solicitar algún tipo de indemnización por haber sufrido las consecuencias de un atentado, si tienen derecho a determinados servicios sociales...etc. Las víctimas necesitan y demandan un servicio cercano de información, de orientación, y sobre todo de acompañamiento en todo el proceso de recuperación de la normalidad en todos los contextos de su vida.

Es por esto que el proyecto inicial con el que se brinda el apoyo social, algunos meses después del atentado, en el mismo año 2004, desde la *Asociación de Ayuda a las víctimas del 11M*, es un proyecto de orientación, información, asesoramiento y acompañamiento social para las víctimas y sus familiares. Un proyecto que les permite resolver todas sus dudas, y les brinda un servicio de gestión de ayudas que les deja emplear su tiempo en su propia recuperación, y no en gestiones de tipo burocrático que suponen en ese momento una lacra más para la propia víctima.

Durante el año 2005 se continuó con la ejecución de este proyecto pues cada vez eran más las víctimas que se acercaban a la Asociación demandando este servicio. Pero casi dos años después de los atentados del 11M, había que plantearse la adecuación de la continuidad del proyecto, es decir, si este, 18 meses después de los atentados, seguía cumpliendo con su función y sus objetivos, o por el contrario su ejecución ya no era necesaria.

Se realizó por tanto una evaluación diferida a través de un estudio cuantitativo y cualitativo que nos reportó información sobre las necesidades de las víctimas 18 meses después de los atentados, y sobre si alguna de estas necesidades continuaba siendo la de información, orientación, asesoramiento y apoyo social.

Así, en Enero de 2006 se presentó en Madrid el primer estudio* que se realiza en España acerca de las necesidades de las víctimas de los atentados del 11 de Marzo, 18 meses después de los mismos. Este estudio recoge datos fundamentales que nos permitieron en su momento, en el año 2006, conocer la realidad de las víctimas, y proyectar programas, además de éste, para paliar sus necesidades.

En el año 2006 se obtuvieron del estudio datos, que indicaban que , el 93,1% de la muestra del estudio, víctimas del atentado, necesitaban información y asesoramiento sobre las diferentes ayudas y recursos existentes para paliar sus necesidades. Recursos tanto a nivel público como privado. Además, más de la mitad de las víctimas entrevistadas, (un 52,4%) consideraron que las consecuencias del atentado habían afectado de manera muy considerable a la convivencia y la relación familiar, en especial, en aquellos núcleos familiares donde conviven menores de edad. A estos se añade la cifra de que un 40% todavía 2 años y medio después del atentado, continuaba fuera del ámbito laboral, a causa directamente de las consecuencias del atentado.

Además en Enero de 2007, la Asociación presentó un segundo estudio, continuación del primero, llamado “Las Víctimas 36 meses después”* que analizaba la situación de las mismas, tres años y medio después del atentado. En este estudio se pudo comprobar que todavía y a lo largo de estos 36 meses continuaban utilizando el servicio de información y asesoramiento, un 83% de las víctimas encuestadas. Además un 70% de las víctimas han tramitado diferentes tipos de ayudas a través de los trabajadores sociales de la Asociación, y todavía un 94% de la población encuestada ha considerado importante el acompañamiento social de los profesionales a través de la

* El Estudio “18 Meses después” está incluido en su integridad en el apartado de Anexos.

* El Estudio “36 Meses después” está incluido en su integridad en el apartado de Anexos.

realización de actividades y la prestación de servicios de información, asesoramiento y acompañamiento.

Por otro lado, entre las consecuencias físicas y psicológicas que sufren hoy en día las víctimas del atentado, y en muchos casos también sus familiares más directos, se encuentran principalmente la depresión, los ataques de pánico, la indefensión, la frustración, y el estrés. De hecho, un 46,7% de la población afectada por los atentados presenta síntomas de estrés agudo como consecuencia directa de su exposición a los mismos. Normalmente el impacto del estrés en las víctimas ha dependido del nivel de pérdida de recursos y de la capacidad de las personas para mantener los que tenía, o desarrollar otros que les permitan afrontar el estrés. A esto se suma el hecho de que el grado de influencia de las consecuencias del atentado en las víctimas dependa de factores como el nivel educativo, el grado de exposición al estresor, la experiencia previa, y fundamentalmente el grado de apoyo social.

Ante estas consecuencias la víctima y sus familiares, se encuentran con la necesidad de reestablecer y normalizar sus vidas en todos los contextos que rodean las mismas. En primer lugar necesitan el acompañamiento social de profesionales que les orienten e informen sobre todos aquellos recursos que pueden apoyar la reconstrucción de sus vidas (ya sean económicos, psicológicos, laborales, sociales, educativos, terapéuticos, jurídicos o de cualquier otra índole).

En segundo lugar, la respuesta común de las víctimas ante las catástrofes suele ser principalmente la búsqueda de apoyo social, apoyo que buscan en las redes sociales más cercanas que conforman su vida; pero no siempre estas redes sociales están correctamente estructuradas antes de suceder los atentados, o incluso, se han desestructurado a causa de los mismos, por lo que es necesario la existencia de un servicio que les acompañe en su proceso de reinserción social.

Es más, en muchas ocasiones la propia víctima del atentado es responsable directo de sus familiares, y sufrir las consecuencias del mismo, puede suponer un agravamiento de su situación económica, laboral y social, no sólo para él sino para su

propia familia. Por tanto, ésto afecta a la línea más cercana dentro de la red social que le rodea: la familia, primer contexto socializador y de apoyo del ser humano, que necesita de una normalización máxima para el desarrollo general de la propia persona.

Este proyecto está dirigido por tanto a las víctimas que han sufrido el atentado de manera directa y a sus familiares, que también de manera indirecta sufren las consecuencias de los atentados, en muchas ocasiones, intentando amortiguar el golpe sufrido por su hijo, padre, madre, hermano...etc.

El OBJETIVO GENERAL en el que se enmarca este proyecto consiste en: Orientar, informar, asesorar y acompañar a las víctimas y sus familiares en la superación de las consecuencias del atentado del 11-M, en su proceso de normalización y en la inserción social efectiva de la misma, a través de una intervención globalizada, y sobre todas las esferas del individuo: familiar, laboral, legal, escolar y social, proporcionando, en todos los casos, el apoyo y la información necesaria para cubrir y satisfacer sus necesidades, y facilitando el acceso a los recursos existentes para este colectivo.

De este objetivo general se desprenden los siguientes OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo específico 1:

Informar a todos los socios, víctimas y sus familiares de la existencia y contenido del proyecto: Difusión del proyecto.

Objetivo específico 2:

Iniciar una intervención social individualizada con el fin de facilitar a los usuarios una adecuada información y orientación de los recursos existentes, públicos y/o privados así como de la propia Organización, en relación con la demanda planteada.

Objetivo específico 3:

Acompañar a la víctima y sus familiares en el proceso de recuperación y normalización en los diferentes ámbitos de su vida cotidiana: familiar, laboral, escolar, social y legal.

Objetivo específico 4:

Coordinar las actuaciones tanto a nivel interno en la Organización, como a nivel externo con la red pública de Servicios Sociales y otras entidades sociales de carácter tanto público como privado, relacionadas con atención, apoyo y asesoramiento a las víctimas de atentados terroristas, para un seguimiento riguroso del caso individualizado.

Puesto que durante el primer semestre del año 2007 tuvo lugar la celebración del juicio por los atentados ocurridos el 11 de marzo en Madrid, se añadieron al proyecto dos nuevos objetivos específicos:

Objetivo específico 5:

Apoyar, asistir legalmente e Informar a todas las víctimas que se personaron en el juicio contra los imputados en la causa de los atentados del 11M, sobre el procedimiento legal y administrativo del mismo.

Objetivo específico 6:

Acompañar a las víctimas y familiares, por un lado, durante todo el proceso judicial del 11-M a la Audiencia Nacional, y por otro lado, acompañarles en los procedimientos legales que puedan quedar abiertos a posteriori (solicitud de indemnizaciones, interposición de recursos...etc.)

La consecución de estos objetivos se realiza a través de la puesta en marcha de las siguientes actividades:

1. En primer lugar se realiza una difusión y una comunicación del proyecto con los soportes físicos y tecnológicos oportunos, es decir, que el gabinete de prensa de la Asociación informa a todos los interesados de la existencia del proyecto a través de

correo electrónico, a través de la difusión de la información en la página web, y a través del correo ordinario. Los trabajadores/as sociales encargados de la ejecución del proyecto, también colaborarán en esta fase del mismo, realizando las llamadas telefónicas oportunas para poner en conocimiento de todas las víctimas y de sus familiares la puesta en marcha y continuidad del proyecto.

2. En segundo lugar los trabajadores/as sociales realizarán la entrevista de acogida al servicio de información, orientación y apoyo social.

3. En tercer lugar, y después de varias entrevistas, los profesionales realizarán el estudio, análisis y diagnóstico de la situación, haciendo constar en el diagnóstico, tanto las demandas implícitas, como las demandas explícitas del interesado.

4. Una vez realizado el diagnóstico se abrirá una fase en la que se acordará con el interesado las pautas de la intervención directa: es decir, se le informará de todos los derechos y recursos existentes para las víctimas de atentados terroristas, en virtud del marco legal especificado en el punto 3.3 (3.B Área de Trabajo Social), y en función de las demandas implícitas y explícitas, se realizarán con el interesado las gestiones de ayudas específicas y se le derivará en su caso, a los apoyos y servicios oportunos (asesoramiento legal, apoyo psicológico, inserción laboral...etc.). La información acerca de los recursos tanto públicos como privados que se ofrezca, será en relación a los siguientes ítems:

- a. Prestaciones sociales.
- b. Empleo y formación.
- c. Vivienda.
- d. Recursos socioeducativos.
- e. Recursos sociales comunitarios.
- f. Recursos socio sanitarios.
- g. Recursos específicos para víctimas del “11 de Marzo”

En cuanto a los recursos internos de la Asociación se podrá derivar al interesado, en función de la necesidad y demanda, a las siguientes actividades desarrolladas en función de los objetivos específicos expuestos para la ejecución de este proyecto, que cumplen con el objetivo de reinserción social de la víctima y su familiar:

a. - Taller de Habilidades Sociales, y mejora de la Autoestima:

El objetivo de este taller es crear un espacio para que los menores que han vivido una situación de violencia e injusticia, puedan profundizar en ello y normalizar la situación a través de técnicas específicas utilizadas en espacios de ocio y tiempo libre.

b. - Clases individualizadas de apoyo extra escolar en aquellas materias en las que presenten dificultades para el desarrollo normalizado de su educación escolar.

El objetivo de esta actividad es proporcionar apoyo extraescolar a menores víctimas y/o afectados del atentado del 11-M que presenten dificultades en el rendimiento académico

c. - Ciclo Cine Forum: esta actividad consiste en la proyección de películas de interés social y cultural, que propiciará a continuación un debate-coloquio con la participación de todos los asistentes y que será conducido por el/la trabajador/a social, favoreciendo así su proceso de reinserción social: es un espacio donde tanto víctimas como familiares tienen la oportunidad de relacionarse e interactuar con otras personas que han vivido la misma experiencia, y a la vez un espacio de reflexión sobre temas de la vida cotidiana.

5. A partir de este momento se realizará un seguimiento de cada caso con entrevistas periódicas y visitas domiciliarias en el caso de que la víctima no pueda desplazarse al lugar de trabajo de los profesionales. Este seguimiento incluirá el establecimiento de contactos periódicos con las distintas instituciones para coordinar acciones e intervenciones con respecto a cada caso. Además, se llevará a cabo el seguimiento con otros profesionales internos a la organización, que trabajen su intervención con la víctima o el familiar en diferentes aspectos como el psicológico o legal.

7.1.2. Proyecto de Apoyo a la formación y reinserción socio-laboral de las víctimas y sus familiares.

Los atentados ocurridos el 11 de Marzo de 2004 en la Comunidad de Madrid, tuvieron graves consecuencias para las víctimas del mismo y sus familiares, como hemos señalado en la fundamentación del proyecto de información. Por un lado, muchas de estas víctimas sufrieron un desarraigo social, que les hizo perder la capacidad de autonomía y relación con su contexto social y vital.

Por otro lado, muchas de las consecuencias de los hechos ocurridos no sólo fueron secuelas directas como las físicas y psicológicas sino que sufrieron, y muchos de ellos todavía sufren, los efectos colaterales de los atentados, efectos que tuvieron que ver con el cambio inminente tanto de su contexto social como de su contexto laboral.

Muchas de las víctimas, debido a las secuelas físicas y psicológicas producidas por los atentados, se vieron obligadas a abandonar el mercado laboral temporalmente por las bajas laborales que obtuvieron por los médicos facultativos, a raíz de los atentados.

Alrededor de un 82,9% de las víctimas del atentado del 11 de Marzo estuvo de baja laboral después de ocurrir los hechos. Un 74% de éstos, estuvo de baja durante más de tres meses, un 50% estuvo de baja menos de un mes, y el 33% estuvo de baja entre uno y tres meses.¹

Estos altos porcentajes de baja laboral en los que se encontraron las víctimas y en los que, muchos de ellos, se encuentran actualmente, es uno de los motivos fundamentales que justifican la puesta en marcha, ejecución y continuidad de este proyecto.

¹ Estudios: “Las Víctimas 18 meses después” y “Las Víctimas 36 meses después” Adjuntados en su integridad en el apartado de Anexos.

Partiendo de la premisa de que la inserción socio laboral de cualquier persona es fundamental para su estabilidad emocional, psicológica y familiar, afirmamos que la reinserción socio laboral de las víctimas de los atentados, y de sus familiares, es razón fundamental para reestructurar su dinámica familiar y social después del atentado, y un paso fundamental en la reestructuración de la red laboral de la víctima.

Además, la inserción laboral viene a dotar a la persona de un proyecto de vida a través del desempeño de un trabajo. Gracias a éste, la víctima retoma un rol en su contexto vital que le otorga no sólo un beneficio en términos de mejorar su calidad de vida, sus habilidades sociales, reforzar la autoestima, dar mayor independencia social y económica, sino también, un valor terapéutico que va a incidir directamente sobre la evolución de su estado anímico, dando mayor autonomía a la persona y su familia.

Un número elevado de víctimas no sólo estuvieron en situación de baja laboral sino que tuvieron dificultades para reincorporarse a su antiguo puesto de trabajo.

Muchos tenían y continúan teniendo la necesidad de un servicio de orientación laboral que les apoye en la incorporación a un puesto de trabajo, a través de la búsqueda activa de empleo mediante itinerarios de inserción sociolaboral, que son proporcionados a través de este proyecto desde la propia Asociación y desde entidades especializadas con las que existen acuerdos de colaboración para la atención laboral especializada a las víctimas del atentado del 11m y sus familiares.

Además, todavía tres años y medio después de los terribles atentados, la inestabilidad laboral de las víctimas sigue muy patente, no sólo por sus secuelas físicas, por las que el acceso al mercado laboral es ya más restringido, sino por sus secuelas psicológicas, ya que en función de las actividades que deban desarrollar en su puesto de trabajo o incluso cómo tienen que llegar hasta él (tren, metro, autobús....etc) les dificulta a la hora de encontrar un empleo ajustado a sus características, físicas, psicológicas y personales.

Por todo esto, y principalmente por la necesidad de volver a arraigar socio-laboralmente a todas las víctimas del atentado, y como parte del apoyo a la normalización de la víctima en el ámbito laboral, parte integrada en el proyecto de orientación y asesoramiento, consideramos pilar fundamental del apoyo a las víctimas y sus familiares, el desarrollo de un proyecto que les ofrezca apoyo en su formación y reinserción laboral.

El OBJETIVO GENERAL en el que se enmarca este proyecto es en el de promover la formación y reinserción laboral de las víctimas del 11m y sus familiares, que actualmente sean trabajadores desempleados y no incorporados al mercado de trabajo, a consecuencia de las secuelas sufridas por los atentados del 11 de marzo.

De este objetivo general se desprenden los siguientes OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo específico 1:

Ofrecer Orientación laboral a la víctima dotándola de toda la información existente en cuanto a recursos de formación y empleo.

Objetivo específico 2:

Potenciar y reforzar su iniciativa hacia la formación, y hacia la búsqueda activa de empleo.

Objetivo específico 3:

Difundir el proyecto de manera externa para establecer y consensuar actuaciones coordinadas.

Objetivo específico 4:

Crear una estructura de trabajo en red que incluya a Organizaciones, tanto públicas y privadas, con el fin de consolidar una intervención globalizada a través del conocimiento del proyecto, coordinación, formación y especialización de los distintos agentes sociales del entorno, optimizando de este modo la intervención sociolaboral y los recursos existentes para la misma.

La consecución de estos objetivos se realizará a través de la puesta en marcha de las siguientes actividades:

1. Al igual que en el proyecto anterior, se realizará una difusión y una comunicación del proyecto con los soportes físicos y tecnológicos oportunos, es decir, el gabinete de prensa de la Asociación, informarán a todos los interesados de la existencia del proyecto a través de correo electrónico, a través de la difusión de la información en la página web, y a través del correo ordinario. Los trabajadores/as sociales encargados de la ejecución del proyecto también colaborarán en esta fase del mismo realizando las llamadas telefónicas oportunas para poner en conocimiento de todas las víctimas y de sus familiares la puesta en marcha y continuidad del proyecto.

2. En segundo lugar los trabajadores/as sociales realizarán la entrevista de acogida al servicio de apoyo a la formación y reinserción socio-laboral.

3. En tercer lugar, y tras varias entrevistas, los profesionales realizarán el estudio, análisis y diagnóstico de la situación laboral, haciendo constar en el diagnóstico tanto las demandas laborales implícitas, como las demandas laborales explícitas del interesado. En esta fase de la intervención, se deberán detectar las capacidades básicas del interesado, así como realizar un análisis del historial formativo y profesional, y una definición y elaboración conjunta de su perfil profesional.

4. Una vez realizado el diagnóstico se abrirá una fase en la que se acordará con el interesado las pautas de la intervención directa: es decir, se le informará de todos los recursos existentes de formación y empleo para víctimas de atentados terroristas, en virtud del marco legal especificado en punto 3.3 (3.B Área de Trabajo Social).

5. A partir de este momento se iniciará un itinerario de inserción laboral individualizado en el que se tratará con el usuario tanto la elaboración del currículum vitae, como la elaboración de la carta de presentación para las empresas, como el estudio y puesta en práctica de una serie de técnicas de búsqueda activa de empleo.

En cuanto a los recursos internos de la Asociación se podrá derivar al interesado, en función de la necesidad y demanda, a las siguientes actividades para cumplir con el objetivo de apoyo a la formación:

- a. Formación en técnicas y recursos de búsqueda de empleo.
- b. Formación en instrumentos de búsqueda de empleo: carta de presentación, currículum, entrevista de trabajo, Network, Internet. Red de Contactos.
- c. Formación en Habilidades Sociales: aptitudes analíticas, cualidades personales. Habilidades básicas.
- d. Módulo de Autoestima y Autoconcepto.

El objetivo del desarrollo de estos talleres de formación es dotar a los usuarios del proyecto de las capacidades básicas y de las herramientas laborales suficientes que promuevan actitudes positivas ante las condiciones requeridas por el mercado laboral y les permitan actuar de manera autónoma ante el mismo.

Al igual que en el proyecto anterior se hará un seguimiento del caso a través de reuniones periódicas con el interesado y en coordinación con los recursos externos e internos de formación y empleo al que ha sido derivado.

La metodología utilizada para la intervención tanto en el Proyecto Orientación, Información, Asesoramiento y Acompañamiento social a las víctimas del atentado terrorista del 11M y/o sus familiares como para el Proyecto de Apoyo a la formación y reinserción socio-laboral de las víctimas y sus familiares, es la siguiente:

El proceso de relación de ayuda (información, orientación, asesoramiento, acompañamiento social y apoyo en la reinserción socio-laboral de la víctima) dirigido a individuos, grupos o colectivos, familiares y víctimas de los atentados del 11 de Marzo, está enfocado por un lado, a activar un cambio en la actitud de la persona destinado a evitar la victimización crónica y encaminado también hacia el cambio de actitud frente a los problemas que le afectan o de los cuales tiene intención de hacerse cargo, en

todas las esferas de su vida: familiar, laboral, escolar, social...etc; y por otro, a activar las posibles respuestas tanto personales como colectivas e institucionales que pueden existir hacia los mismos.

Por lo tanto, el objetivo metodológico es ayudar al individuo, al grupo o a la colectividad: familiares y víctimas de los atentados, a utilizar de la manera más adecuada posible los recursos necesarios para resolver su propio estado de necesidad, y paliar la aparición de nuevas necesidades de una manera autónoma y no asistencialista.

Cuando hablamos de recursos nos referimos a:

- Recursos personales: la capacidad de reaccionar y de afrontar los problemas propios.
- Recursos ambientales – familiares: la capacidad de entrar en contacto y de utilizar las redes naturales de solidaridad sociales y de ayuda.
- Recursos sociales: los recursos institucionales o colectivos organizados en servicios, estructuras y prestaciones.
- Recursos formativo-laborales: herramientas técnicas (cartas de presentación, currículum-vitae) o bolsas de empleo.

Además de apoyar a la persona, grupo o colectividad en el esfuerzo por entender mejor su propia situación no hay que olvidar que nos encontramos en un contexto del sistema formado por los individuos, su nueva situación, consecuencia directa de los atentados y por su entorno natural y social, por lo tanto, hay que tratar de influir sobre los diversos elementos del sistema para que se instauren interacciones constructivas.

Para alcanzar este objetivo, debemos presuponer que el usuario está en condiciones de desarrollar sus propias capacidades, potencialidades y autonomía, así como que todas éstas, son estimuladas por una diferente relación con el entorno vital en el que está integrado.

De lo que se trata es de crear un tejido de relaciones entre operadores, usuarios y sujetos con características y roles diferentes y constituir un sistema de ayuda que desarrolle funciones promocionales y reparativo – curativas.

Antes de detallar el esquema metodológico es necesario aclarar que el orden de las fases o pasos para desarrollar la metodología, no expresa una secuencia lineal ni un orden rígido en la forma, pues en la práctica se adaptará al caso individualizado de cada beneficiario del programa.

Lo que se pretende a continuación es solamente describir de manera abstracta el orden lógico de los procedimientos. Este esquema se utilizará con flexibilidad adaptándolo a las diferentes situaciones y sin considerarlo, de ninguna manera, como una receta a aplicar rígidamente en cualquier realidad.

El vehículo y por tanto la técnica básica sobre la que se articula todo este esquema metodológico es la entrevista personal.

Esta técnica esta compuesta por los siguientes estados metodológicos:

- Conocimiento global del campo de acción profesional:
 - * Delimitación del campo.
 - * Estudio de las variables condicionantes que intervienen en el mismo.
 - * Interpretación preliminar.
 - * Estudio profundo de los núcleos de posible intervención profesional.

- Interpretación de datos:
 - * Análisis para formular un criterio profesional sobre la situación problema.
 - * Concretización de los factores causales.
 - * Hipótesis de trabajos.

- Ejecución del plan de trabajo:
 - * Determinación de los núcleos de intervención tales como: nivel de intervención, objetivos, técnicas que deben utilizarse.
 - * Programa o concreción del plan de trabajo de cada núcleo de intervención.
 - * Señalización de los medios de control y evaluación de la acción.

- Realización del plan de trabajo.

- Evaluación de resultados:
 - * Comprobación de resultados.
 - * Análisis de las experiencias y modificación del plan y programa.

Así pues, con todas las premisas expuestas anteriormente la intervención con los participantes queda estructurada de la siguiente manera:

I) Fase de acogida: A través de una primera entrevista, se acoge a la persona informándola de las características del programa del que está formando parte y se realiza la apertura de expediente, a través de la ficha de datos del usuario. En este momento se recogen todos los datos del mismo, así como la demanda o necesidad que plantea.

En esta primera fase se recogerá en el expediente recién abierto los pasos que el profesional seguirá a partir de este momento con el caso individualizado que se ha planteado.

II) Fase de Estudio y Análisis de la situación: Una vez obtenidos los datos necesarios derivados de la primera entrevista, así como el tipo de demanda planteada, se realizará el diagnóstico de la situación, no sólo teniendo en cuenta la demanda planteada por el propio usuario sino también, las necesidades detectadas por el profesional.

III) Fase de Información en relación a la demanda planteada: Una vez realizado el diagnóstico y teniendo conocimiento de la necesidad planteada, se realizará una exposición conjunta entre el usuario y el profesional, tanto de la información relacionada con la demanda planteada como de la información relacionada con la necesidad detectada por el profesional, así como las posibles soluciones a todas ellas.

IV) Fase de Derivación: En esta fase se realizarán las derivaciones oportunas tanto a los recursos internos de la Organización, actividades propias del programa, como a los externos, ya sean públicos o privados.

V) Fase de seguimiento: Esta fase se inicia en el momento que la persona acude al Servicio (fase de acogida) y se realiza apertura de expediente. El profesional de referencia estará en contacto con el usuario, así como con el resto de profesionales al que se haya derivado al mismo, para coordinar la intervención del caso individualizado.

7.1.3. Proyecto de Voluntariado para la Sensibilización de la ciudadanía contra el terrorismo y en apoyo a las víctimas del mismo.

Como hemos expuesto anteriormente, la Asociación de Ayuda a las víctimas del 11-M establece en sus estatutos como uno de sus objetivos y actividades fundamentales, la sensibilización y concienciación social frente al terrorismo, provocando un acercamiento a las ideas de tolerancia, convivencia, paz y respeto a las libertades y el más rotundo no a la violencia y al terrorismo.

La Asociación de Ayuda a las víctimas del 11-M ha detectado la necesidad de realizar campañas de sensibilización social a fin de fomentar la participación activa de la sociedad y, a través de un voluntariado joven, promover el sentimiento de solidaridad con las víctimas. Permitiéndoles elaborar y superar los distintos aspectos y problemas que plantea la acción de violencia terrorista.

A través de la labor realizada por esta Asociación se manifiesta la necesidad de crear espacios colectivos que rompan con el miedo, el dolor y el aislamiento de quienes han padecido directa o indirectamente el atentado del 11 de marzo en Madrid.

El proyecto de **Voluntariado para la Sensibilización de la ciudadanía contra el terrorismo y en apoyo a las víctimas del mismo, por un lado** se enmarca dentro del Programa de Voluntariado, y dentro del Plan de Sensibilización social a la ciudadanía, en materia de terrorismo, que desarrolla la Asociación, y por otro, es parte

de la I Red Europea de víctimas de terrorismo impulsada por la Asociación Ayuda a Víctimas del 11M, y desarrollada en la actualidad.

El desarrollo de este proyecto se ha realizado a través de tres de los eventos (2006, 2007 y 2009) preparados, en homenaje a las víctimas del 11M y víctimas del terrorismo nacional e internacional.

Con la realización de estos actos se propone sensibilizar a la sociedad a través de la participación de distintas víctimas de terrorismo, no sólo a nivel nacional sino internacional, en un acto en el que a través de sus experiencias y testimonios, se transmita un mensaje de apuesta por la paz y de rechazo a la violencia terrorista.

Paralelamente, la realización de estos actos, desarrolla la necesidad de contar con una plataforma de voluntarios que estén sensibilizando sobre estos mismos valores de paz, y de <<no a la violencia>>, y sobre las consecuencias de sufrir la lacra del terrorismo, a toda la ciudadanía, a todos los ciudadanos de a pie, que se encuentren en ese momento por las calles de la ciudad de Madrid.

En particular, este cuerpo de voluntarios pretende incrementar la participación activa, la solidaridad y la calidad de apoyo emocional que requiere la atención a las víctimas del 11-M, y de todo tipo de violencia terrorista.

Desde este proyecto se considera fundamental el hecho de que el desarrollo de este voluntariado lo protagonice la juventud. Colectivo desde el que es fundamental la transmisión de valores tan universales como la tolerancia, la convivencia, la erradicación de la xenofobia, la paz, el respeto a las libertades y un *no rotundo a la violencia* y el terrorismo. Si desde los más jóvenes se consigue la transmisión de estos valores, estaremos consiguiendo un efecto de retroalimentación beneficioso para todos:

Por un lado, las víctimas sentirán el apoyo social y ciudadano que necesitan, y por otro, conseguiremos que desde las generaciones más jóvenes, las generaciones futuras vivan, experimenten y comprendan los valores de paz y solidaridad, estando así

más cerca de la erradicación de la xenofobia, la violencia y el terrorismo en la sociedad futura.

Los OBJETIVOS GENERALES en los que se enmarca este proyecto son dos: Por un lado, el de promover el voluntariado entre la juventud a través de la transmisión de valores universales de paz y solidaridad, y del apoyo a las víctimas del 11M, y víctimas de atentados terroristas nacionales e internacionales, y por otro, promover en los participantes del proyecto y en la sociedad en su conjunto una mayor conciencia acerca de la importancia del concepto de paz, el respeto de las libertades, el reconocimiento de la diversidad y la defensa de la democracia como valores fundamentales en sus vidas.

De este objetivo general se desprenden los siguientes OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Objetivo Específico 1

Informar a todos los jóvenes universitarios, y a la población en general de la existencia y contenido del proyecto: Difusión del proyecto.

Objetivo Específico 2

Formar adecuadamente a los jóvenes voluntarios, participantes del proyecto, en materia de víctimas de terrorismo, apoyo a las mismas, sensibilización, acercamiento a la ciudadanía, y transmisión de valores a los ciudadanos de a pie.

Objetivo Específico 3

Incitar a una actitud participativa y protagonista de cada integrante de la sociedad en la labor necesaria para erradicar las actitudes violentas e intolerantes en todos los ámbitos de la vida.

Objetivo Específico 4

Favorecer la integración y reinserción social de las víctimas a través del conocimiento de las mismas en la sociedad, trasmitiéndole a esta misma una concienciación y solidaridad con las víctimas de la violencia terrorista.

La consecución de estos objetivos se realizará a través de la puesta en marcha de las siguientes actividades:

1. El primer paso que hay que dar para poner en marcha el proyecto es realizar la difusión del mismo, mediante cartelería y seminarios en las diferentes universidades, públicas y privadas de la Comunidad de Madrid. Durante varias semanas se acudió a las aulas universitarias, previo permiso de los Directores y Decanos, de las Escuelas Universitarias, y Facultades respectivamente, para informar directamente y en persona a todos los estudiantes de la puesta en marcha del proyecto. El objetivo en estos momentos era el de Informar a todos los jóvenes universitarios, y a la población en general de la existencia y contenido del proyecto: fase de difusión del proyecto.

A partir de este momento se facilitaron unos listados donde todos los interesados debían apuntarse.

2. Semanas más tarde, se recogieron los listados y se organizaron diferentes grupos en las propias universidades para formar a este elenco de voluntarios y transmitirles la importancia de tener una especial sensibilización hacia las víctimas y sus familiares. Todos estos estudiantes estuvieron durante días preparándose para homenajear a todas las víctimas el 11 de Marzo en Madrid, apoyándolas en un acto donde muchas de ellas darían testimonio, y sensibilizando a toda la población con la repartición de unos dípticos que reflejaban diferentes testimonios de personas que han sufrido la lacra del terrorismo. Esta formación fue realizada conjuntamente tanto por profesionales expertos en la atención a víctimas del terrorismo como por profesionales expertos en comunicación y sensibilización a la ciudadanía.

El objetivo de esta actividad formativa era formar adecuadamente a los jóvenes voluntarios, participantes del proyecto, en materia de víctimas de terrorismo, apoyo a las mismas, sensibilización, acercamiento a la ciudadanía, y transmisión de valores a los ciudadanos de a pie.

3. Para la difusión de la sensibilización se realizaron miles de dípticos que contenían lecturas por la paz, y numerosos testimonios de diferentes víctimas que han sufrido el terrorismo, tanto a nivel nacional como internacional. Estos dípticos son los que los voluntarios ofrecían a todos los ciudadanos que los días 11 de Marzo, de 2006, de 2007 y 2009, paseaban por las calles de la ciudad de Madrid. Esta era la actividad que justificaba el objetivo de sensibilización a la ciudadanía.

La metodología utilizada para la intervención fue la siguiente:

El proyecto se divide en seis fases diferentes:

1. Difusión del proyecto: en esta fase, el coordinador de **voluntariado** junto con los técnicos del departamento social de la asociación, realizarán las jornadas de difusión, explicación del proyecto y sensibilización en los jóvenes universitarios de universidades públicas y privadas del ámbito de la Comunidad de Madrid.
2. Recepción de datos de interesados en la participación voluntaria en el proyecto: a través de los listados que estén disponibles en las universidades y de la dirección de correo electrónico habilitada para ello: voluntarios@ayuda11m.org, se irá conformando la bolsa de voluntariado para el acto del 11 de marzo en Madrid.
3. Organización de los grupos de formación: una vez configuradas las listas de voluntarios se organizarán diferentes grupos de voluntarios para la recepción del curso de formación impartido por los técnicos de una consultoría experta y externa a la asociación.
4. Coordinación del voluntariado en el acto del 11m: durante el acto del día 11 de marzo, habrá una serie de técnicos que coordinarán la sensibilización, y transmisión de valores que harán ese día todos los voluntarios, hacia la ciudadanía por las calles de Madrid.
5. Evaluación de la labor del voluntariado: se realizarán dos evaluaciones en cuanto a la labor del voluntariado, en función del curso formativo que recibieron, y en función de su labor en el acto del 11 de marzo.

6. Creación, consolidación y difusión de la bolsa de voluntariado: una vez creada la plataforma del voluntariado, se ofrecerá la posibilidad de continuar participando en el desarrollo de actividades con víctimas del 11m dentro de la asociación.

7.2. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA A MEDIO-LARGO PLAZO

7.2.1. VÍCTIMAS DIRECTAS

La intervención psicológica desarrollada meses después de producirse el atentado e incluso años después, debe recoger, todos los aspectos que en el momento en el acuden a consulta, están interfiriendo en su vida cotidiana. Por eso, la realización de una evaluación previa al tratamiento, es crucial.

7.2.1.1 Exploración y resultados estadísticos.

Evaluación y resultados de las pruebas diagnósticas objetivas aplicadas en la intervención individualizada a víctimas directas.

La evaluación inicial realizada en la Asociación de Ayuda a víctimas directas del 11-M en intervención individualizada, ha consistido en la aplicación de: un Cuestionario biográfico para medir entre otros aspectos, Criterios diagnósticos DSMIV del Trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la Depresión mayor, y recogida de información a través de inventarios que miden las emociones de ansiedad, depresión e ira.

- **Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad - ISRA** – (M.J., Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. 1994)

Este inventario posibilita mediante la valoración de respuestas específicas ante situaciones concretas, una evaluación de la reactividad de los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor), así como una medida de cuatro áreas situacionales ligadas a diferencias individuales (ansiedad de evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad cotidiana).

El cuestionario esta basado en el modelo de Lang (1968) y Endler (Endler y Okada, 1975). Consta de 22 situaciones y 24 respuestas de ansiedad. El sujeto debe evaluar la frecuencia con que se le plantean. Así obtenemos puntuaciones de la ansiedad, además de obtener puntuaciones ante las diferentes categorías situacionales que han sido mencionadas antes (ansiedad de evaluación, interpersonal, fóbica y cotidiana)

- **Inventario de expresión de ira estado – rasgo – STAXI II** –(Spielberger, C.D. 1.991)

Inventario que consta de 49 ítems que evalúan *la ira* de acuerdo a las siguientes dimensiones: Escala de estado (que a su vez mide el sentimiento, expresión verbal y expresión física), rasgo de *ira* (temperamento y reacción de ira), expresión de *ira* (externa e interna) y control de *Ira* (externa e interna).

Ofrece además, un índice de expresión global de *ira*, que se obtiene mediante la suma de las puntuaciones obtenidas de la escala expresión de la *ira* menos la suma de las puntuaciones del control y a todo ello se le 36 para evitar las puntuaciones negativas.

- **Escala Tridimensional de Depresión- CTD.** (Jiménez García G.I, Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. 1996)

Este inventario posibilita mediante la valoración de respuestas específicas ante situaciones concretas, una evaluación de la reactividad de los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico, motor y tendencia suicida), así se obtiene puntuaciones de Depresión.

Cuestionario Biográfico

El Cuestionario Biográfico aplicado en la evaluación previa al tratamiento psicológico en las intervenciones individuales durante los tres años posteriores a los atentados del 11-M, ha medido entre otros criterios diagnósticos DSMIV-TR, el trastorno de estrés postraumático.

CUESTIONARIO BIOGRÁFICO

1. DATOS GENERALES

Nombre y Apellidos _____

Dirección _____

Nº De Teléfono _____

Edad _____ Estudios realizados _____

Nacionalidad _____

Reconocimiento como víctima _____

Ocupación _____

¿Ha estado o está de BAJA? _____

¿Cómo se enteró de nuestra dirección? _____

¿Con quién está viviendo actualmente? _____

Estado civil (subrayar opción):

Soltero-comprometido-casado-casado por 2ª vez- separado-divorciado-viudo.

¿Se considera satisfecho/a con sus ingresos económicos? _____

¿Hasta qué punto le interesa realmente seguir un tratamiento psicológico para resolver sus problemas? (subrayar opción):

Muchísimo- Mucho- Moderadamente- Poco.

2. DATOS CLÍNICOS

Describe con sus propias palabras el problema principal que le ha motivado a consultarnos:

Describe brevemente la historia y desarrollo de su problema (Desde que comenzó hasta la actualidad):

¿A quién ha consultado previamente sobre su problema actual?:

Subraye cualquiera de los siguientes síntomas que se apliquen a usted en alguna situación:

Palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de ahogo, opresión o malestar en el pecho, náuseas o molestias abdominales, mareo o desmayo, sensación de irrealidad, despersonalización (estar separado de uno mismo), miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, sensación de entumecimiento u hormigueo, escalofríos o sofocaciones

¿Fuma? _____ En caso afirmativo, ¿cuántos cigarros al día? _____

¿Bebe alcohol? _____ En caso afirmativo, ¿cuánto al día? _____

¿Consume fármacos? _____ ¿Cuáles? _____

Marque con una "X" cualquiera de los siguientes síntomas que se apliquen a usted

- Recuerdos del acontecimiento constantes, que provocan malestar
- Sueños de carácter constante sobre el acontecimiento.
- Sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, flashback)
- Malestar psicológico intenso al exponerse a situaciones que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático
- Respuestas fisiológicas (taquicardias, sudoración, ahogo, etc) al exponerse a situaciones que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

Evitación persistente de las situaciones asociadas al trauma: (**marque con X**, las opciones correspondientes a su caso)

<input type="checkbox"/>	Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
<input type="checkbox"/>	Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
<input type="checkbox"/>	Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
<input type="checkbox"/>	Reducción acusada del interés o la participación en actividades que antes eran importantes
<input type="checkbox"/>	Sentimiento de aislamiento por parte de los demás
<input type="checkbox"/>	Sensación de tener menos sentimientos que antes del trauma.

Aumento de la activación física: (**marque con X**, las opciones correspondientes a su caso)

<input type="checkbox"/>	Dificultades para conciliar o mantener el sueño
<input type="checkbox"/>	Irritabilidad o ataques de ira
<input type="checkbox"/>	Dificultades para concentrarse
<input type="checkbox"/>	Hipervigilancia (vigilar en exceso lo que le rodea)
<input type="checkbox"/>	Respuestas exageradas de sobresalto (ante ruidos, etc)

Marque con una "X" en el cuadrado correspondiente, si cada uno de los síntomas que aparecen a continuación se ha repetido durante 2 semanas consecutivas.

- Tristeza durante casi todo el día.
- Falta de interés en actividades que antes proporcionaban satisfacción
- Falta de atención y de concentración
- Pérdida o aumento de peso.
- Problemas de sueño, que a menudo hacen que se despierte muy temprano, y con la sensación de que el sueño no ha sido reparador.
- Cansancio durante casi todo el día.
- Disminución del impulso sexual.

- Sentimientos de inutilidad o de desesperanza
- Sentimientos de culpabilidad o de vergüenza
- Ideas de suicidio.

3. DATOS PERSONALES.

Fecha y lugar de nacimiento_____

¿Qué enfermedades ha padecido a lo largo de su vida?_____

¿Cómo valoraría su infancia?

Buena

Regular

Mala

¿Cómo ocupa la mayor parte de su tiempo libre? _____

¿Cuándo y cómo obtuvo sus primeros conocimientos sobre el sexo? _____

¿Considera satisfactoria su vida sexual presente? _____

4. HISTORIA DE PAREJA.

¿Actualmente tiene pareja? _____

En caso afirmativo,

¿Cómo describiría la personalidad de su pareja? _____

¿En qué cosas son compatibles e incompatibles? _____

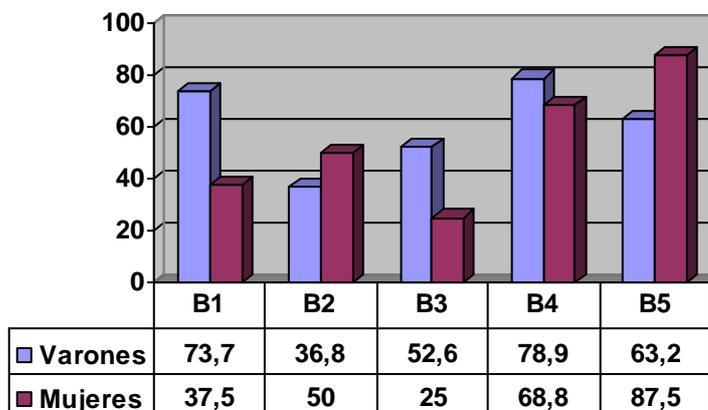
¿Cuántos hijos tiene? _____

5. AUTODESCRIPCIÓN.

Describa lo más amplia y sinceramente posible a usted mismo y cómo cree que le ven los demás:

Los resultados que se han obtenido en la evaluación del TEPT según el DSM IV-TR, consiste en la exploración específica de cada criterio que compone dicho trastorno.

- Análisis estadístico de los criterios diagnósticos DSM-IV para TEPT:
 - Mediante el programa estadístico SPSS (programa que lleva a cabo análisis estadísticos) se ha obtenido en porcentajes, la frecuencia de aparición de cada criterio diagnóstico para TEPT en los propios supervivientes de los atentados que pertenecen a la Asociación de Ayuda a víctimas del 11-M, distinguiendo entre varones y mujeres, con una muestra total de 65 sujetos (33 varones y 32 mujeres), siendo la franja de edad entre 30-60 años, víctimas directas de los atentados del 11-M, de Madrid.
 - Los dos primeros criterios diagnósticos que determinan la presencia de dicho trastorno ("la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás" y "la persona ha respondido, con un temor, una desesperanza o un horror intensos"), no se han añadido en el Cuestionario, porque la totalidad de las víctimas presentaba ambos criterios.



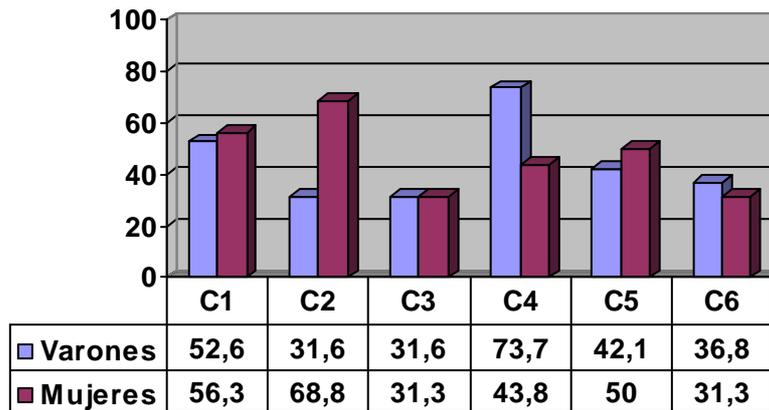
- **B1- Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusivos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.**
- **B2- Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que producen malestar.**
- **B3- El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback).**
- **B4- Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.**
- **B5- Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.**

Los resultados muestran una diferencia significativa entre varones y mujeres a la hora de presentar *recuerdos* en forma de imágenes o pensamientos intrusivos acerca del atentado, siendo los hombres los que obtienen una prevalencia de este síntoma, un 36,2% más alto que en mujeres.

Así mismo parece importante destacar la mayor tendencia de los varones a presentar episodios disociativos de flashbacks, e ilusiones de estar reviviendo el acontecimiento traumático, siendo el porcentaje en hombres algo más del doble que el de mujeres.

Por otro lado, son las mujeres las que a *nivel fisiológico* responden más frecuentemente a la hora de exponerse a cualquier tipo de estímulo que les evoque el acontecimiento traumático, con una diferencia con respecto al varón de un 24,3%, así como mayor tendencia a presentar sueños de carácter recurrente con una diferencia sobre los varones del 13,2%.

Con respecto al “malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos que evocan y representan simbólicamente la experiencia traumática”, ambos valores en varones y mujeres, se presentan altos, siendo algo más elevado en varones, con una diferencia de un 10,1% entre ambos.

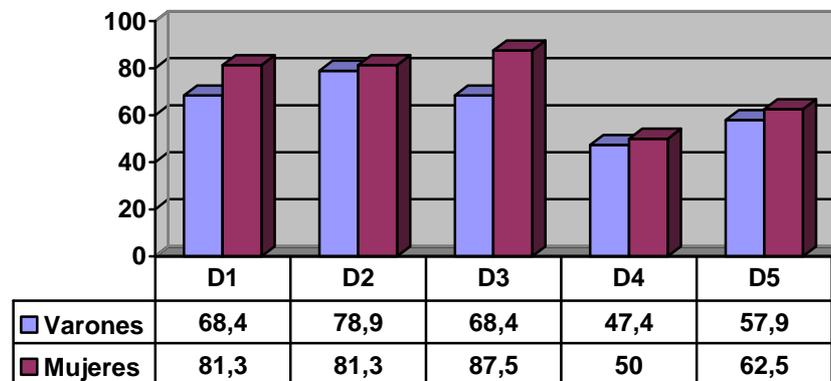


- C1- Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el acontecimiento traumático.
- C2- Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
- C3- Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
- C4- Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
- C5- Sentimiento de aislamiento por parte de los demás
- C6- Sensación de tener menos sentimientos que antes del trauma.

Como refleja el cuadro, existen diferencias significativas entre varones y mujeres en los criterios C de evitación del Trastorno de estrés Postraumático del DSM-IV. Principalmente, son las mujeres las que presentan mayores conductas de evitación de lugares o personas que les recuerde el trauma, con un 68,8%, frente a los varones que presentan un 31,6%.

Otra diferencia significativa, refleja que los varones son más propensos a que su interés y la participación en actividades placenteras o significativas en sus vidas, se vea reducida, siendo este porcentaje de un 73,7% frente a un 43,8% de mujeres que presentan este criterio.

Varones y mujeres alcanzan similares valores, en cuanto a la “incapacidad para recordar algún aspecto de la experiencia traumática” (31,6% y 31,3% respectivamente), “esfuerzos para evitar pensamientos, conversaciones o sentimientos que evoquen el trauma” (52,6% y 56,3% respectivamente), “sensación de tener menos sentimientos que antes del acontecimiento estresante” (36,8% y 31,3% respectivamente), y en la propensión a “sentirse más aislados de las personas de su alrededor” (42,1% y 50% respectivamente), siendo algo mayor esta tendencia en las mujeres.



- D1- Dificultades para conciliar o mantener el sueño
- D2- Irritabilidad o ataques de ira
- D3- Dificultades para concentrarse
- D4- Hipervigilancia
- D5- Respuestas exageradas de sobresalto

El gráfico para los criterios D de activación de arousal del Trastorno de Estrés Postraumático, nos muestra que los porcentajes de frecuencia de aparición en las mujeres, son ligeramente más altos en todos ellos, que en de los varones. Éstos criterios D, reflejan las reacciones de activación fisiológicas, que conlleva este trastorno.

Tanto varones como mujeres, destacan en los siguientes criterios: las dificultades para concentrarse, con un 87,5% de mujeres que presentan este síntoma (valor más alto de toda la gráfica), frente a un 68,4% de hombres que presentan este

criterio; dificultades para conciliar el sueño, con un 81,3% en mujeres, frente a un 68,4% de varones, e irritabilidad o ataques de ira, con un 81,3% de mujeres, frente a un 68,4% de varones, que presentan este criterio.

Por tanto, parece que las mujeres presentan una mayor activación fisiológica que los hombres, siendo significativa la diferencia con respecto a los varones, en las dificultades para conciliar y mantener el sueño, y en las dificultades para concentrarse.

El resto de los valores obtenidos en, respuestas exageradas de sobresalto, conducta de hipervigilancia, e irritabilidad o ataques de ira, se mantienen aproximados entre sí, entre hombres y mujeres, destacando especialmente, la irritabilidad, puesto que un 78,9% de los varones de la muestra, y un 81,3% de las mujeres, presentan este síntoma, siendo uno de los porcentajes más altos de todos los criterios D, para ambos sexos.

CONCLUSIONES

Los resultados de los criterios diagnósticos DSMIV para el TEPT, indican que después del primer año de los atentados terroristas del 11-M y durante los 3 años posteriores, las víctimas o supervivientes, obtienen puntuaciones elevadas en criterios diagnósticos de TEPT. Es significativo, los resultados obtenidos, en cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres.

Los varones presentan mayor porcentaje en la reexperimentación del atentado en forma de recuerdos constantes y flashbaks, es decir, mayor evitación cognitiva (estímulos internos) que conductual (estímulos externos), y un porcentaje elevado en cuanto a la reducción e interés en actividades placenteras.

Las mujeres presentan mayor porcentaje en la respuesta fisiológica al exponerse a situaciones que les recuerden al atentado. Aparece mayor evitación conductual que cognitiva de estímulos que les recuerden al atentado, y los porcentajes más elevados en

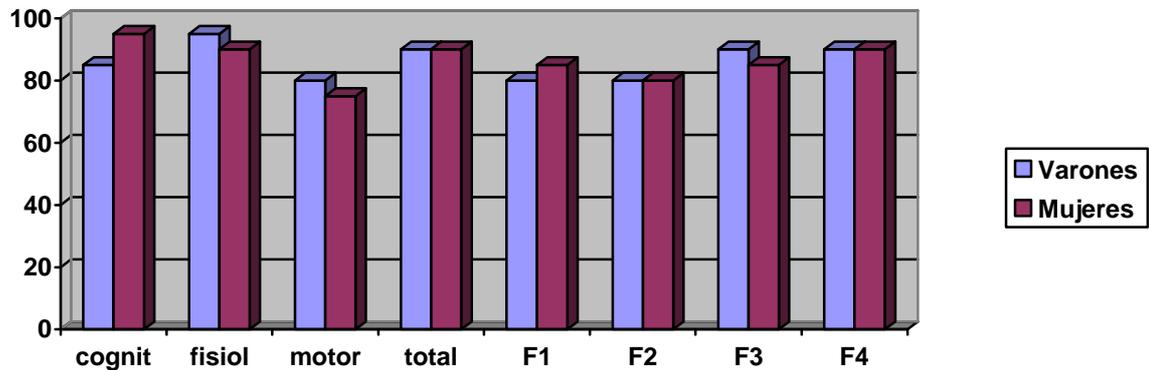
mujeres se obtienen en la activación del arousal, en concreto: la dificultad para mantener o conciliar el sueño, irritabilidad y dificultades de en la concentración.

- **Cuestionarios e inventarios aplicados**

A continuación se presentan los resultados de los Cuestionarios aplicados a varones y mujeres, víctimas directas de los atentados, en relación a la evaluación de las emociones de la ansiedad, la depresión y la ira. La muestra total ha sido de 44 varones y 41 mujeres y los resultados han sido analizados y obtenidos en porcentajes en el programa estadístico SPSS.

- **Resultados obtenidos a través de la aplicación de *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad - ISRA*** (M.J., Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. 1994) a víctimas directas (que han sido objeto de evaluación previa intervención psicológica) baremadas las puntuaciones directas en centiles, en la muestra normal de dicho manual.

	VARONES		MUJERES	
ISRA	P.CENTIL	CLASIFICACIÓN	P.CENTIL	CLASIFICACIÓN
COGNITIVO	85%	A. severa	95%	A. severa
FISIOLÓGICO	95%	A. severa	90%	A. severa
MOTOR	80%	A. severa	75%	A. moderada
TOTAL	90%	A. severa	90%	A. severa
ANSIEDAD DE EVALUACIÓN (F1)	80%	A. severa	85%	A. severa
ANSIEDAD INTERPERSONAL (F2)	80%	A. severa	80%	A. severa
ANSIEDAD FÓBICA (F3)	90%	A. severa	85%	A. severa
ANSIEDAD VIDA COTIDIANA (F4)	90%	A. severa	90%	A. severa



En general aparecen puntuaciones elevadas en los tres sistemas de respuestas (cognitivo, fisiológico y motor) y en las situaciones específicas (ansiedad de evaluación, interpersonal, fóbica y ante la vida cotidiana), existiendo ligeras diferencias entre varones y mujeres.

En varones, el porcentaje más elevado se obtiene en el sistema de respuestas a nivel fisiológico y en mujeres a nivel cognitivo y fisiológico, aunque los porcentajes al ser "severos", resulta difícil la discriminación de uno sobre el otro. En cuanto a situaciones ansiógenas, varones y mujeres coinciden en percentil 90% en "ansiedad ante la vida cotidiana", destacándose éste mismo porcentaje (90%) en varones, con respecto a la "ansiedad fóbica".

- **Escala Tridimensional de Depresión- CTD.** (Jiménez García G.I, Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. 1996) a víctimas directas (que han sido objeto de evaluación previa intervención psicológica) baremadas las puntuaciones directas en centiles, en la muestra normal.

- Escala cognitiva: hace referencia a los pensamientos típicos en la depresión, son los esquemas mentales que se han ido instaurando en la mente de la persona y que ponen de manifiesto la manera de reunir la información de los sucesos vividos. La óptica subjetiva presidida por el pesimismo paraliza cualquier motivación. Maximiza lo negativo y minimiza lo positivo. Los pensamientos están relacionados con "uno mismo", "los demás" y "el futuro".

Pensamientos habituales en esta escala:

- Incapacidad para sentir placer y desinterés en la vida en general
- Desasosiego o abatimiento
- Sentimientos de inadecuación, culpa o inutilidad
- Sentimientos de falta de valía personal (déficit de autoestima)
- Sensación más o menos permanente de tristeza
- Dificultad para pensar, concentrarse y prestar atención
- Alta sensibilidad a la crítica
- Preocupación
- Irritabilidad
- Inseguridad
- Ideas derrotistas

- Escala fisiológica: Sensaciones que experimenta nuestro cuerpo ante los pensamientos e ideas depresivas.

- Pérdida de energía o aumento de la fatiga
- Dolores de cabeza
- Insomnio o incremento de la necesidad de sueño
- Incremento o pérdida de peso
- Dolores crónicos o erráticos

- Escala motora: Conductas y comportamientos que la persona realiza o deja de realizar.

- Llanto frecuente
- Incapacidad para descansar
- Conductas de evitación
- Bloqueo general del comportamiento, inexpresividad del lenguaje verbal (número de palabras por minuto) y del lenguaje no verbal (cara, gestos, ademanes)
- Posibles explosiones de crisis de angustia o ataques de llanto por motivos insignificantes

- Dificultad para tomar decisiones
- Disminución en el rendimiento del trabajo

- Tendencia Suicida: se refiere a un fuerte sentimiento de desesperanza que se identifica con “tener el convencimiento de que ya no se puede esperar nada de la vida”. Es importante destacar que esta escala no se refiere a la ideación o conducta suicida específica, está relacionada con la aparición de sentimientos de desesperanza.

VARONES MUJERES

CTD	P.CENTIL	P.CENTIL
COGNITIVO	95%	90%
FISIOLÓGICO	99%	95%
MOTOR	95%	90%
TEND. SUICIDA	95%	95%
TOTAL	99%	95%

En cuanto a la depresión, se obtienen porcentajes elevados en varones y mujeres en todas las escalas, realizando la baremación en la muestra normal de la población general, resultando difícil la comparación de uno sobre otro.

▪ **Inventario de expresión de ira estado – rasgo – STAXI II –**
(Spielberger, C.D. 1.991)

- **Rasgo de Ira (R):** Mide la frecuencia con la que el sujeto experimenta sentimientos de ira a lo largo del tiempo.

Temperamento de Ira (Temp.): Mide la disposición a experimentar ira sin ninguna provocación específica.

Reacción de Ira (Reacc.): Mide la frecuencia con la que el sujeto experimenta sentimientos de ira en situaciones que implican frustración o evaluaciones negativas.

- **Expresión Externa de Ira (E. Ext.):** Mide la frecuencia con que los sentimientos de ira son expresados verbalmente o mediante conductas agresivas físicas.

- **Expresión Interna de Ira (E. Int.):** Mide la frecuencia con que los sentimientos de ira son experimentados pero no son expresados (suprimidos).

- **Control Externo de Ira (C. Ext.):** Mide la frecuencia con que la persona controla la expresión de los sentimientos de ira evitando su manifestación hacia personas u objetos del entorno.

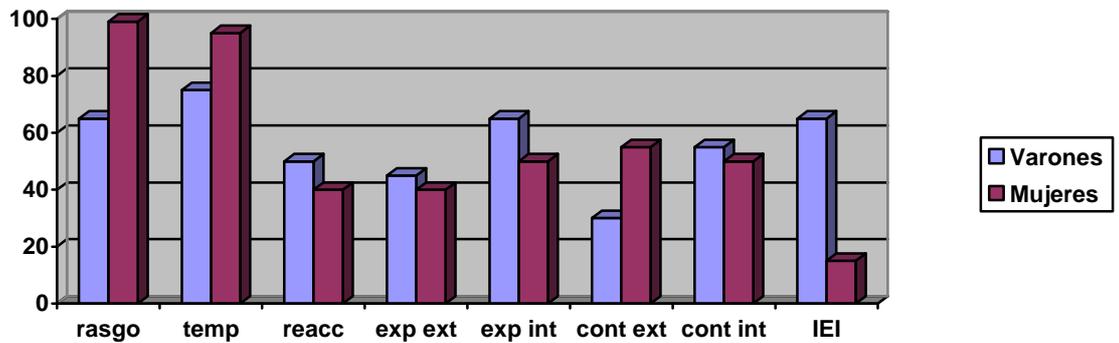
Control Interno de Ira (C. Int.): Mide la frecuencia con que la persona intenta controlar sus sentimientos de ira mediante el sosiego y la moderación en las situaciones enojosas.

Índice de Expresión de Ira (IEI): Es un índice general de la expresión de ira a partir de los elementos de las escalas E. Ext., E. Int., C. Ext. Y C. Int.

VARONES

MUJERES

STAXI	P. CENTIL	CLASIFICACIÓN	P.CENTIL	CLASIFICACIÓN
RASGO	65%	MEDIO	99%	ALTO
TEMPERAMENTO	75%	MEDIO	95%	ALTO
REACCIÓN	50%	MEDIO	40%	MEDIO
EXPRESIÓN EXTERNA	45%	MEDIO	40%	MEDIO
EXPRESIÓN INTERNA	65%	MEDIO	50%	MEDIO
CONTROL EXTERNO	30%	MEDIO	55%	MEDIO
CONTROL INTERNO	55%	MEDIO	50%	MEDIO
ÍNDICE DE EXPRESIÓN DE IRA (IEI)	65%	MEDIO	15%	BAJO



En la Evaluación de la ira, los porcentajes más significativos se obtienen en varones, en el "temperamento", "expresión interna" e "índice de expresión de ira" y en mujeres en el "rasgo" y "temperamento".

Éstos resultados pueden indicar, que en varones y mujeres, la frecuencia y la disposición a experimentar sentimientos de ira, es elevada, coincidiendo los resultados, con los porcentajes obtenidos en uno de los criterios diagnósticos del TEPT evaluado anteriormente (D2; irritabilidad o ataques de ira).

Si es importante destacar que en el caso de los varones, se ha podido observar, en las consultas psicológicas realizadas desde la Asociación, que el porcentaje obtenido en "expresión interna de la ira" 65%, caracterizada por la frecuencia con que los sentimientos de ira son experimentados pero no son expresados (son suprimidos), ha sido bajo en relación a la conducta observada en cada uno de ellos.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en la evaluación de la ansiedad, depresión e ira, en varones y mujeres víctimas directas de los atentados del 11-M, muestran valores elevados en las tres emociones y en ambos sexos, siendo difícil la comparación de uno sobre otro, en especial en la medida de la ansiedad.

Es importante destacar los elevados porcentajes obtenidos en ansiedad, en especial en la ansiedad ante la vida cotidiana en ambos sexos, caracterizado posiblemente, por la dificultad en la adaptación a las nuevas situaciones derivadas del atentado. En la medida de la depresión, no se obtienen diferencias significativas entre varones y mujeres.

En cuanto a la ira, las mujeres presentan porcentajes más elevados en Rasgo y temperamento caracterizado por la frecuencia con la que experimentan sentimientos de ira a lo largo del tiempo y la disposición a experimentar ira sin ninguna provocación específica.

7.2.1.2. Intervención psicológica en víctimas directas

La estructura en la que sistematiza la intervención psicológica realizada a las víctimas en la Asociación, se puede resumir en la siguiente planificación de tratamiento:

- Planificación del tratamiento individual:
 1. Evaluación inicial. Recogida de información a través de Entrevista semi-estructurada y Cuestionarios.
 2. Planteamiento de objetivos. En función de la gravedad clínica, tiempo y demanda del paciente.
 3. Selección de técnicas de tratamiento en función de los objetivos planteados.
 4. Ejecución de las técnicas.
 5. Evaluación final. Aplicación de Cuestionarios.
 6. Generalización y mantenimiento de lo aprendido.
 7. Seguimiento.

Una vez obtenidos los resultados de las pruebas objetivas aplicadas de los Cuestionarios e Inventarios y de la entrevista semi-estructurada, se procede al planteamiento de los objetivos específicos en cada caso.

Los principales objetivos generales de la intervención específica en las víctimas del terrorismo que presentan TEPT cronicado, es decir que la sintomatología del TEPT se sigue manteniendo pasado el primer año del atentado y según la experiencia que se ha obtenido desde la Asociación, podrían resumirse en los siguientes puntos:

La prioridad en el planteamiento de los objetivos se realiza en función de la gravedad clínica, tiempo y demanda del paciente.

Objetivos

- Disminuir la activación fisiológica de la ansiedad. Se suele dar prioridad a éste objetivo para conseguir resultados rápidos y mejorar la adherencia al tratamiento.
- Disminuir la presencia de recuerdos constantes e imágenes en relación al atentado.
- Modificación de pensamientos negativos o creencias distorsionadas relacionadas con ellos mismos, los demás, el mundo y el futuro.
- Identificar estímulos externos, situaciones o fechas concretas donde la sintomatología pueda intensificarse.
- Readaptación a la vida cotidiana.

La información sobre el proceso del estrés y la reacción psicológica que suele seguir después de un atentado terrorista, es crucial, para disminuir la sensación de incertidumbre e indefensión de la víctima, el primer día que acude a consulta. También aportar información sobre las técnicas de intervención no sólo reduce incertidumbre sino que también mejora la adherencia al tratamiento psicológico y farmacológico, adquiriendo un papel activo en su recuperación.

La intervención que se realiza desde la Asociación, consiste en primer lugar, en establecer una relación terapéutica empática de cercanía y comprensión, aportando información sobre su estado anímico (según nuestra experiencia, consiste en un tratamiento en sí mismo).

En función de los objetivos que se planteen en cada paciente, las técnicas de intervención serán más específicas. Así para cada objetivo general identificado, y en función de los resultados obtenidos en las evaluaciones globales anteriores, se podría aplicar las siguientes técnicas de intervención, planteadas a continuación de forma orientativa, en todos aquellos afectados en los que el TEPT se haya cronificado, siendo la inmensa mayoría de los casos vistos en víctimas directas o supervivientes de los atentados del 11-M en la Asociación.

Objetivos y técnicas de intervención:

1. Disminuir la activación fisiológica de la ansiedad.

- Técnica de respiración abdominal.
- Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson o autógena (se utiliza una u otra dependiendo de la presencia de secuelas físicas y dolores crónicos, utilizándose en éste caso, la relajación autógena)
- Pautas de Higiene del sueño
- Fármacos: ansiolíticos y/o antidepresivos, antipsicóticos (en concreto, en el tratamiento de los trastornos disociativos).

2. Disminuir la presencia de recuerdos e imágenes en relación al atentado

- Exposición narrativa a los recuerdos recurrentes. Los fragmentos a veces incoherentes, las sensaciones físicas y emocionales, deben transformarse en una narración, permitiendo de esta manera la integración, bajo la forma de la memoria explícita o narrativa.

En éste punto es importante respetar el tiempo del paciente a la hora de empezar a relatar. No se recomienda forzar el proceso, aunque se considere necesario, ya que podría producirse una sensibilización en lugar de habituación a los recuerdos. Se continuaría con otros objetivos terapéuticos.

- Exposición en imaginación a los flashbacks.
- Exposición gradual en vivo al tren u otros medios de transporte a los que se pueda haber generalizado la evitación, en concreto, al metro, por la similitud que mantiene con el tren.
- Reestructuración cognitiva en relación a creencias y falacias cognitivas de seguridad y protección, que implican determinadas conductas repetitivas, cuando se exponen al tren (tipo de asiento, vagón y orientación del mismo, etc), adquiridas por la situación específica en la que se encontraban en el momento en el que acaeció el atentado.

- Reestructuración cognitiva de sesgos atencionales e interpretativos (en relación a la presencia de mochilas, personas de origen árabe y la presencia de personal de seguridad en trenes u otras situaciones específicas)

3. Modificación de pensamientos negativos o creencias distorsionadas relacionadas con ellos mismos para aumentar estado de ánimo.

- Reestructuración cognitiva en relación a la disminución de la autoestima y sentimientos de culpabilidad.

- Planificación de actividades placenteras.

- Reestructuración cognitiva. Autoinstrucciones positivas de Meichenbaum.

- Fomentar sentido del humor.

- Entrenamiento en control de ira externa e interna. Cuando aparece un alto grado de irritabilidad, el entrenamiento y control de la misma, mejora la sensación de autocontrol.

- Técnica de solución de problemas. Definición y solución de dificultades en relación a situaciones de la vida cotidiana.

4. Modificación de pensamientos negativos o creencias distorsionadas relacionadas con los demás.

- Reestructuración cognitiva relacionada con creencias o pensamientos negativos sobre la desconfianza hacia los demás.

- Entrenamiento en habilidades sociales asertivas: hacer y recibir halagos, críticas constructivas, hacer y recibir peticiones entre otras, para conseguir mejorar la comunicación y obtener el apoyo familiar y social.

- Participación en actividades que impliquen un contacto directo de ayuda a otros. Éste aspecto ayuda a canalizar los sentimientos de culpabilidad.

- En los casos que sea necesario, se realizaría intervención familiar o de pareja.

5. *Modificación de pensamientos negativos o creencias distorsionadas relacionadas con el futuro.*

- Reestructuración cognitiva relacionada con creencias o pensamientos en relación a la percepción del futuro con objetivos y esperanza.
- Planificación de metas específicas y ajustadas a la realidad.

6. *Identificar situaciones o fechas concretas donde la sintomatología negativa pueda intensificarse.*

- Prevención de recaídas:
 - Anticipación y planificación de situaciones donde la sintomatología pueda agravarse; aniversarios, celebración de juicios, imágenes y comentarios en medios de comunicación.
 - Mantenimiento y generalización de intervenciones realizadas.
 - Readaptación a la vida cotidiana.

7. *Seguimientos*

- Presenciales, al mes y a los seis meses.
- Seguimientos telefónicos

CASO CLÍNICO

P.L., varón de 54 años de edad. Casado y con dos hijos de 15 y 17 años. Superviviente de los atentados en la estación de Atocha, el 11 de marzo en Madrid. La persona relata que iba camino de su trabajo en el segundo vagón. Al oír las explosiones sale del vagón aturdido. Describe lo que ve a su alrededor, siendo esto, numerosos heridos y restos de cadáveres. Su reacción inmediata es salir corriendo hacia la otra vía, y aún no sabe bien como consigue llegar al exterior de la estación.

Durante seis meses no sale de casa, no duerme bien, tiene pesadillas, se altera ante cualquier ruido, y aparecen en su mente recurrentes imágenes intrusivas a cerca de los heridos en el andén. Al finalizar estos seis meses, decide acudir a una terapia de grupo, donde le enseñan técnicas de relajación para el control de ansiedad. Este tratamiento le facilita volver a su vida laboral.

Al cabo de un año, acude a la Asociación, para obtener de nuevo asistencia psicológica, ya que dice no encontrarse aún bien. Los síntomas que describe son los siguientes:

- *dificultad para conciliar y mantener el sueño.*
- *ansiedad a la hora de utilizar el autobús como medio de transporte, para acudir al trabajo.*
- *sentimientos de culpa.*
- *anhedonia, incapacidad para disfrutar de las cosas que disfrutaba antes.*
- *síntomas de ansiedad, más acusados al atardecer.*
- *dificultad para relacionarse de forma adecuada en su medio laboral.*
- *imposibilidad de poder volver a utilizar el tren como medio de transporte*

Con respecto a las secuelas físicas del atentado, presenta lesiones internas en el oído que producen acúfenos, más molestos a la hora de dormir, aunque dice, se va acostumbrando.

Una vez realizada la entrevista inicial con P.L, se procede a la evaluación psicológica de los síntomas de ansiedad y depresión, a nivel de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras, presentando puntuaciones altas, en los tres tipos de respuestas.

Objetivos y técnicas del tratamiento:

- *Reatribución de la culpa*
- *Descripción detallada de aquel día desde su comienzo a su finalización.*
- *Ventilación emocional a cerca de la experiencia traumática y escucha activa.*
- *Exposición en imaginación, de las imágenes intrusivas del atentado.*
- *Reestructuración cognitiva de pensamientos distorsionados, autoinstrucciones y autorefuerto.*
- *Habilidades sociales para la readaptación en su medio laboral.*
- *Técnicas de relajación y respiración para mejorar el concilio del sueño.*
- *Parada de pensamiento y relajación en el medio de transporte (autobús).*
- *Potenciación de la autoestima y del locus de control interno.*
- *Exposición gradual al tren.*
- *Potenciación de los recursos adquiridos.*
- *Mantenimiento de los resultados y generalización de los mismos.*

La intervención psicológica con P.L se extiende a seis meses de duración, consiguiendo óptimos resultados en todos los objetivos marcados. Consigue regular tanto el inicio como el mantenimiento del sueño. Las reacciones ansiosas a la hora de coger el autobús para ir a trabajar se reducen en su totalidad. Las relaciones sociolaborales se normalizan, pudiendo disfrutar de las mismas. Los sentimientos de culpa desaparecen dando un nuevo sentido al comportamiento de escape, que manifestó el día de los atentados. Mejoría de su estado de ánimo (dice volver a poder disfrutar de las navidades), comienza a viajar con su familia (de nuevo vuelven a irse juntos de vacaciones). Vuelve a poder enfrentarse a coger el tren, reduciendo significativamente los síntomas de ansiedad ante el afrontamiento de esta situación. La potenciación de su locus de control interno, le hace sentirse más seguro de sí

mismo y más capaz de abordar una situación traumática, aumentando así su autoestima y la confianza en los recursos adquiridos durante la intervención. La calidad de sus relaciones familiares, tanto con su mujer como con sus hijos aumentan (según él dice, están mejor que antes).

7.2.2 FAMILIARES DE FALLECIDOS

7.2.2.1. Exploración y resultados estadísticos

La exploración realizada previa a la intervención psicológica a los familiares de fallecidos en los atentados, se realizó aplicando el Cuestionario Tridimensional de Depresión (CTD) (Jiménez García G.I, Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. 1996).

Los resultados han sido analizados en el programa estadístico SPSS y obtenidos en porcentajes.

La muestra obtenida no ha sido significativa, pero para obtener una interpretación general de la sintomatología manifestada, los resultados se han valorado desde el punto de vista cualitativo.

CTD	P.CENTIL
COGNITIVO	75%
FISIOLÓGICO	80%
MOTOR	95%
TEND. SUICIDA	95%
TOTAL	90%

Los porcentajes más significativos obtenidos, se refieren, en primer lugar, a depresión a nivel motor y en segundo lugar, a nivel fisiológico, siendo los principales síntomas manifestados, los siguientes:

Escala fisiológica:

- Pérdida de energía.
- Dolores de cabeza
- Insomnio.
- Incremento o pérdida de peso
- Dolores crónicos.

Escala motora:

- Llanto frecuente
- Incapacidad para descansar
- Conductas de evitación en relación a la realización de actividades placenteras
- Bloqueo general del comportamiento, inexpresividad del lenguaje verbal (número de palabras por minuto) y del lenguaje no verbal (cara, gestos, ademanes)
- Posibles explosiones de crisis de angustia o ataques de llanto por motivos insignificantes
- Dificultad para tomar decisiones

7.2.2.2. Intervención psicológica en familiares de fallecidos.

Facilitar que el paciente hable sobre el fallecido y las circunstancias de su muerte.

- Propiciar la expresión emocional del paciente, siendo frecuente además de las vivencias de tristeza, pesar, culpa o desesperación, los sentimientos de hostilidad hacia el fallecido y la cólera hacia los autores del atentado.
- Explicación al familiar que los síntomas que padece como: ansiedad, sentimientos de culpa, preocupación por la imagen del difunto, son reacciones normales y que desaparecerán con el paso del tiempo.
- Asegurar que aunque inicialmente puede ser necesario que reduzca sus compromisos laborales o sociales, se debe facilitar el retorno a sus actividades habituales en un plazo de 3-6 semanas.
- Recomendar el acompañamiento de familiares y amigos y facilitar la realización de las tareas domésticas durante el período inicial.
- En las reacciones agudas de duelo, la asistencia al entierro y funerales de la persona fallecida, evita la cristalización de fantasías, imaginaciones o temores a lo desconocido, ya que para poder iniciar el duelo, muchas personas necesitan la oportunidad de decir “adiós” (Macias Fernandez, J.A. y cols).

Cuando el duelo es patológico o se ha cronificado, los síntomas que predominan suelen ser, sentimientos de culpa ante la realización de actividades que signifiquen retomar el ritmo diario, por el temor a “el olvido” y a la pérdida de la memoria del familiar fallecido, evitando cualquier situación que implique la sensación o sentimiento positivo de alegría o placer, desencadenándose la culpa cuando éstos sentimientos aparecen.

ESTRATEGIAS ÚTILES PARA CONTROLAR LOS SENTIMIENTOS DE CULPA

Identificar los sentimientos de culpa	<ul style="list-style-type: none">• Pararse a pensar si se siente culpable en algunas ocasiones por algo relacionado con su familiar.• Analizar en qué situaciones ocurre esto (si existen típicas situaciones en las que suelen aparecer estos sentimientos).
Aceptarlos	Aceptar los sentimientos de culpa como normales y pensar que son comprensibles. Las personas que atienden que reconocen que es normal tener pensamientos o emociones negativas hacia la situación en la que se encuentran son, precisamente, los que no se sienten culpables por ello. Al reconocer y aceptar estos sentimientos negativos les resulta más fácil expresarlos. De esta forma, no "contienen o reprimen las emociones" por sistema, sino que, saludablemente, las expresan y las comparten con amigos, familiares.
Expresarlos	Hablar con otras personas (familiares, amigos, etc.) puede ayudar a aliviar sus sentimientos de culpa.
Analizar sus causas	Buscar las razones de estos sentimientos puede contribuir a hacerlos más comprensibles y aceptables para la persona que los experimenta.
Reconocer los propios límites y marcarse metas realistas	Cada persona debe aceptarse a sí mismo tal y como es, con sus cualidades y limitaciones, y no pensar que "debería" ser de otra manera, porque pensando así sólo va a obtener consecuencias negativas como la ansiedad o la frustración.
Aceptar que cuidarse a sí mismos es necesario y no implica ser egoísta	Darse cuenta de la necesidad de cuidarse también a sí mismo/a y reconocer su derecho a ello es necesario para evitar que aparezcan muchos sentimientos de culpa.

CASO CLÍNICO

M.S, mujer de 50 años, esposa de fallecido en los atentados de Atocha. Vive con su hijo de 30 años. Acude a consulta porque el hermano de M.S, contacta con la Asociación dos años después de los atentados, refiriendo que su hermana necesita ayuda porque no se encuentra bien desde los atentados. Nos ponemos en contacto con ella y cuando acude a consulta presenta síntomas depresivos ,de tristeza durante casi todo el día, apatía, pérdida de interés en actividades placenteras, sentimientos de culpabilidad por la posibilidad de disfrutar de actividades diarias, aumento de peso (20 kg en dos años) y sentimientos de desesperanza. M.S refiere haber estado muy unida a su marido y presenta en la actualidad sentimientos de inseguridad en el desempeño de las tareas cotidianas. Aparecen sentimientos de rabia hacia los demás y aislamiento social. En la actualidad se encuentra trabajando y cuando llega a casa se sienta en el sofá y ve la televisión durante horas. Presenta dificultades para mantener el sueño por las noches. Un aspecto importante es que M.S posee una red familiar estable.

Técnicas de intervención:

- *Técnica de Respiración abdominal para disminuir la ansiedad y mejorar la adherencia al tratamiento, ya que la derivación se realizó a través de su hermano.*
- *Ventilación emocional y normalización de la presencia de emociones como la rabia, la tristeza y la culpa.*
- *Planificación de actividades placenteras, después del trabajo y los fines de semana.*
- *Reestructuración cognitiva de distorsiones relacionadas consigo misma, los demás y el futuro.*
- *Prevención de recaídas, generalizando resultados y fortaleciendo el locus de control interno.*

La intervención psicológica finaliza al año de su comienzo. Se han conseguido resultados óptimos, ya que se produce la aceptación del fallecimiento de su marido, realiza actividades que la mantienen ocupada casi todo el día y con las que ha recuperado la ilusión (acudía a clases de autoescuela, planifica fines de semana con su familia, ha vuelto a cocinar). Se le recomendó asistir a un médico especializado en nutrición, con el que ha perdido los 20 kg que aumentó después del atentado y ha recuperado la ilusión por salir a comprarse ropa.

En la actualidad continúa manteniendo los resultados

7.2.3. Familiares de víctimas directas.

Los seres humanos somos seres relacionales, es decir, sólo podemos entendernos en relación con los demás, y el principal lugar donde aprendemos a hacerlo es la familia. El psiquiatra y psicoterapeuta Roberto Pereira, director de la Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar, cree que el sistema familiar es el grupo humano más estable que hay y que en cada caso se dan unas normas de funcionamiento concretas. “Cada familia debe ser capaz de atender las necesidades de sus miembros y, a la vez, permitir que adquieran autonomía con el paso del tiempo. También debe ser capaz de adaptarse a los cambios que ocurren dentro y fuera del sistema familiar. Pero esas adaptaciones no son sencillas de realizar, sobre todo cuando se dan otros factores añadidos que las dificultan, como enfermedades, problemas económicos o dificultades de relación entre algunos miembros de la familia”.

Intervención específica

Aunque las terapias conyugales y familiares son formas distintas de intervención, con historias propias y centros de interés algo diferentes, también comparten algunos presupuestos teóricos y características.

El primer argumento para utilizar terapia conyugal/familiar como tratamiento de síntomas postraumáticos, se basa en el reconocimiento de que el trauma y sus secuelas pueden incidir directa o indirectamente en las familias y relaciones sociales de las personas expuestas (Carroll, Rueger; Foy y Dohohoe,1985; Jordan et al., 1992; Solomon y Weisenberg,1993). El foco de estos planteamientos es abordar la disrupción sistémica que deriva tanto de la exposición al trauma como de la manifestación de síntomas postraumáticos por parte de uno o más miembros de la familia. Así, la intervención se centra más en aliviar la angustia de las relaciones que en reducir los síntomas de un individuo concreto. Los enfoque sugeridos por este argumento, se basan en terapias conyugales y familiares que se han desarrollado para abordar problemas en otras poblaciones. Este enfoque se refiere a tratamientos sistémicos.

El segundo argumento para incluir estrategias de terapia conyugal/familiar en el tratamiento de síntomas relacionados con trauma, se fundamenta en el papel que el cónyuge y/o otros familiares para ayudar al superviviente a recuperarse de tales síntomas (Barreto y Mizes, 1988; Beiser, Turner y Ganesan, 1989; Davidson, Hughes, Blazer y George, 1991; Solomon, Waysman y Mikulincer, 1990). En esta formulación, el cónyuge y demás familiares constituyen una fuente importante de apoyo social para el paciente identificado, y la terapia se dirige a mejorar la eficacia de tal interacción. Este modelo de tratamiento conyugal/familiar se basa esencialmente en planteamientos educativos y de entrenamiento de aptitudes.

Justificación de los enfoques terapéuticos.

La principal justificación para proporcionar terapia de apoyo a los cónyuges y familiares, es el reconocimiento de que estas personas constituyen una fuente significativa de apoyo social para los supervivientes de un trauma. De hecho, las parejas íntimas representan habitualmente la fuente primaria de apoyo social de un individuo (Beach, Martin, Blum y Roman, 1993; McLeod, Kessler y Landis, 1992; Syrotuik y D'Arcy, 1984). Esto es particularmente importante teniendo en cuenta el papel del apoyo social en la recuperación de una experiencia traumática (Barreto y Mizes, 1988; Beiser, Turner y Ganesan, 1989; Davidson, Hughes, Blazer y George, 1991; Solomon, Waysman y Mikulincer, 1990). Se ha argumentado que formar y apoyar a los familiares de supervivientes de trauma puede ayudarles a proporcionar un respaldo más útil a la víctima y favorecer la recuperación. Otro argumento para atender a las necesidades de los familiares es la sugerencia de que las parejas de supervivientes de trauma pueden sabotear intencionada o no intencionadamente el tratamiento (Foa y Rothbaum, 1998).

Enfoques de tratamiento sistémico

Figley (1983, 1985, 1986, 1988,1995) es, con mucho, el autor que ha perfilado con mayor detalle la terapia familiar sistémica para supervivientes de trauma. Su programa se plantea como objetivo “capacitar a la familia para superar su penosa

experiencia, aprender de ella, y así estar mejor preparado para afrontar futuras adversidades”.

Dentro de este marco, el terapeuta trabaja para fomentar aptitudes que conduzcan a un intercambio eficaz de información, resolución de problemas y superación de conflictos. Figley (1986, 1995) describe cinco fases en su plan de tratamiento para familias traumatizadas:

- 1) Compromiso con los objetivos terapéuticos
- 2) Encuadre del problema
- 3) Reencuadre del problema
- 4) Desarrollo de una teoría curativa
- 5) Cierre y preparación.

Esta terapia, tal como está conceptualizada, es relativamente breve, y el terapeuta actúa sobre todo como facilitador, animando a los familiares a que desarrollen y refinen sus propias habilidades para afrontar estresantes externos. El éxito se mide no sólo por la mejora en el funcionamiento actual de la familia, sino también por la capacidad de ésta para encarar mejor futuras dificultades (Figley, 1995).

Las sesiones iniciales se dedican a establecer relación (rapport) y confianza entre el terapeuta y los miembros de la familia. La segunda fase de la terapia se centra en identificar y abordar las dificultades de la familia en relación con el trauma. Esto incluye examinar tentativas previas de sus miembros para superar problemas y reacciones, y detectar obstáculos potenciales para un afrontamiento satisfactorio. A continuación, el terapeuta trabaja para potenciar las capacidades de apoyo y comunicación de la familia con el fin de mejorar la revelación e intercambio de ideas.

La familia dedica algún tiempo a revisar recuerdos problemáticos asociados al trauma. Cuando los miembros comparten sus reacciones frente al trauma, empieza a desarrollarse una nueva visión consensuada de éste y de los comportamientos de la familia. Por último se conjuntan las perspectivas individuales para formar una teoría

curativa o una sólo historia del trauma y sus secuelas que permita a la familia ponerse de acuerdo sobre lo que ha sucedido y cómo afrontará un acontecimiento similar en el futuro (Figley, 1985).

Este enfoque sistémico parece más apropiado para abordar interrupciones en la familia como consecuencia de un trauma. Se recomienda que se utilice en combinación con otras técnicas diseñadas para abordar de forma más específica los síntomas.

En consonancia con el tratamiento de Figley (1995), Erickson (1989) plantea como objetivo de la terapia familiar, ayudar a la familia a integrar el trauma en el sistema y como resultado, reforzar la cohesión familiar a través de aptitudes más eficaces de comunicación y apoyo mutuo. Dentro de este programa terapéutico, las tareas están diseñadas para ayudar a los miembros de la familia a:

- 1) reconocer el trauma como una crisis familiar que requiere una respuesta común.
- 2) Reconocer y cubrir las necesidades de cada miembro
- 3) Promover respuestas apropiadas de afecto y autorrevelación.
- 4) Comprender que el daño causado por el trauma no es irreparable.

Teniendo en cuenta estos objetivos, Erickson describió un tratamiento que incorporaba tanto sesiones individuales como familiares a fin de abordar las necesidades de la víctima y su familia.

Otros autores han publicado directrices generales, aunque no técnicas específicas, para administrar terapia familiar a supervivientes de trauma y sus familiares. Las directrices /objetivos sugeridos para tales tratamientos son similares a los de las estrategias terapéuticas antes descritas:

- Eliminar el papel de “paciente identificado” que desempeña la víctima (Williams y Williams, 1980).
- Instruir a la familia acerca del impacto del trauma (Mio y Foster, 1991; Williams y Williams, 1980).

- Utilizar sesiones tanto individuales como familiares (Mio y Foster, 1991; Rosenheck y Thompsom, 1986).
- Desarrollar aptitudes de comunicación y apoyo mutuo (Williams y Williams, 1980).
- Clarificar papeles y valores (Mio y Foster, 1991; Williams y Williams, 1980).
- Resolver disrupciones emocionales específicas, como ira, vergüenza o culpa (Brende y Goldsmith, 1991; Williams y Williams, 1980).
- Identificar y romper patrones de repetición del trauma (Brende y Goldsmith, 1991).

7.2.3.1. Exploración y resultados estadísticos.

Cuando se trabaja con familias, la evaluación es un proceso continuo, no una acción que se lleva a cabo únicamente antes de comenzar la intervención o al final de la misma.

La evaluación familiar tiene en cuenta diferentes niveles: el individual, el familiar, el de la familia en interacción con su medio, el sistema familiar-terapeuta, etc. La evaluación es simultánea al tratamiento y se pretende que guíe la intervención.

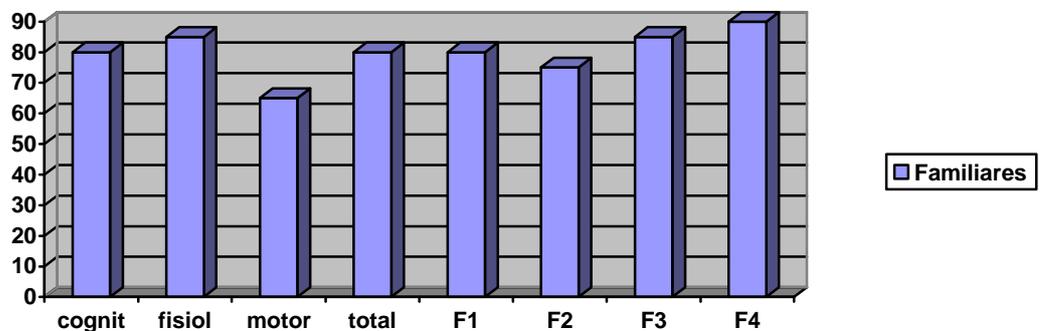
Se podría realizar durante el proceso de la Evaluación, una aplicación de Cuestionarios individuales a cada miembro de la familia, para poder recoger de manera más rigurosa la manifestación emocional ante diversas situaciones. Así se obtendría por un lado, una Evaluación del funcionamiento familiar y por otro lado una Evaluación individualizada de cada miembro de la familia, para la posterior intervención.

Resultados obtenidos a través de la aplicación de *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad - ISRA* (M.J., Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. 1994) a familiares de víctimas directas, que han sido objeto de evaluación, previa intervención psicológica, los datos han sido analizados mediante el programa estadístico SPSS y baremados en la muestra normal de dicho manual.

En los porcentajes obtenidos en las exploraciones realizadas a familiares de víctimas directas, no se ha realizado distinción entre sexos, ya que la totalidad de ellos eran mujeres (cónyuges e hijas), de edades comprendidas entre 20-50 años. El número total de familiares que han sido objeto de evaluación, ha sido de 32 familiares.

FAMILIARES DE VÍCTIMAS DIRECTAS

ISRA	P. CENTIL	CLASIFICACIÓN
COGNITIVO	80%	A. severa
FISIOLÓGICO	85%	A. severa
MOTOR	65%	A. moderada
TOTAL	80%	A. severa
ANSIEDAD DE EVALUACIÓN (F1)	80%	A. severa
ANSIEDAD INTERPERSONAL (F2)	75%	A. moderada
ANSIEDAD FÓBICA (F3)	85%	A. severa
ANSIEDAD VIDA COTIDIANA (F4)	90%	A. severa



Las puntuaciones más elevadas que se han obtenido en los familiares de las víctimas en la evaluación de la ansiedad, ha sido en las respuestas de ansiedad a nivel fisiológico y ansiedad ante la vida cotidiana.

Escala Tridimensional de Depresión- CTD. (Jiménez García G.I, Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. 1996)

Familiares de víctimas directas

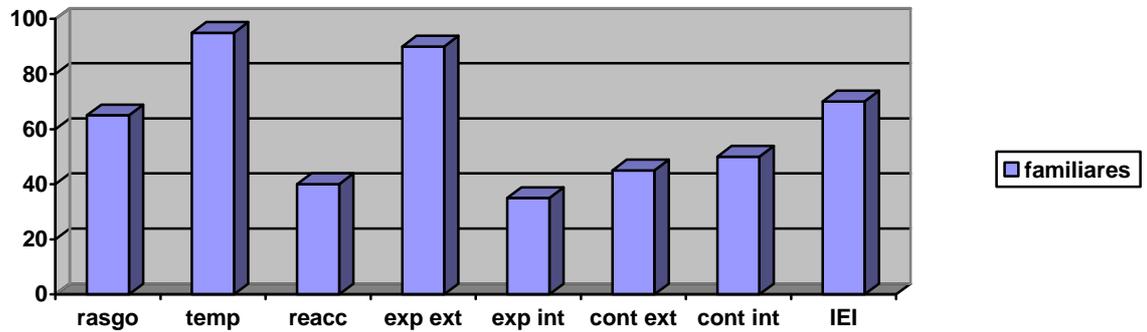
CTD	P. CENTIL
COGNITIVO	75%
FISIOLÓGICO	95%
MOTOR	75%
TEND. SUICIDA	85%
TOTAL	90%

En cuanto a la depresión, el porcentaje más significativo en familiares de víctimas directas, se obtiene en depresión, a nivel fisiológico, en concreto, se refiere a la presencia de dolores de cabeza y de espalda.

Inventario de expresión de ira estado – rasgo – STAXI II – (Spielberger, C.D. 1.991)

Familiares de víctimas directas

STAXI	P. CENTIL	CLASIFICACIÓN
RASGO	65%	MEDIO
TEMPERAMENTO	95%	ALTO
REACCIÓN	40%	MEDIO
EXPRESIÓN EXTERNA	90%	ALTO
EXPRESIÓN INTERNA	35%	MEDIO
CONTROL EXTERNO	45%	MEDIO
CONTROL INTERNO	50%	MEDIO
ÍNDICE DE EXPRESIÓN DE IRA (IEI)	70%	MEDIO



La exploración de la ira en los familiares de víctimas directas, muestra porcentajes elevados en "temperamento", y de forma significativa en la "expresión externa de la ira"(Mide la frecuencia con que los sentimientos de ira son expresados verbalmente o mediante conductas agresivas físicas).

CONCLUSIÓN

Los resultados de las pruebas objetivas aplicadas a los familiares de los afectados en los atentados, muestran respuestas de ansiedad elevadas a nivel fisiológico, ansiedad fóbica y ante la vida cotidiana, caracterizado por la dificultad en la adaptación a las dificultades presentadas debido a los cambios producidos en el ámbito familiar como consecuencia del atentado. La depresión, también obtiene porcentajes elevados a nivel fisiológico, y la ira indica alto porcentaje en el temperamento (disposición a experimentar ira sin ninguna provocación específica) y en la expresión externa de la ira, pudiendo estar relacionado con la dificultad que presentan los familiares, en la comunicación con el afectado.

Por tanto, se podría decir, que los familiares de los afectados por el atentado del 11-M, manifiestan a medio-largo plazo las consecuencias que ocasiona el estrés cuando es mantenido en el tiempo y el organismo llega a la fase de agotamiento (porcentaje elevado en ansiedad y depresión a nivel fisiológico y en la ansiedad ante la vida cotidiana).

7.2.3.2. Intervención psicológica en familiares de supervivientes

▪ Primeras sesiones

La alianza.

Las nociones clave para un buen resultado de la intervención, son: la alianza terapéutica o la alianza de ayuda.

La alianza es el resultado esperado de proceder adecuadamente en el proceso de entrevistas iniciales (Escudero y Friedlander, 2003; Friedlander, Lehman, McKee, Field, Cuting, Escudero y Heatherington, 2000; Pinsof y Catherall, 1986).

La alianza tiene estos cuatro componentes, que representan el tipo de relación que se espera lograr con la familia:

- Enganche en el proceso terapéutico: el paciente ve sentido al tratamiento (se transmite la sensación de estar involucrado en la terapia y trabajando coordinadamente con el terapeuta), que los objetivos y las tareas pueden discutirse y negociarse con el terapeuta, tomarse en serio el proceso, y el cambio es posible.
- Conexión emocional con el terapeuta: el paciente ve al terapeuta como una persona importante en su vida, casi como a un miembro de la familia. Existe la sensación de que la relación se basa en la confianza, el afecto, hay interés y sentido de pertenencia y que al terapeuta le importa de verdad, cada uno de ellos.
- Seguridad dentro del sistema terapéutico: el paciente ve la terapia como un lugar donde puede arriesgarse, estar abierto a nuevas experiencias, ideas, ser flexible. Hay una sensación de confort y expectación hacia las nuevas experiencias y aprendizajes que pueden producirse, que hay cosas buenas que aporta la terapia, que el conflicto dentro de la familia puede manejarse sin hacerse daño, y que no es necesario estar a la defensiva.

- Sentido de compartir el propósito de la terapia en la familia: Los miembros de la familia se ven a sí mismos trabajando en colaboración para mejorar la relación familiar y conseguir objetivos comunes. Existe un sentido de solidaridad en relación con la terapia, valorar el tiempo que comparten en sesión.

La consecución de un tipo de relación entre el profesional y la familia como la que acabamos de describir puede requerir tiempo. Por otra parte, incluso cuando se consigue una relación muy bien valorada en términos de alianza, esa relación es dinámica: debe mantenerse en los momentos más propicios, así como en los momentos más difíciles del proceso de intervención.

La posición inicial de la familia

Antes de adentrarnos en los componentes de la primera entrevista con la familia y en las técnicas que generalmente se usan en ella, hemos de considerar qué tipos de actitudes nos podemos encontrar nada más conocer a la familia (Escudero y Friedlander, 2003).

De forma esquemática, podemos definir estos tipos de actitud inicial de las familias, a los que denominamos “tipos de entrada a la intervención”:

- A. La familia o alguna parte de la familia solicita ayuda, entiende que tiene que abordar o cambiar algo.
- B. Una instancia profesional señala a la familia lo que deben cambiar y la familia acepta esa necesidad de cambio.
- C. Sólo están ante nosotros porque lo ven como una obligación o como algo que es conveniente, pero no reconocen ninguna necesidad de ayuda.
- D. Están ante nosotros por obligación y, además de no reconocer ninguna necesidad de ayuda, se sienten injustamente tratados, por tanto su actitud es cerrada e incluso hostil. Éste aspecto suele ocurrir cuando el familiar afectado no acepta el malestar ocasionado desde el atentado y acude con la familia por obligación.

Cualquiera de estos tipos de entrada, dependen básicamente de dos factores:

1. Cómo se ha derivado a la familia a nuestro servicio, qué tipo de explicación se ha dado a cada uno de los miembros de la familia sobre el motivo de venir a vernos y qué tienen que esperar del trabajo con nosotros.
2. Cómo es la dinámica relacional y comunicativa de la familia con respecto al problema que les trae ante nosotros, qué definición (individual y colectiva) tiene del problema, de sus causas, de sus soluciones, del sufrimiento que les crea, si hay solución o no, y qué parte tiene cada uno de ellos en esa solución.

Enfoque inicial del terapeuta

Es posible considerar cuatro aspectos que conforman el establecimiento de la relación inicial (Corbella, S y Botella, L 2003):

¿Cuál es el objetivo prioritario en la fase de inicio de la intervención?:

La consecución de una relación marcada por las características de la alianza. Dicho de otra forma, conseguir que si la entrada no es de tipo A, (solicitan ayuda), lo sea gracias a nuestra actitud y a nuestra forma de presentar y abordar el trabajo.

¿Qué actitud debemos tener?

Una actitud de interés sincero por lo que la familia nos cuente, mostrar que tenemos el tiempo necesario para ellos, que estamos dispuestos a entender cualquier cosa, incluso su disgusto hacia nosotros si se han visto obligados a venir a vernos. Mostrar transparencia enseñándoles nuestra forma de trabajar.

¿Cómo va a ser nuestra intervención? ¿Cuáles van a ser las técnicas básicas para el inicio de la entrevista?

- Crear marcadores de contexto adecuados: explicar la forma de trabajo, mostrar el centro y a los componentes del equipo.
- Escuchar a todos y ser respetuoso con las peculiaridades de la familia. No juzgar. Transmitir esperanza.
- Partir de su posición. Validar la información que dan, tanto desde el punto de vista de la narración que ofrecen, como desde el punto de vista de las emociones que muestran ante la situación que están viviendo. Esto implica, no hacer recomendaciones o reinterpretaciones inicialmente, ni tampoco corregir su información desde una postura de autoridad profesional.
- Normalizar. Técnicamente entendemos por normalizar el explicar que algunas de las cosas que la familia cuenta, calificándolas negativamente como raras, inadecuadas o inexplicables, son comunes en situaciones similares o en contextos que a ellos les son ajenos pero que nosotros conocemos por nuestra labor profesional.
- Reunir, desenterrar, resaltar los recursos de la familia; sus habilidades prácticas, su historia de superación de dificultades, sus cualidades afectivas y psicológicas, todo aquello que pueda servir como plataforma desde la que abordar los cambios necesarios.
- La técnica del re-encuadre, una forma de crear un marco nuevo en el que abordar sus quejas o su situación conflictiva de forma constructiva y enfocada a las soluciones.
- El uso de dos tipos de preguntas que tienen como objetivo explorar el problema desde un punto de vista centrado en el sistema familiar: preguntas circulares y preguntas reflexivas.
- El uso de un tipo de preguntas que facilitan conocer cómo se va a producir el inicio del cambio de una forma que sea clara y comprobable para todos: preguntas de proyección al futuro.

Proceso de la primera entrevista

Las fases y el orden en el que se realizaría la entrevista inicial, sería la siguiente (Friedlander, Escudero, Heatherington, Deihl, Field, Leheman, McKee y Cutting, 2005):

- a) Presentación del contexto de ayuda a la familia. En un primer momento se trata de enseñarles todos los recursos humanos y materiales de nuestro servicio y responder con transparencia a todas sus preguntas.

- b) La familia expresa su queja y define su punto de vista. Dejar que la familia nos cuente qué les ha traído a nosotros y en qué creen que les podemos ayudar. Es muy común que haya definiciones diferentes dentro de la familia, incluso definiciones contrapuestas y conflictivas. En este punto, es fundamental explorar no sólo los aspectos narrativos del problema, sino también el patrón relacional de la familia (alianzas y coaliciones entre ellos), los elementos afectivos y emocionales, y el patrón de interacción familiar que se asocia a la descripción familiar del motivo de consulta.

- c) Construcción de un marco nuevo para re-definir el problema: enfatizar los recursos de la familia. Esta tarea del terapeuta consiste en buscar un “común denominador”, una motivación conjunta o un punto mínimo de acuerdo con el propósito de iniciar la intervención. Las emociones que comparten los objetivos (colectivos o individuales) en los que creen que merece la pena hacer algo. Los valores que les unen por encima de las culpabilizaciones, todos estos son materiales útiles que el entrevistador ha de saber hacer surgir a partir de la narración de la familia. Las preguntas denominadas circulares y reflexivas son de gran utilidad en esta labor.

- d) Explorando soluciones nuevas, analizando soluciones viejas. El terapeuta/entrevistador debe dirigir a la familia para, entre todos, dibujar con la mayor claridad posible qué tipo de solución o soluciones han intentado. En ocasiones, hay soluciones que han funcionado de forma excepcional, en condiciones poco habituales, incluso por casualidad, y sin embargo no se han usado de forma central. Del análisis de las soluciones ineficaces se debe ir desprendiendo una idea de aquello que no se ha

intentado (por temor, porque no saben como hacerlo, etc). No obstante es importante ir despacio, no apresurar el cambio o las soluciones alternativas.

e) Definir el inicio del cambio. Esta tarea, cuando lo anterior ya se ha hecho y todavía hay tiempo en la primera entrevista, consiste en preguntar qué sería un indicador, para cada uno de los miembros de la familia, de que las cosas han empezado a cambiar. La idea central es saber cuál sería un paso mínimo, pero perceptible, de que las cosas mejoran. Las preguntas denominadas de proyección al futuro son especialmente relevantes para el desarrollo de esta tarea en el proceso de intervención.

f) Intervención final. La intervención final depende mucho de las características de la sesión, de la claridad con que se han definido los patrones de comunicación y las expectativas. No obstante se trata de conseguir el primer objetivo general de la intervención: crear alianza. En ese sentido, la intervención final suele tener los siguientes ingredientes:

- Se anuncia como un mensaje final, con alguna petición para hacer algo en casa hasta la próxima cita, si es el caso.
- Debe darse con mucha claridad y poniendo énfasis en todo lo que se dice, usando el tono emocional adecuado.
- Debe incluir a todos los presentes y, si es posible, a otros miembros de la familia ausentes, pero importantes con relación al problema o situación tratada.
- Incluye un elogio a la postura de la familia ante el problema, destacando lo que a todos les motiva a intentar solucionarlo y lo que les une o les ha unido en el pasado. En este ingrediente se han de rescatar todos los elementos de afectividad positiva y todos los recursos propios y particulares de la familia que han surgido en la entrevista.
- Se ha de enfatizar el re-encuadre, una definición que se ha ido generando en la entrevista de cómo entender su problema o de cómo abordarlo. El re-encuadre está basado en lo que ellos han dicho, pero organiza la situación en torno a los aspectos más positivos de lo que han dicho (sin culpa, con esperanza, con recursos).

- Incluye una tarea conductual de observación o de reflexión que cada uno de los miembros de la familia deberá realizar. La tarea debe estar orientada a definir un cambio mínimo o a cambiar un patrón negativo asociado al problema, o a mejorar alguno de los recursos afectivos o conductuales que la familia tiene o tuvo en el pasado. Debe incluir a todos. Debe ser atractivo o interesante de hacer. Si es divertida, será útil en la creación de un clima de alianza.

El proceso de la fase inicial es una forma de crear un marco que facilite el cambio.

EL PROCESO DE LA PRIMERA ENTREVISTA

Proceso de cambio

Queja- Descripción de la familia; supuestos, construcciones cognitivas, patrones de relación, emociones



Construcción del sistema terapéutico

Familia-terapeuta-alianza



Re-encuadre terapéutico:

QUEJA +SOLUCIONES INTENTADAS +SOLUCIONES NUEVAS

Nuevas emociones y atribuciones. Activar el sistema hacia nuevas soluciones.

▪ **TÉCNICAS DE HABILIDADES DEL TERAPEUTA**

Podemos diferenciar dos tipos de habilidades técnicas: las que tienen que ver con el mantenimiento de una comunicación adecuada para el desarrollo de la entrevista y las que se refieren al uso de técnicas específicas de intervención durante la entrevista (Minuchin,S ;Fishman, H.CH. 1983).

HABILIDADES GENERALES PARA EL MANTENIMIENTO DE LA ENTREVISTA

HABILIDADES BÁSICAS	DEFINICIÓN
Empatía	Escucha activa, reflejar los sentimientos y transmitir un interés genuino por lo que dice y expresa cada miembro de la familia.
Autenticidad/credibilidad	Mostrarse sincero y espontáneo. No ser víctima de los esquemas o procedimientos profesionales, sino más bien aplicarlos de forma natural.
Claridad en la comunicación	Usar un lenguaje ajustado a los miembros de la familia. Asegurarse que todas las explicaciones son comprensibles.
Ritmos ajustado al paciente	Ser conscientes que el contexto y los profesionales son algo nuevo para la familia, de forma que hay que prestar atención a no ir demasiado rápido en el progreso de la entrevista. Hay que ajustar el ritmo a las posibilidades de la familia.
Estimula que el paciente hable	El entrevistador suele tener con frecuencia una postura preponderante, haciendo preguntas, dando explicaciones. Sin embargo es muy importante que estimule

	que todos y cada uno de los miembros de la familia hable y expresen sus puntos de vista y opiniones.
Estructura la información	El entrevistador tiene que organizar la información. Frecuentemente, en la intervención familiar la información inicial que ofrece la familia es contradictoria, conflictiva. Sin descalificar u ofender a los clientes, el entrevistador debe focalizar la entrevista en lo que es más importante.
Control de las emociones/conflicto	Cuando las emociones de las entrevistas son muy intensas, ya se trate de tristeza, ira o angustia, el entrevistador debe ser capaz de crear un equilibrio entre la necesaria expresión de esas emociones y la posibilidad de conversar y trabajar colectivamente avanzando en el proceso. Hay que dejar que las personas se desahoguen, pero sin que se bloquee la capacidad de avanzar en el proceso.

▪ **TÉCNICAS ESPECÍFICAS**

El arsenal de técnicas de entrevista familiar del que disponemos es muy amplio. Algunas de esas técnicas son de especial utilidad en las fases iniciales de intervención, además de ser útiles durante todo el proceso de trabajo con la familia (Minuchin, S. Fishman, H.CH. 1983).

TÉCNICAS ESPECÍFICAS	DEFINICIÓN
Normalización	En ocasiones la familia describe con mucha angustia determinados comportamientos o ideas. En otras ocasiones, define algunos comportamientos sintomáticos como raros, atemorizantes o locos. El terapeuta tiene que hacerles ver que dichos comportamientos son comunes en situaciones como las que ellos viven, y que para el profesional es algo normal. La normalización no debe infravalorar la importancia que la familia otorga a un comportamiento ni el sufrimiento que les produce.
Preguntas circulares	Son preguntas que tienen la función de explorar el problema de la familia ofreciendo una visión más global y sistémica. En las preguntas circulares se conectan los puntos de vista de diferentes miembros de la familia y su contribución en un patrón de comportamiento determinado. Si una pregunta lineal para explorar un comportamiento puede ser: ¿estás como madre preocupada por lo que ha ocurrido?, la pregunta circular sería: ¿Tú-al hijo- cómo crees que tu padre se da cuenta de que tu madre está preocupada por lo que ha ocurrido?

<p>Preguntas reflexivas</p>	<p>Son preguntas que tienen la función de sugerir un cambio en un comportamiento o idea, pero en lugar de hacerlo de forma directa se hace de forma indirecta, conectando circularmente a los miembros de la familia. Si la forma directa de sugerir un cambio es: ¿puedes quedarte en casa y consolar a tu mujer cuando rompe a llorar?, la forma reflexiva sería: ¿qué ocurriría si tu padre en vez de marcharse enfadado cuando llora tu madre, se quedase y le diese un fuerte abrazo? Las preguntas reflexivas tienen un efecto de motivación y de hacer compartir las soluciones entre todos los miembros de la familia.</p>
<p>Proyección al futuro</p>	<p>Son una forma de conocer qué cambio quieren los familiares, cómo será ese cambio y también cómo se notará que el cambio comienza a suceder. Hay que hacer que la familia se imagine un momento futuro en el que el cambio se ha producido y preguntar cómo se nota ese cambio y también cómo recuerdan que el cambio comenzó a tener lugar. Es muy importante ser creativo y motivador para que los familiares se imaginen de forma vívida que están en el futuro.</p>
<p>Soluciones intentadas</p>	<p>Preguntar, ayudar a describir y rastrear lo que la familia ha hecho hasta el momento para afrontar y solucionar su problema. Es importante conseguir ejemplos concretos de lo que la familia ha intentado. Es fundamental diferenciar bien las soluciones que no han servido de las que, al menos ocasionalmente o en circunstancias especiales, fueron útiles. También es importante destacar aquello que la familia hizo, y aunque no fue totalmente eficaz, si aportó alguna experiencia o aprendizaje positivo (por ejemplo, tuvieron un tratamiento con otro profesional que no solucionó el problema pero en el que aprendieron cosas útiles).</p>

<p>Amplificar cambios/elogiar avances</p>	<p>El entrevistador no tiene que dejar pasar ni un pequeño cambio o avance, sin ofrecer un elogio o muestras de ánimo. Todo pequeño avance tiene que ser subrayado y amplificado. Cuando el paciente describe algo positivo, el entrevistador debe dedicar un tiempo a preguntar cómo lo consiguió, cómo se dio cuenta, cuando lo va a volver a hacer, etc.</p>
<p>Re-encuadre</p>	<p>Es una técnica compleja que requiere creatividad. Se trata de describir el problema de la familia basándose en la información que la familia da, pero organizando esa información de una manera que resulta más positiva. El re-encuadre no se puede imponer ni tampoco puede ser una interpretación del terapeuta que no se sustente en la queja de la familia. El reencuadre suele enfatizar los recursos positivos de la familia, haciéndoles ver el problema desde una perspectiva en la que ellos unidos pueden afrontarlo. El reencuadre tiene que basarse y validar no sólo la información de la familia, sino sus sentimientos y emociones sobre el problema. Y hace ver los elementos más esperanzadores de la situación, aquellos que pueden cambiarse: el lugar, el transcurso temporal, la cooperación de otras personas, la similitud con otros problemas superados, etc.</p>

CASO CLÍNICO

FAMILIAR DE VÍCTIMA DIRECTA

B.L., mujer de 50 años de edad, esposa de víctima directa de los atentados de los trenes de Atocha, el 11 de marzo del 2004 en Madrid. La persona acude a recibir asistencia psicológica en el 2007, debido al malestar psicológico intenso que presenta como consecuencia de los cambios en el comportamiento de su marido, aparecidos a raíz del atentado, los cuales están interfiriendo en la estabilidad de su núcleo familiar. Los cambios presentados son los siguientes: aumento del consumo de alcohol, llegando a gastar grandes sumas de dinero sin control, acusada falta de comunicación, largos periodos de tiempo navegando por internet, cese de toma de responsabilidades personales y familiares, cese laboral, largos periodos de tiempo sin salir de la cama, reacciones verbales agresivas por malinterpretación de ciertos

comentarios, de tipo paranoide y agorafobia. B.L especifica, que estos cambios en su marido han ido acrecentándose desde el 2004 hasta la actualidad, siendo cada vez más intensos.

Ante esta situación, B.L presenta los siguientes síntomas:

- reacciones de ira intensa, con dificultades para su control
- falta de interés por las actividades que antes resultaban placenteras
- dificultades para dormir
- sensación de tener todo el peso de la responsabilidad ante la problemática familiar (destacar que no pide ayuda a otros miembros de la familia)
- sentimientos profundos de soledad
- pérdida significativamente alta de peso en el último año (12 kilos en el último año).
- Dolor intenso en las articulaciones de los brazos, cervicales y espalda, debido al sometimiento de una constante tensión.

Se plantean los siguientes objetivos y técnicas para la intervención:

- técnicas de relajación para el control de la ira y los dolores musculares
- técnicas específicas para el control de la ira
- readaptación a la nueva situación familiar
- reatribución del sentimiento de la carga de responsabilidad
- planificación de actividades placenteras y cuidado de sí misma.

A lo largo del periodo de la intervención con B.L, su marido presenta un brote psicótico cuyo comportamiento representa la posibilidad de un daño tanto para sí mismo como para terceros. Por tanto:

- Se orienta a la familia en el proceso de internamiento psiquiátrico de un familiar.
- Se elabora la culpa que presentan los miembros de la familia ante la hospitalización psiquiátrica.
- Soporte emocional a la familia, durante las tres semanas que dura el periodo de hospitalización.

La intervención psicológica con B.L, finaliza al cabo de ocho meses, consiguiendo óptimos resultados en todos los objetivos marcados. Se adquieren adecuadamente las técnicas de relajación, reduciendo los síntomas físicos de tensión en su totalidad. B.L, comunica la problemática al resto de familiares, distribuyendo así, parte de la responsabilidad que siente y obteniendo el apoyo de éstos, ya que vivía esta situación conflictiva en soledad. Comienza nuevas actividades semanales ampliando el tiempo que dedica al cuidado de sí misma. Consigue asimilar y aceptar la nueva situación (su marido ya no será el que era antes del atentado, nos explica), dejándose de presentar los ataques de ira, mejorando significativamente el estado de ánimo y la calidad y tiempo del sueño. Se produce una recuperación de parte del peso perdido (dice volver a poder disfrutar de la comida). Tras la finalización del internamiento de su marido, se reorganiza la conducta de éste, posibilitando así que la comunicación y el tiempo y calidad de actividades familiares, mejore significativamente.

7.2.4. Evaluación Postratamiento

Se han obtenido resultados de la Evaluación aplicada después del tratamiento psicológico, a todas aquellas víctimas y familiares que han recibido asistencia psicológica durante éstos casi cuatro años en la Asociación de ayuda a víctimas del 11-M.

Es importante destacar que el número de sujetos de los que se han obtenido los siguientes resultados, es menor que en el que en un primer momento se obtuvo en la evaluación pretratamiento, (antes de la realización de la intervención psicológica) 40 víctimas directas y 32 familiares, probablemente debido a la tasa de abandono por parte de las víctimas directas y familiares, del tratamiento, como consecuencia de la evitación al dolor ocasionado por el afrontamiento de determinadas situaciones que les haga revivir o evocar la situación traumática.

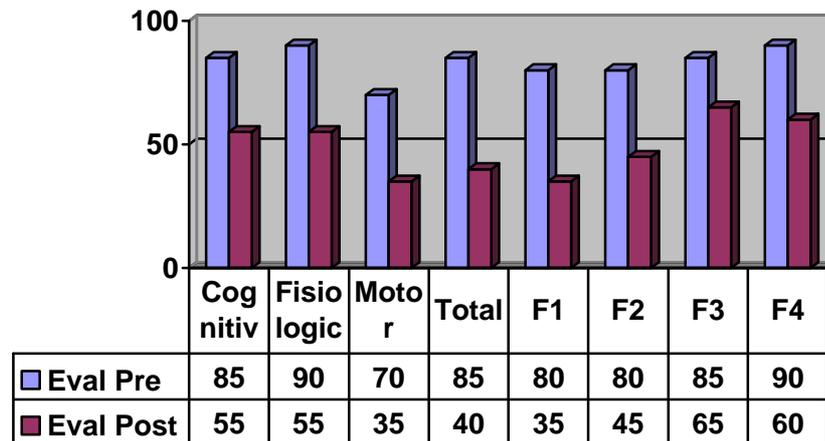
Las conductas de evitación incluyen, en muchos casos, los lugares donde la víctima puede recibir tratamiento, por temor a que se reactiven las emociones asociadas al suceso traumático. De hecho, el contacto con el terapeuta, es vivido en un gran número de casos como una forma de revivir un recuerdo que quiere ser olvidado. Además, muchas víctimas consideran la necesidad de ayuda psicológica como un síntoma de debilidad (Sánchez. 2003).

Se considera de gran relevancia, el hacer mención y el análisis comparativo de ambos resultados (evaluación pre-postratamiento), después de la intervención psicológica realizada desde la Asociación.

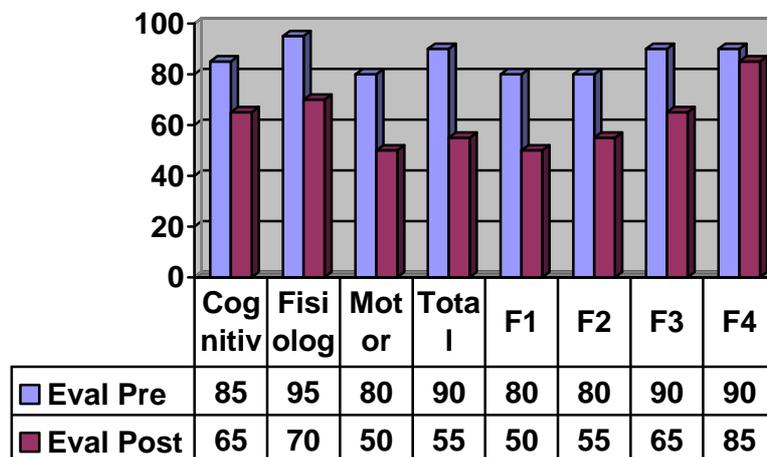
El análisis estadístico de los resultados en el programa SPSS, ha sido global, comparando la evaluación pretratamiento con la evaluación postratamiento del conjunto de víctimas y familiares que habían recibido tratamiento psicológico, diferenciado entre varones y mujeres, de los mismos cuestionarios aplicados con anterioridad en la evaluación pretratamiento (28 mujeres y 44 varones).

- *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad - ISRA* (M.J., Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. 1994)

EVAL PRE-POST- MUJERES- ISRA



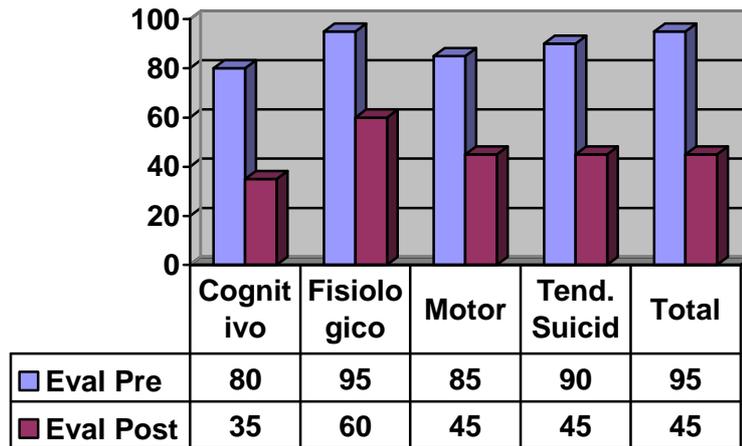
EVALUACIÓN PRE-POST VARONES-ISRA



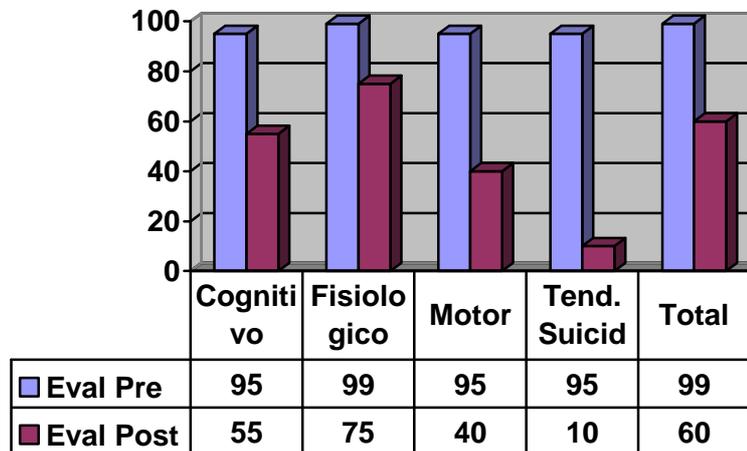
La comparación entre la evaluación pre-postratamiento de ambos sexos, muestra la disminución de ansiedad en todos los sistemas de respuestas y de las situaciones ansiógenas, destacando la dificultad en el caso de los varones en la adaptación a los estresores de la vida diaria (F4).

- **Escala Tridimensional de Depresión- CTD.** (Jiménez García G.I, Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A. 1996)

EVALUACIÓN PRE-POST MUJERES-CTD



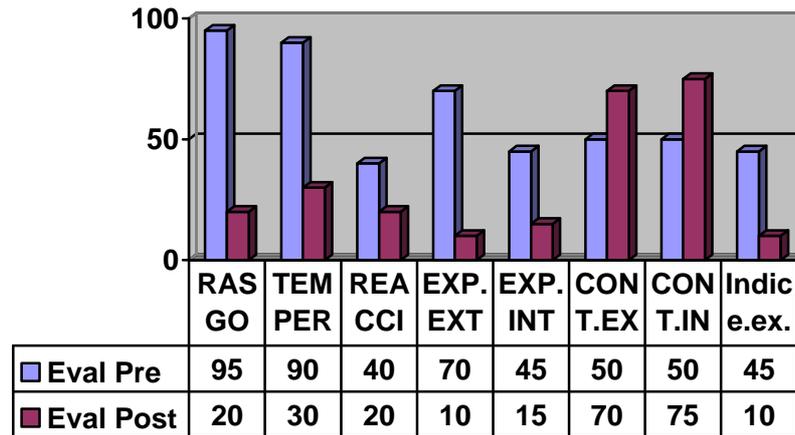
EVALUACIÓN PRE-POST VARONES-CTD



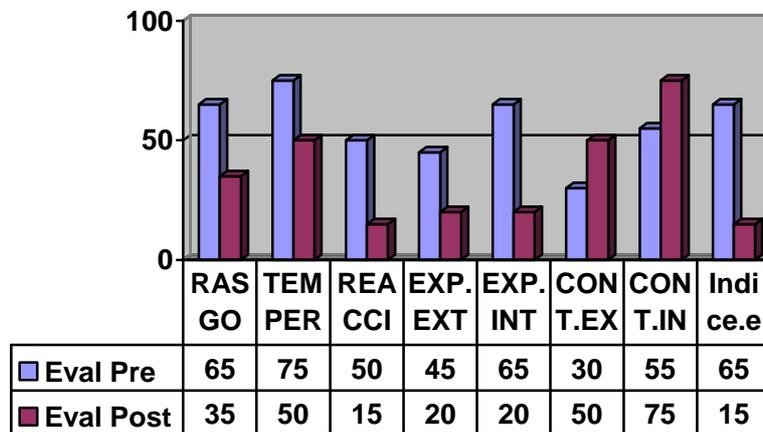
Los resultados obtenidos en la Evaluación de la depresión, muestra una disminución de los tres sistemas de respuesta en ambos sexos, siendo relevante el descenso de los porcentajes a nivel cognitivo y a nivel motor en varones y mujeres.

Es importante destacar, que aunque el porcentaje a nivel fisiológico ha disminuido en varones y mujeres, en el caso de los varones el porcentaje obtenido en la evaluación postratamiento, sigue siendo elevado.

EVALUACIÓN PRE-POST MUJERES- STAXI



EVALUACIÓN PRE-POST VARONES -STAXI



Los resultados obtenidos en la Evaluación de la ira, se observa un descenso en todas las escalas, en especial en Rasgo y Temperamento en mujeres, ya que los porcentajes de la primera evaluación eran los más elevados. En cuanto al control externo e interno de la ira, los porcentajes han aumentado en ambos sexos, en especial en varones, disminuyendo también de forma considerable, la expresión interna de la ira en varones y la expresión externa en mujeres.

CONCLUSIONES

La intervención psicológica realizada a las víctimas directas y familiares del atentado del 11-M en la AAV11M, muestra por un lado, la existencia de pocas diferencias entre varones y mujeres en cuanto a la sintomatología presentada, y por otro lado, las técnicas cognitivo-conductuales aplicadas para la reducción de la ansiedad, depresión e ira, muestran una gran eficiencia.

Se ha podido observar, que aparecen como predictores negativos al tratamiento, la demora en tiempo después de los 2 años de haber ocurrido el atentado terrorista en recibir asistencia psicológica, aparición de TEPT cronificado, el alcance de las heridas sufridas, la sobreimplicación en reclamaciones judiciales y la presencia constante de estresores externos que dificulten la adaptación a la vida diaria.

8. INTERVENCIONES GRUPALES

8.1. Teorías acerca de grupo

Levine y Perkins (1987) describen cinco funciones que cumple este tipo de grupos en el contexto del apoyo social para los que participan de ellos.

a) Promueven el sentimiento psicológico de comunidad, al compartir con otros el problema y compararse entre ellos, la experiencia que antes era personal se convierte en social. Reduciendo el aislamiento social de las personas.

b) Proporcionan una ideología que da significado a las circunstancias particulares de la vida diaria y a las personas que no se ajustan a la norma ideal. Permite obtener una identidad social normalizada, y las estrategias de los grupos se convierten en acciones sociales, promoviendo incluso unos valores sociales para los que forman parte de ellos.

c) Proporcionan una oportunidad para la auto revelación y la crítica mutua. En el grupo se comparten sentimientos y se favorece la solidaridad mutua, lo que facilita la toma de conciencia de su situación que sirve para aprender nuevos comportamientos.

d) Proporcionan modelos de conducta. Las conductas positivas de un miembro sirven de modelo a los demás, los roles de ayudar y recibir, son intercambiables, el que ayuda un día recibe otro día, por tanto la ayuda es recíproca.

e) Proporcionan una red de relaciones sociales. Los que componen el grupo se constituyen en una red de relaciones, un vínculo que llega a ser afectivamente muy importante para sus miembros, ello reduce el aislamiento al que estaban sometidos y también el sentimiento de estigma social que va asociado en muchas ocasiones a determinadas situaciones de enfermedad física o problema social.

Si bien, ésta teoría aporta funciones importantes dentro de los talleres grupales, habría que tener en cuenta los mecanismos psicológicos más frecuentes que se ponen en juego en el proceso de “victimización”, como son la “proyección en” y la

“sobreidentificación” con los sujetos que han sufrido la clase de daño que el grupo no acepta dejar pasar impunemente.

Una de las funciones de la asociación ha sido, detectar las necesidades que presentan las víctimas y familiares pertenecientes a la misma, para así poder elaborar programas específicos para dichas necesidades. El contacto diario desde la asociación con las víctimas y familiares que sufrieron el atentado del 11 de marzo, hace que podamos así acceder a esta detección.

Debido a que las víctimas directas del 11-M, vivenciaron una misma experiencia traumática, tanto los síntomas clínicos específicos, como las consecuencias socio-familiares que se derivan de ella, tienen elementos comunes, facilitando así, la elaboración de programas específicos para ellas, desarrollado en grupos.

Es importante destacar, que la realización de talleres grupales es conveniente hacerlos pasados varios meses de ocurrir los atentados, ya que en los primeros momentos las víctimas necesitan estabilizarse y adaptarse a la nueva situación, evitando la retroalimentación de otros que habiendo vivido la misma experiencia, podrían intensificar el estado de los demás. Después de ese periodo de adaptación, los talleres grupales, tendrían como objetivos la explicación de determinada sintomatología y el compartir ésta con otros.

8.2 Talleres de grupo

Colectivo al que va dirigido el proyecto.

El programa de Intervención Psicológica en víctimas de terrorismo fue ofrecido a todas aquellas víctimas y familiares directos del atentado que pertenecen a la Asociación de Ayuda a las víctimas del 11-M y cuyas demandas implícitas o explícitas han denotado necesidad de atención e intervención psicológica grupal.

Perfil y número de usuarios directos.

- **Perfil:**

El programa de Intervención Psicológica en víctimas de terrorismo fue ofrecido a todos aquellos socios que pertenecen a la Asociación de Ayuda a las víctimas del 11-M.

Edades comprendidas entre los 40-60 años, con el 50% de ellos de sexo femenino y el 50% de sexo masculino.

El nivel socio-económico de la mayor parte de ellos fue medio-bajo.

- **Nº usuarios:**

180 víctimas y familiares han sido objeto de intervención grupal.

8.2.1. APRENDIENDO A CONTROLAR NUESTRAS EMOCIONES Y REDUCIR EL MALESTAR PSICOLÓGICO

Con éste programa, se pretende dotar a las víctimas directas, de estrategias eficaces para controlar todas aquellas emociones (ansiedad, depresión e ira) que producen un desequilibrio en el funcionamiento diario.

Hipótesis del programa.

- Si entrenamos a un grupo de víctimas de terrorismo en un programa de intervención psicológica entonces controlaremos la incertidumbre sobre su sintomatología.
- Si entrenamos a un grupo de víctimas de terrorismo en un programa de intervención psicológica entonces controlaremos y mejoraremos la respuesta emocional negativa reduciendo los niveles de ansiedad, ira y depresión.

Objetivos

Generales

- Dotar de información sobre las emociones implicadas después de producirse los atentados.
- Disminuir la sintomatología negativa y fomentar la positiva.

Específicos.

- Desactivación fisiológica de la ansiedad.
- Modificación de pensamientos negativos y aprendizaje de otros más adaptativos.
- Aprendizaje de conductas asertivas para un mejor desempeño de la relación con los demás.
- Aprender a solucionar problemas de una manera específica y centrada en las ventajas e inconvenientes.
- Mantenimiento y generalización de los resultados alcanzados.

Módulos del programa.

El programa consta de 11 sesiones, distribuidas en 8 módulos:

1. Evaluación.
2. Información.
3. Actividades placenteras.
4. Respiración abdominal.
5. Relajación muscular progresiva.
6. Reestructuración cognitiva
7. Control de ira.
8. Solución de Problemas.

SESIÓN	CONTENIDO DE LA SESIÓN
1	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Presentación: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Objetivos ✓ Calendario de Actividades, Importancia de la evaluación, administración de pruebas
2	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Recogida de pruebas ➤ Charla sobre Estrés, ¿qué es? ¿Por qué lo hemos vivido?
3	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Devolución de resultados ➤ ¿Qué son las emociones?, ¿cuales son las que manifestamos? ➤ Respiración Abdominal
4	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorregistros de la Respiración ➤ Hábitos de vida saludable <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ejercicio físico., Higiene del sueño ➤ Relajación muscular I: ¿Qué es? ¿Cómo se hace?
5	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorregistros ➤ Reestructuración cognitiva. ¿Qué es? ¿Para qué sirve? ➤ Relajación II
6	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorregistros ➤ Reestructuración Cognitiva (II) ➤ Relajación III
7	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorregistros

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Control de ira. ¿Por qué nos enfadamos? ➤ Relajación IV
8	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorregistros ➤ Control de la Ira externo (II) ➤ Relajación V
9	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autorregistros ➤ Solución de problemas I ➤ Aplicación de Cuestionarios
10	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Solución de Problemas (II) ➤ Cuestionarios
11	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Devolución de resultados. ➤ Despedida.

Antes de empezar con el tratamiento propiamente dicho, se comenzó evaluando a los pacientes con las técnicas que se han nombrado con anterioridad y se les explica el Cronograma de los contenidos a tratar en cada sesión.

El programa de tratamiento comienza con un módulo de información sobre el Estrés, en el que se explican las reacciones humanas ante un atentado terrorista. A continuación se desarrolló otro modulo informativo en el que se trataron diversos temas: las variables psicológicas que intervienen en el mantenimiento de la sintomatología negativa, ansiedad, ira y depresión y la importancia de la realización de ejercicio físico, para la mejora de las tres emociones, y la higiene del sueño para el control de aquellas variables que influyen directamente en la dificultad para conciliar o mantener el sueño.

El tratamiento psicológico comienza con la técnica de respiración abdominal que permite una adecuada oxigenación del organismo.

A continuación se realizó el entrenamiento en relajación muscular con la que se pretendió controlar la respuesta de ansiedad especialmente a nivel fisiológico.

El tratamiento grupal, continúa con la técnica de Reestructuración cognitiva en la que se identifica a través de autorregistros y se modifican las preocupaciones y

pensamientos negativos, pudiendo controlar las respuestas de ansiedad y depresión a nivel cognitivo.

Otra de las técnicas empleadas ha sido el control y manejo específico de la ira en el que se entrenaron conductas asertivas y en consecuencia la modificación de pensamientos negativos.

Por último, el programa incorpora la técnica de solución de problemas que se enfoca en la resolución de las dificultades de la vida cotidiana.

8.2.2. TALLER PARA FAMILIARES DE VÍCTIMAS DIRECTAS

FUNDAMENTACIÓN

En el taller de familiares de víctimas del 11M, se ha tenido por finalidad la promoción del bienestar biopsicosocial, así como la prevención de situaciones de riesgo, centrándonos en posibles factores de vulnerabilidad que, por causas sobrevenidas, se puedan producir y traducirse en problemas personales y familiares.

El trabajo se ha centrado en potenciar los recursos de la propia persona para superar las dificultades familiares y en disminuir el malestar psíquico.

Desde este taller no se trata de ofrecer teorías, poco aplicables, si no que aunque las soluciones que se proponen están basadas en sólidos modelos teóricos y en investigaciones, lo que se propone es una ayuda inmediata y eficaz.

Para conseguir tal fin la metodología utilizada se basa en ayudar a las personas a organizarse de tal forma que puedan ser capaces de resolver sus propios problemas, generando cambios en el ambiente social inmediato y en la sociedad en general.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Apoyar a los/as familiares a cuidarse mejor.

Objetivos específicos:

- Orientar a los familiares a entender mejor muchos de los problemas que les preocupan en relación al familiar afectado directamente por el atentado y resolverlos más fácilmente.
- Analizar y reconocer los mecanismos que utilizamos en dicha relación, eliminando los desajustados y potenciando los adecuados a cada situación en concreto.
- Facilitar que los familiares entiendan mejor su experiencia al conocer más sobre otras personas que se encuentran en su misma situación.
- Apoyar para mejorar la calidad de vida y la sensación de bienestar de los/as familiares.
- Manejar diferentes técnicas de relajación corporal y mental.
- Facilitar la comunicación y relaciones interpersonales con los familiares, así como con el grupo de trabajo.
- Potenciar la autoestima y disfrute de la vida diaria.

8.2.3. TALLER DE HABILIDADES SOCIALES EN NIÑOS

OBJETIVOS

- GENERALES
 - Creación de un grupo en el que a través de la interacción de sus miembros, aprendan valores y manejo de situaciones sociales.
 - Detección de problemas específicos en alguno de sus miembros que requiera una asistencia individualizada

- ESPECÍFICOS
 - Reconocimiento y expresión emocional
 - Aprendizaje de técnicas de relajación específicas para niños
 - Dotación de habilidades para el manejo de situaciones sociales
 - Creación de una escala de valores y desarrollo de los mismos

SESIÓN I. **Expresión emocional I.**

Objetivo:

- Aprender a identificar, imitar y expresar las emociones de manera adecuada.

Los niños presentan mayor dificultad que los adultos para la expresión emocional. No disponen de una riqueza verbal para expresar sus sentimientos. Suelen manifestar su malestar con enfado o rabia desproporcionada, dolor de tripa o de cabeza, entre otros. Se trata de ayudarles a reconocer y expresar lo que sienten de manera adecuada.

SESIÓN II. **Expresión emocional II**

Objetivo:

- Expresión de emociones, tanto positivas como negativas.

Aplicación:

Expresión: representación teatral de un cuento, previamente elegido por el psicólogo y de índole popular, que ya les sea conocido, por ejemplo Caperucita. Se irá leyendo en grupo el cuento y se irá representando el cuento por escenas. Al representar cada escena, se hará énfasis en que representen las distintas emociones, tanto positivas, como negativas, que vayan apareciendo.

SESIÓN III. **Expresión emocional III.**

Objetivo:

- Aprender a expresar y reconocer los sentimientos y situaciones de su vida que les provoque cada una de las emociones.

SESIÓN IV. **Respiración - Relajación.**

Objetivos:

- Aprender a respirar de forma adecuada. Que los niños identifiquen cuando están tensos y cuando están relajados, aumentando su conciencia sobre su estado físico y emocional. Facilitarles una herramienta para esas situaciones de estrés.

Información conceptual:

La respiración abdominal activa el sistema nervioso parasimpático. El resultado de esta activación será una reducción de la tensión muscular, disminución de la sensación de ansiedad, mayor oxigenación y reducción de la fatiga. Con la práctica conseguiremos menores niveles de activación en periodos, o ante situaciones de estrés.

Mediante la relajación muscular tomamos conciencia de nuestro cuerpo. Aprendemos a distinguir cuando nuestros músculos están tensos, para así poder relajarlos. Obtendremos pues un resultado aún mayor sobre la tensión y la ansiedad. Será especialmente aconsejable en niños que sean muy movidos, que tengan problemas para conciliar el sueño, que tengan frecuentes rabietas, problemas de atención, o que se encuentren viviendo en una situación de estrés continuado.

Aplicación:

- Entrenamiento en control de respiración.
- Procedimiento de relajación muscular de Koeppen

SESIÓN V. Autoestima.

Objetivo:

- Hacer que los niños se sientan mejor con ellos mismos y con los demás.
Que aprendan a reconocer sus cualidades.
- Que puedan sentirse queridos, valorados y capaces de hacer las cosas por ellos mismos.
- Que aprendan cómo hacer que los demás se sientan bien.

Información conceptual:

El desarrollo de la autoestima durante la infancia, determinará la forma en que actuarán y se sentirán el resto de su vida. Los niños no nacen con sentimientos positivos o negativos acerca de ellos mismos, sino que los van aprendiendo de las cosas que les suceden. La autoestima es el conjunto de sentimientos y pensamientos que tenemos de nosotros mismos.

SESIÓN VI. Valores.

Información conceptual:

Los valores morales acercan al hombre a su calidad humana como persona. La transmisión de estos valores se hace imprescindible para el establecimiento de relaciones personales de calidad, con nuestro entorno, familia, amigos, facilitando una comunicación abierta, honesta, con respeto y tolerancia hacia los demás y hacia nosotros mismos. ``Vamos a aprender cómo tratar a los demás y cómo queremos que nos traten a nosotros.``

SESIÓN VII. Cooperación.

Objetivo:

- Aprender la importancia del trabajo en equipo, de la ayuda mutua, para conseguir un objetivo común. Se enfrentarán al proceso de toma de decisiones común, prestando mucha atención al turno de palabra y respeto mutuo.

SESIÓN VIII. **Empatía y Tolerancia.**

Objetivos:

- Que los niños aprendan a ponerse en el lugar de otro.
- Que aprendan la importancia de convivir con niños diferentes a ellos en algún sentido.

Aplicación:

3 historietas. Refuerzo después de cada una en función de la participación.

EJEMPLO

Estamos en el colegio. Un nuevo niño ha llegado a clase. No es de nuestro país. Habla algo raro. Su color de piel es algo distinto. Llega la hora del recreo. Brian está sólo sentado en el patio y nadie quiere acercarse a él.

- ¿Cómo se sentirá?
- ¿Qué podrá estar pensando?
- ¿Qué pensarán los niños de él?
- ¿Qué podríamos hacer si fuéramos uno de esos niños?
- ¿Qué podría hacer Brian? (acercarse, preguntar si puede jugar, compartir su merienda con algún niño)

SESIÓN IX. **Amistad y Respeto.**

Objetivo:

- Reflexionar sobre lo que es la amistad. Qué significa y qué podemos hacer para crear amistades de calidad.

SESIÓN X. Solución de problemas.

Objetivo:

- Que el niño sea capaz de solucionar problemas y tomar decisiones, manejando distintas alternativas cuando se enfrenten a una situación problemática

RESULTADOS

En el taller infantil, mediante juegos dinámicos se pudo ir observando como se iban integrando los objetivos, según las consignas que se fueron dando.

CONCLUSIONES

La experiencia obtenida a través de la realización de talleres grupales, es sin duda satisfactoria, en tanto en cuanto se puede observar la evolución de cada uno de los miembros del grupo. Es importante tener en cuenta que estos talleres son demandados por los propios padres de los niños. Mediante los talleres realizados es posible hacer un seguimiento más de cerca de cada uno de los niños y de la dinámica familiar que mantienen después del atentado. Por tanto, es importante la realización de estos talleres tanto por los resultados beneficiosos de los mismos, como por la sensación de contención y apoyo que se genera en el núcleo familiar.

9. PROCESO JUDICIAL POR LOS ATENTADOS DEL 11-M

Es importante destacar con la llegada del juicio en el mes de Febrero de 2007, la aparición de la posible llamada victimización secundaria. Es decir, la victimización primaria deriva directamente del atentado y la secundaria de la relación posterior entre la víctima y el sistema jurídico-penal, es decir la inadecuada gestión institucional puede contribuir a agravar el daño psicológico, cronificando las secuelas del atentado (Echeburúa, E 2005)

El juicio oral, celebrado mucho tiempo después, produce que las víctimas se vean obligadas a revivir el hecho traumático en público y para muchas de las víctimas, va a suponer una reactualización del trauma y una posibilidad de generar sentimientos de indefensión y desamparo (Echeburúa, E 2005).

Otras fuentes de victimización secundaria, son los medios de comunicación. Las noticias de nuevos atentados, la emisión de imágenes constantes sobre el atentado y el contenido de las mismas, constituye una fuente adicional de victimización.

Por todo esto, desde la Asociación, se ha realizado una Preparación Psicológica Previa al Juicio, para todas las víctimas que quisieran asistir al mismo, ayudando así, a canalizar emociones negativas, reajustar expectativas y aportar herramientas para que pongan en práctica durante todo el proceso judicial, con el objetivo de disminuir el malestar producido por el mismo.

9.1. ACTIVIDADES REALIZADAS:

9.1.1. Taller grupal de preparación psicológica.

El objetivo principal, será expresar, compartir y afrontar las preocupaciones que puedan surgir, aportando las herramientas necesarias para manejar las emociones y los pensamientos negativos que pudieran surgir durante la asistencia al juicio.

Evaluación.

Previa a la realización del taller grupal, se realiza una evaluación individualizada a las víctimas interesadas en acudir al juicio, mediante un Cuestionario elaborado desde la Asociación de Ayuda a víctimas del 11-M que, entre otros aspectos, recoge criterios diagnósticos DSM IV para TEPT, depresión, ataques de pánico y abuso de sustancias, así como problemas cardiovasculares (arritmias, hipertensión, etc.) relacionados con trastornos psicofisiológicos. El objetivo de esta evaluación, es detectar y prevenir la doble victimización, característica de los procesos judiciales, evitando así la cronificación de las alteraciones anteriormente mencionadas.

CUESTIONARIO BIOGRÁFICO

1. DATOS GENERALES

Nombre y Apellidos _____

Dirección _____

Nº De Teléfono _____

Edad _____

Nacionalidad _____

Reconocimiento como víctima _____

Ocupación _____

¿Ha estado de BAJA? _____

¿Se encuentra de Baja en la actualidad? _____

¿Con quién está viviendo actualmente? _____

¿En la actualidad cómo considera el apoyo familiar que recibe?

Estado civil (subrayar opción):

Soltero-comprometido-casado-casado por 2ª vez- separado-divorciado-viudo.

¿Por qué quiere asistir al juicio? _____

2. DATOS CLÍNICOS

¿Ha recibido alguno de los siguientes tratamientos en el transcurso de éstos 3 años?

Psicológico

Psiquiátrico

¿En la actualidad está recibiendo alguno de los siguientes tratamientos?

Psicológico

Psiquiátrico

Subraye cualquiera de los siguientes síntomas que se apliquen a usted en alguna situación:

Palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de ahogo, opresión o malestar en el pecho, náuseas o molestias abdominales, mareo o desmayo, sensación de irrealidad, despersonalización (estar separado de uno mismo), miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, sensación de entumecimiento u hormigueo, escalofríos o sofocaciones

¿Fuma?_____ En caso afirmativo, ¿cuántos cigarros al día?_____

¿Bebe alcohol?_____ En caso afirmativo, ¿cuánto al día?_____

¿Consume fármacos?_____ ¿Cuáles?_____

Marque con una "X" cualquiera de los siguientes síntomas que se apliquen a usted

Recuerdos del acontecimiento constantes, que provocan malestar

Sueños de carácter constante sobre el acontecimiento.

Sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, flashback)

Malestar psicológico intenso al exponerse a situaciones que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

Respuestas fisiológicas (taquicardias, sudoración, ahogo, etc) al exponerse a situaciones que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

Evitación persistente de las situaciones asociadas al trauma: (**marque con X**, las opciones correspondientes a su caso)

<input type="checkbox"/>	Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
<input type="checkbox"/>	Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
<input type="checkbox"/>	Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
<input type="checkbox"/>	Reducción acusada del interés o la participación en actividades que antes eran importantes
<input type="checkbox"/>	Sentimiento de aislamiento por parte de los demás
<input type="checkbox"/>	Sensación de tener menos sentimientos que antes del trauma.

Aumento de la activación física: (**marque con X**, las opciones correspondientes a su caso)

<input type="checkbox"/>	Dificultades para conciliar o mantener el sueño
<input type="checkbox"/>	Irritabilidad o ataques de ira
<input type="checkbox"/>	Dificultades para concentrarse
<input type="checkbox"/>	Hipervigilancia (vigilar en exceso lo que le rodea)
<input type="checkbox"/>	Respuestas exageradas de sobresalto (ante ruidos, etc)

Marque con una "X" en el cuadrado correspondiente, si cada uno de los síntomas que aparecen a continuación se ha repetido durante 2 semanas consecutivas.

- Tristeza durante casi todo el día.
- Falta de interés en actividades que antes proporcionaban satisfacción
- Falta de atención y de concentración
- Pérdida o aumento de peso.
- Problemas de sueño, que a menudo hacen que se despierte muy temprano, y con la sensación de que el sueño no ha sido reparador.
- Cansancio durante casi todo el día.
- Disminución del impulso sexual.
- Sentimientos de inutilidad o de desesperanza
- Sentimientos de culpabilidad o de vergüenza
- Ideas de suicidio.

3. AUTODESCRIPCIÓN.

Describa lo más amplia y sinceramente posible a usted mismo y cómo cree que le ven los demás:

Es necesario tener en cuenta que la celebración del juicio puede suponer para algunas víctimas la posibilidad de "cerrar" las heridas y concluir con una etapa, pero para muchas de ellas, supone una reactualización del trauma, y una posibilidad de generar sentimientos de indefensión y desamparo y por tanto, provocar la llamada segunda victimización (Echeburúa, E 2005).

Además, se exploraba la motivación que presentaban para acudir y las expectativas que tenían con respecto al proceso judicial. Una vez recabada toda esta información, se realizaba la devolución de los resultados en los casos en los que se cumplieran algún tipo de criterio diagnóstico, evaluado con anterioridad.

La recomendación terapéutica, cumpliendo criterios diagnósticos del DSMIV, sería la realización de actividades placenteras durante todo el proceso judicial, continuar o empezar con una intervención psicológica individualizada y la recomendación de no acudir al juicio, en caso de padecer riesgo de un agravamiento psicopatológico.

Contenido de las sesiones de la preparación psicológica.

SESIONES DE PREPARACIÓN.

Para la realización de la Preparación Psicológica Previa al Juicio, fueron organizados diferentes grupos, donde se aportó el material de trabajo pertinente. Se llevan a cabo varias sesiones consistentes en los siguientes puntos:

1. *Puesta en común de las motivaciones que presentan para acudir al juicio.* La principal motivación que se ha presentado en el caso de las víctimas directas, ha sido conocer la información de primera mano y en el caso de los familiares de fallecidos, la representación del familiar que perdieron en los atentados.

2. *Puesta en común de las expectativas.*

a) Valorar sus expectativas. Los integrantes del grupo elaboraron una lista con respecto a: lo que esperan del proceso judicial, lo que piensan que van a oír y a ver, lo que creen que va a durar, y cómo creen que les podría afectar acudir al juicio.

Toda esta información permite detectar los posibles errores cognitivos, así como preocupaciones relevantes, que los miembros del grupo presentan. Cada punto se trata y se reajusta a la realidad, con la información específica que se presenta a continuación.

b) Información relativa al proceso judicial y contexto para adecuar las expectativas anteriores y ajustarlas a la realidad.

Se realiza una descripción verbal de la disposición de la sala de la Audiencia Nacional, aportando fotos, esquemas explicativos sobre la colocación de los imputados, la colocación de los abogados y de los espacios habilitados para ellos en la sala. Se explican también otros aspectos relevantes, como la duración del proceso judicial, las fases del mismo (declaraciones de los acusados, testificaciones, presentación de pruebas, lectura de las conclusiones definitivas, etc.), haciendo hincapié en cuáles serían los momentos del juicio de mayor implicación emocional, como por ejemplo la presentación de determinadas pruebas, imágenes de los videos de los trenes, y determinadas testificaciones.

c) Medios de comunicación

Una parte importante que se debe tener en cuenta, a la hora de manejar las expectativas del grupo, con el fin de crear un contexto ajustado a la realidad, es la implicación de los medios de comunicación en la emisión de imágenes y comentarios que se iban a producir diariamente. Se realizaron diversas recomendaciones, con el propósito de evitar una posible intensificación del trauma. Era previsible que a raíz del juicio se reactivara un despliegue de medios, donde fueran emitidas de nuevo imágenes sobre el atentado y reportajes especiales. La recomendación fue encaminada hacia que recabaran la información necesaria para estar informados, evitando, una sobreexposición a imágenes e información, como modo de prevención de una segunda victimización.

Una vez que es aportada la información detallada del juicio, se procede a la revaloración o reajuste de las expectativas anteriores, para observar las variaciones en las mismas y las nuevas motivaciones y emociones que se puedan presentar como consecuencia de la *reducción de la incertidumbre*.

3. Valorarse y reforzarse. Cada miembro del grupo debe ser consciente del esfuerzo personal que supone acudir al juicio. En este punto se procede al aprendizaje de Autoinstrucciones positivas, generando un autodiálogo interno para reforzarse positivamente. Mediante varios ejemplos, se muestra cómo crear éstas autoinstrucciones y el consiguiente autodiálogo positivo, como herramienta para utilizar, antes, durante y al finalizar las sesiones judiciales.

4. Expresión y manejo de la ira: El sentimiento de ira, es común a la mayoría de las víctimas que han sufrido un atentado terrorista, así como entre las víctimas que han perdido un familiar, conjunto con otros sentimientos como la ansiedad y la depresión. Ante un proceso judicial, donde las víctimas van a posicionarse cara a cara con los acusados en una misma sala, es necesario dotarles de herramientas específicas para manejar esta emoción durante el proceso.

Las técnicas utilizadas para el control y la prevención de la ira, fueron las siguientes:

Durante el juicio. Estrategias que pueden utilizar:

a) ``Tiempo fuera``. Una vez se detecta que la ira comienza a no poder ser manejada adecuadamente por la víctima, se retira a la persona de los estímulos que están reforzando el mantenimiento del sentimiento de ira (como pueden ser la sala, los imputados, los comentarios, etc.), acompañándole fuera de la sala, por un tiempo determinado. Esta estrategia pudo ser realizada en un espacio habilitado para los psicólogos intervinientes, dentro de la Audiencia Nacional.

b) ``Respiración abdominal.`` Cuando un sujeto experimenta la emoción de la ira, se produce en el organismo, un incremento de la activación fisiológica como: el aumento de la tasa de la respiración, aceleramiento cardíaco y aumento de la tensión arterial, entre otros. El objetivo de esta técnica, es aprender a controlar tanto la activación fisiológica como los pensamientos negativos correlativos a esta emoción, de manera que la persona pueda ejercer una autorregulación tanto física como emocional de sí mismo, en una situación determinada.

- I. Elaboración de una Lluvia de ideas, sobre las principales actividades agradables y placenteras, a desarrollar durante todo el proceso judicial para evitar la saturación informativa en medios de comunicación. Cada miembro del grupo expresa aquellas actividades que les resulten agradables. Al finalizar esta lluvia de ideas, se pretende, que cada miembro del grupo tenga escogidas varias alternativas de actividades, ajustadas a su situación particular, para ponerlas en práctica a lo largo de todo el proceso.
- II. Manejo de los hábitos de vida saludables: se explica el modo de planificar y mantener adecuadamente hábitos fundamentales para la salud física y mental como son el sueño, la alimentación y el ejercicio físico.

5. *Técnica de Respiración abdominal*, para ponerla en práctica antes, durante y después del juicio y así disminuir la activación fisiológica producida por la ansiedad. El objetivo es que se aprenda a autorregular esta activación. Es de relevancia tener en cuenta, que en el momento en que la ansiedad es reducida, tanto los pensamientos como las emociones negativas disminuirán a su vez. Por tanto, el correcto aprendizaje de esta técnica, es muy importante a la hora de afrontar la ansiedad que un proceso judicial puede suscitar en una víctima del terrorismo.

Objetivos específicos de la Preparación Previa al Juicio.

Ajustar las expectativas y adecuarlas a la realidad
Explorar las motivaciones que tiene cada uno de ellos para asistir al proceso.
Favorecer la expresión de emociones ante la llegada del juicio.
Valorar y reforzar su capacidad para afrontar la situación
Normalizar la presencia de sentimientos negativos durante todo el proceso.
Establecer un contacto agradable y tranquilizador que aumente la sensación de apoyo a través de nuestro asesoramiento y compañía física.

PREPARACIÓN PSICOLÓGICA. MATERIAL PARA EL TALLER.

1. Exploración de motivaciones para acudir al juicio. Exponga cuáles son sus motivos para acudir al proceso judicial.

2. Ajustar expectativas

a) Valore sus expectativas:

Solución de problemas:

- ¿Qué espera del proceso judicial?

- ¿De lo que va a oír?

- ¿De lo que va a ver?

- ¿De lo que va a durar?

- ¿Cómo cree que le podría afectar el juicio? _____

- Valore de 0 a 10 cómo se va a sentir: ____

c) Información relativa al proceso judicial y contexto del mismo:

- Descripción verbal de la Audiencia Nacional
- Duración del juicio
- Procedimiento:
- ¿Tiene alguna duda al respecto?, ¿Quiere hacer alguna pregunta?

d) Revaloración de las expectativas:

Solución de problemas:

- ¿Qué espera del proceso judicial?
- ¿De lo que va a oír?
- ¿De lo que va a ver?
- ¿De lo que va a durar?

- d) Cogemos aire por la nariz y sacamos tripa otra vez, inmediatamente después llevar el aire al pecho, por lo que se movería la mano situada en la zona, se mantiene 3 segundos el aire y se expulsa por la boca. Repetimos hasta conseguir que en la misma inspiración primero se mueva el abdomen y luego el pecho.

Con la práctica ya no hará falta poner las manos, saldrá automático y se generalizará a todas las situaciones que necesitemos

9.1.2. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DURANTE EL JUICIO

Acompañar a la víctima y a la familia a la Audiencia Nacional, procurando mantener una interacción continua con ellos mediante la proximidad física y la comunicación verbal constante.

○ **Objetivos**

- Detectar cualquier signo que implique aumento de la tensión o posibilidad de pérdida de control por parte de la víctima o de alguno de sus familiares. Prestar atención a los signos somáticos de ansiedad (sudoración, tensión muscular, temblor, etc) e intervenir de forma inmediata, verbalmente con palabras de apoyo y tranquilizadoras y si es necesario emplear la técnica de respiración abdominal.

- Realizar ejercicio continuo de empatía y escucha activa.

Escucha activa: Asumir una postura activa. Mantener contacto visual. Producir indicadores verbales y no verbales de que se está escuchando. No interrumpir.

Empatizar: Utilizar expresiones verbales como "entiendo lo que dices, lo que sientes."

- Valorar y reforzar su capacidad para afrontar la situación. Sirve para animar y ampliar la conciencia respecto a las posibilidades de la víctima.

- Normalizar la presencia de sentimientos negativos durante todo el proceso

- Aclarar cualquier duda que surja respecto al desarrollo del procedimiento, o la identificación de los asistentes

- Durante el juicio además del acompañamiento a la víctima y familiares a la Audiencia Nacional, se han realizado talleres grupales mensuales, para la expresión y manejo de emociones positivas y negativas que pudieran ir surgiendo a lo largo del proceso judicial.
- Además, durante el juicio se han realizado intervenciones individuales a aquellas víctimas que, o bien lo han solicitado por la reactualización de recuerdos y emociones sobre el atentado, o bien se ha tenido que reforzar en pacientes que ya se encontraban recibiendo asistencia psicológica y se ha visto agudizada la sintomatología.

9.1.3. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DESPUÉS DEL JUICIO

Talleres grupales

Los talleres se han desarrollado en torno a la mejora de la calidad de vida y por ello, se ha considerado importante analizar y evaluar, con un Cuestionario elaborado desde la Asociación, cómo se han encontrado las víctimas y los familiares, los meses en los que se ha celebrado el juicio: si han asistido, si lo han seguido por los medios de comunicación y analizar qué áreas de su vida pueden haber abandonado por la sobreexposición al juicio, como: la familia, el trabajo, los amigos, la salud y el cuidado de uno mismo, y así mejorar y aportar pautas para obtener el apoyo social y familiar necesario, después de haber vivido una situación traumática.

La duración del taller ha sido realizada en cuatro sesiones, dedicando la última, a la preparación para la sentencia que tuvo lugar en esas fechas.

El objetivo de la realización de talleres grupales post-juicio, es la identificación y mejora de las diferentes áreas de la vida: familia, trabajo, relaciones sociales, cuidado de uno mismo y hábitos de vida saludables, que pueden haberse visto alteradas después el atentado y durante el juicio.

La primera sesión se dedica a evaluar las diferentes áreas (familia, trabajo, relaciones sociales, cuidado de uno mismo y hábitos de vida saludables) para obtener información en cuanto al grado de afectación que el juicio ha podido tener en sus vidas.

En la segunda sesión, se realiza devolución de resultados del Cuestionario aplicado, en el que se refleja en un diagrama las áreas que mayor puntuación han obtenido en cuando a déficit o exceso de atención en cada una de ellas (juicio, trabajo, familia, relaciones sociales, cuidado de uno mismo, hábitos de vida saludables).

En la tercera y cuarta sesión se aplican pautas para el manejo y mejora de las diferentes áreas evaluadas, para posteriormente realizar la preparación de la sentencia, consiguiendo así, en la medida de lo posible, estabilización y soporte de cara a la resolución y posterior a la sentencia.

CUESTIONARIO

MEJORANDO NUESTRA CALIDAD DE VIDA

JUICIO 11-M

1. He prestado atención a las noticias emitidas en televisión, radio y/o prensa acerca del juicio del 11-M.
2. En estos últimos 8 meses, he hablado con mi familia y/o amigos acerca del juicio del 11-M.
3. Dedico tiempo a pensar sobre lo que ha sucedido en el juicio.
4. Me altero cuando mantengo conversaciones relacionadas con lo que ha acontecido en el juicio.
5. Me preocupa el resultado de la sentencia.
6. No me encuentro satisfecho con cómo ha transcurrido el proceso judicial.
7. Durante los últimos 8 meses mi estado de ánimo se ha visto alterado a causa del proceso judicial.
8. Creo que el resultado de la sentencia me afectará, si no se cumple lo que yo esperaba del proceso judicial.

TRABAJO

En caso de haber realizado algún trabajo en **el último año**, conteste a las siguientes preguntas.

9. Me cuesta concentrarme a la hora de realizar mi trabajo.
10. Noto que mi rendimiento ha disminuido en mi trabajo.
11. Noto cansancio físico- mental.
12. He llegado a pensar querer abandonar mi trabajo.
13. El trabajo ocupa la mayor parte de mi tiempo.
14. Me produce satisfacción el trabajo que realizo.
15. Me siento a gusto con las personas que me rodean en el trabajo.
16. Me siento estresado en el trabajo.
17. He tenido que cambiar de trabajo o darme de Baja en el último año por tener dificultades físicas o emocionales para desempeñarlo.
18. El trabajo me ayuda a distraerme y desconectar de mis problemas.

FAMILIA

19. Creo pasar poco tiempo con mi familia.
20. Siento que la comunicación familiar se ha visto alterada en el último año.
21. Siento que mi familia no me comprende.
22. Me enfado fácilmente con mi familia.
23. Me siento más distante o alejado de mi familia.
24. Noto que discuto más que antes con los familiares más cercanos.
25. Cuando aparece algún conflicto, lo resolvemos con éxito
26. Me cuesta expresar lo que siento a los miembros de mi familia
27. Me muestro paciente cuando algún miembro de mi familia me irrita con sus acciones o con sus palabras.
28. Las experiencias pasadas vividas, nos han unido más.

RELACIONES SOCIALES

29. Salgo menos que antes con mis amigos.
30. Hablo menos que antes con mis amigos.
31. Me siento menos comprendido por mis amigos.
32. Prefiero pasar más tiempo sólo que acompañado.
33. Me cuesta participar en las conversaciones cuando estoy con un grupo de gente.
34. Cuento con amigos en los que confío y me apoyan.
35. Noto que disfruto menos que antes con mis amigos.
36. Me cuesta mantener la paciencia cuando alguien expone una idea diferente a la mía.
37. Me encuentro incómodo en lugares donde hay mucha gente.
38. Evito situaciones con grupos de personas por sentirme nerviosos y/o agobiado.

CUIDADO DE UNO MISMO

- 39. Pienso antes en las necesidades de los demás que en las mías.
- 40. Después de finalizar las responsabilidades diarias, dedico poco tiempo a realizar actividades que me resultan placenteras.
- 41. Me arreglo menos que antes.
- 42. Veo más mis defectos que mis virtudes.
- 43. Me cuesta tomarme con humor los contratiempos o dificultades que puedan presentarse en la vida diaria.
- 44. Me cuesta tomar decisiones por miedo a equivocarme.
- 45. Cuando alguien me critica, me afecta.
- 46. Me irrito con facilidad.
- 47. Siento que he realizado un buen trabajo cuando alguien me da su aprobación
- 48. Me siento inferior a los demás

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

- 49. Hago menos de tres comidas al día.
- 50. Me sorprendo comiendo compulsivamente en algunos momentos del día.
- 51. Tengo dificultades para conciliar el sueño.
- 52. Me despierto con facilidad durante la noche.
- 53. Realizo algún tipo de ejercicio físico durante la semana.
- 54. En la actualidad tomo algún tipo de medicación. Especifique cuales:

- 55. Consumo algún tipo de bebida que contenga alcohol durante más de tres días a la semana.
- 56. Tengo dolores musculares tales como, dolores de cabeza, de cervicales y espalda.
- 57. Tengo molestias abdominales tales como malas digestiones, úlceras, colon irritable, hernias de hiato, etc.
- 58. Padezco mareos, taquicardias, sudoraciones o sensación de ahogo.

Técnicas de intervención en cada área

En las siguientes sesiones, se aportan pautas para cada una de las áreas.

Área Trabajo

- Técnicas de respiración abdominal
- Realización de Actividades placenteras después del trabajo
- Técnicas de inoculación al estrés.

Área Familia

- Habilidades de comunicación: expresión emocional y técnicas asertivas en relaciones de pareja e hijos.
- Planificación del tiempo de ocio y tiempo libre con la familia.
- Role- playing.

Área Relaciones sociales

- Habilidades de comunicación: Técnicas asertivas para iniciar y mantener conversaciones
- Hacer y recibir críticas
- Motivación para crear iniciativa en la organización de planes.
- Role-playing

Área Cuidado de uno mismo

- Reestructuración cognitiva: juegos dinámicos para el desarrollo de la autoestima.
- Autoinstrucciones positivas
- Planificación de actividades placenteras.
- Fomentar sentido del humor.

Área Hábitos de vida saludables

- Información sobre como llevar una dieta equilibrada.
- Higiene del sueño.
- Planificación de Ejercicio físico.

En la última sesión, el contenido se centra en la preparación psicológica para la sentencia que tendrá lugar en pocas semanas. Se recoge las preocupaciones y expectativas en cuanto a la resolución, y se refuerza la realización de las pautas de las sesiones anteriores para que obtengan el apoyo necesario de su red social y familiar y la mejora de la autoestima.

Objetivos de la preparación para la sentencia.

- Ajustar las expectativas y adecuarlas a la realidad
- Explorar las motivaciones que tiene cada uno de ellos para asistir a la Audiencia Nacional el día de la sentencia.
- Favorecer la expresión de emociones.
- Valorar y reforzar su capacidad para afrontar la situación.
- Normalizar la presencia de sentimientos negativos.
- Establecer un contacto agradable y tranquilizador que aumente la sensación de apoyo a través de nuestro asesoramiento y compañía física.
- Readaptación a la vida diaria.

CONCLUSIONES DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA REALIZADA A LAS VÍCTIMAS Y FAMILIARES DURANTE EL JUICIO.

- Se ha podido comprobar cómo la sobre-exposición, a medios de comunicación en cuanto a imágenes, contenidos, y la asistencia al juicio, ha contribuido al agravamiento, en algunos casos, del malestar psicológico tanto en víctimas que se encontraban ya realizando una intervención psicológica, como en los que no la realizaban y a raíz del juicio han necesitado dicha intervención.
- Las víctimas que han reducido el tiempo de exposición a medios de comunicación y a la asistencia al juicio, se ha podido comprobar que han dedicado más tiempo a realizar actividades placenteras solos y acompañados, y les ha aportado mayor estabilidad emocional.
- La realización de los talleres de preparación psicológica previa al juicio, taller grupal durante el juicio, y la preparación para la sentencia, han tenido óptimos resultados no sólo ya a modo de intervención en relación a lo no aparición de crisis durante todo el proceso judicial, sino también como modo de exploración de las necesidades y de prevención en cuanto a la aparición de sintomatología negativa. Durante la intervención, la expresión emocional en los diversos talleres ha sido de vital importancia, para que las víctimas pudieran afrontar de forma adecuada, el proceso judicial.

10. MEDIOS DE COMUNICACIÓN.

Los atentados terroristas del 11 de marzo de 2004 en Madrid no tienen comparación con otros atentados sufridos por la sociedad española en el pasado. La magnitud de la tragedia, en la que de forma indiscriminada fueron asesinadas 192 personas y otras 1849 resultaron heridas, forma ya parte de nuestro recuerdo colectivo. En una sociedad democrática, que prima la libertad de expresión como valor fundamental, son los medios de comunicación los responsables de transmitir información al público. En este caso, el límite de su actuación debe estar en el honor y en la intimidad de la víctima. Conjugar esto último con la información veraz a la que tiene derecho la sociedad no es una tarea sencilla pero tampoco irrealizable. Sin embargo, sería injusto no admitir que los medios de comunicación, en su tarea de difusión, contribuyen a las **necesidades de las víctimas** a lo largo del tiempo. Por eso hay que ser conscientes de la relación de doble sentido que se produce entre los medios y las víctimas. Aunar intereses en beneficio de la sociedad.

En un plano temporal podemos diferenciar a:

Corto plazo (primeras 24 horas tras el atentado)

- Información práctica a la sociedad
- **Dónde , cuándo y cómo** se ofrece asistencia e información
- Difusión de guías de autoayuda: normalización
- Apoyo social en la transmisión de empatía y concienciación con las víctimas

Medio plazo (primeros meses transcurridos los atentados)

- Coordinación de agencias para evitar duplicidad informativa que induzca a error
- Sistema de contacto con organizaciones e instituciones de ayuda que contribuyan a la normalización.
- Difusión de programas de ayuda para las víctimas

- Especial cuidado en homenajes y nuevas noticias: evitar reactivación de síntomas en la emisión de imágenes
- Apoyo social y solidario con las víctimas

Largo plazo

- Evitar el olvido de la sociedad: Servir de portavoces de “la voz de las víctimas”
- Especial cuidado en homenajes: evitar reactivación de síntomas en la emisión de imágenes. Las más reales e impactantes han quedado en el corto plazo.
- Apoyo social: Permanece el recuerdo de lo sucedido

Los atentados de Madrid siguen reflejándose en la prensa. Por su magnitud, el 11M, no deja de ser noticia. Días después de dictarse sentencia han surgido nuevas actuaciones judiciales, revelaciones periodísticas, publicaciones relacionadas con el juicio.... Es normal, un hecho tan complejo tiene una continuidad informativa en el tiempo en la medida en que es noticia.

A lo largo de la experiencia de la Asociación hemos previsto las posibles **puntas informativas** que podían darse en fechas concretas. En los distintos plazos temporales se han sucedido detenciones, explosiones, aniversarios, comienzo del juicio, día de la sentencia... Algunas de estas puntas informativas pueden producir una **sobre-exposición mediática** de las víctimas al ser requerida masivamente sus opiniones. Por eso, conociendo de antemano cómo funcionan los medios de comunicación hemos actuado en beneficio de nuestras víctimas y atendiendo, en lo posible, a todos los medios nacionales y extranjeros que nos han requerido.

Así, a la demanda de entrevistas hemos escuchado la opinión de los psicólogos y con su visto bueno se ha contactado con la víctima para concertar el encuentro. Si la víctima no quiere participar, nos hemos convertido en su portavoz frente al medio solicitante y hemos transmitido la negativa de la víctima a la entrevista.

Los periodistas siempre han mostrado su comprensión con nuestra postura. De la misma forma, cuando nos ha sido posible hemos ofrecido alternativas para el cometido de su función, conscientes de la importancia de la labor informativa.

Por otro lado, si la víctima accede, informamos del contenido de la entrevista y del formato. Conocer de antemano las pretensiones del periodista nos permite preparar a la víctima si se pretende un relato personal y evitar así que surjan preguntas desagradables que puedan perturbar al entrevistado. Concertada la cita, asistimos para acompañar a la víctima y supervisar lo acordado. El comportamiento de los profesionales siempre ha estado a la altura de lo esperado.

Sintetizando brevemente nuestra experiencia hemos establecido unas pautas de actuación que hemos tratado de compartir con las víctimas para que conozcan cómo funcionan los medios de comunicación y cuál puede ser la mejor forma de actuar al respecto.

- La distinta percepción del dolor y la empatía tiene que ser puesto de manifiesto con los entrevistadores. Entrevistar a una víctima del terrorismo debe de incluir un plus de sensibilidad
- La evolución legal y social del tratamiento de la información y de la libertad de expresión, como derecho fundamental en los sistemas democráticos, nos muestra que es imposible limitarlos. Tampoco es esa una exigencia de las víctimas pero sí se puede pedir que la información o la emisión de imágenes no exceda del “sentido común” de los profesionales de la información
- Evitar guerras de medios que lleven a la desinformación. La falta de información sobre el avance de las investigaciones desorientan a las víctimas y perjudican su recuperación. En este sentido la no filtración de la sentencia constituye un éxito para las víctimas. Una guerra de quinielas sobre las penas de los imputados o su posible puesta en libertad no hubiera hecho más que disparar la ansiedad y malestar de las víctimas.

- El lenguaje y la terminología utilizada por los medios debe ser correcta y en ningún momento debe ensalzar, involuntariamente, las actuaciones o motivaciones de los terroristas
- De la misma forma, se debe realizar una labor didáctica frente a la sociedad y los medios extranjeros para que reflejen la opinión pública que se refleja en la sociedad y su punto de vista sobre los atentados y los terroristas.
- Las autoridades competentes tienen la obligación con los medios, como transmisores de la información a la sociedad, a comunicar un discurso político, a transmitir una información veraz de los hechos y a no negar o desmentir información publicada verificada y contrastada.

11. PREVENCIÓN

11.1. Prevención Antes del atentado

La prevención del desarrollo de posibles psicopatologías, debe ser encarada durante la vida del ciudadano. Comprende medidas de educación, de información y de entrenamiento.

Las medidas de educación vienen a reforzar la pertenencia al grupo y a la sociedad, a promover la adhesión a los valores colectivos sociales, culturales y morales e inculcar los valores de civismo y altruismo.

Las medidas de educación deben ser claras y precisas. Deben aportar los datos esenciales sobre las posibles consecuencias de la catástrofe, los peligros y amenazas, sus efectos y las maneras de prevenirlos y enfrentarlos. Ésta información debe ser objetiva, sin connotaciones dramáticas y debe contribuir a disipar las creencias irracionales y las supersticiones desorganizantes, concernientes al nuevo peligro y a sus efectos desconocidos.

Es de suma importancia que los profesionales de salud mental estimulen el despliegue de información, por medio de actividades educativas y de intercambio, como así también la formación de personas idóneas para la resolución de problemas (Benyakar M, 2000).

Ésta es una etapa que no es factible de realizar en los atentados terroristas. Se podría desarrollar en aquellas situaciones en las que la población y el equipo de salud, reciben un preaviso sobre la posibilidad de que el desastre se produzca.

La actividad comprende, un refuerzo del marco social y de las instrucciones dadas, proveer información concerniente a la amenaza y los riesgos en juego, y repetir ejercicios de seguridad y salvataje. Se tomarían las medidas apropiadas para evitar la

constitución de masas atemorizadas y la propagación de rumores alarmistas (Benyakar M, 1997c).

11.2. Prevención después del atentado

A lo largo del Manual de intervención en víctimas de terrorismo, se ha hecho mención a la doble victimización que puede ocurrir después de un atentado terrorista a las víctimas que lo padecen, en concreto cuando aparecen estímulos externos que desde la intervención psicológica resulta complicado controlar (imágenes y noticias en medios de comunicación, implicación en reclamaciones judiciales, etc)

Creemos conveniente, que las investigaciones y estudios que se realicen a largo plazo, giren entorno a la prevención de la doble victimización, evitando así, la posible cronificación y mantenimiento de psicopatologías a lo largo del tiempo.

Probablemente, ésta intervención consista en un futuro, en la realización de campañas de sensibilización y formación a todos los profesionales que trabajamos con terrorismo.

Desde la Asociación de Ayuda a víctimas del 11-M, se han elaborado, diferentes pautas para la formación de profesionales que puedan estar en contacto con afectados o víctimas que han padecido un atentado terrorista. El objetivo consiste por un lado, en la posible reducción del malestar y el desarrollo de la doble victimización en los propios afectados y en la pequeña aportación de estrategias a los diferentes profesionales para una mejor orientación de sus funciones.

11.3.1. Manual de orientación para el manejo de situaciones de crisis en víctimas de terrorismo ante la utilización de medios de transporte. Se expone a continuación:

1. INTRODUCCIÓN

Ante una experiencia traumática de la índole de un atentado terrorista, la víctima sufre un impacto emocional, que posteriormente, si no es elaborado adecuadamente, dará lugar a diversos trastornos relacionados con la ansiedad y/o depresión entre otros.

En los últimos años, los medios de transporte han sido utilizados como medio para acometer atentados terroristas. Es por ello, que las personas que han presenciado, vivido y han estado expuestas de forma directa a los mismos, pueden desarrollar temor al exponerse de nuevo a diferentes medios de transporte (tren, metro, autobús, avión) por miedo a reexperimentar y a volver a ser víctima de un atentado terrorista.

Éste miedo o temor puede aparecer reflejado en lo que se denomina como "crisis de ansiedad" o lo que es lo mismo "ataques de pánico".

Para todos aquellos profesionales que trabajen en el ámbito del transporte, ya sea trenes, aviones u otros, y que tengan un contacto directo con los pasajeros, es fundamental que adquieran el conocimiento suficiente para el manejo de una posible crisis de angustia, por dos motivos fundamentales.

El primero, poder dar una contención correcta a la víctima que esta sufriendo una crisis, ya que sin nuestra ayuda puede desencadenar en una crisis de ansiedad más intensa y la segunda, evitar que el resto de pasajeros se vean afectados por la reacción angustiosa de la persona afectada, ya que, en concreto el miedo a volar es algo común en la sociedad. Las propias compañías aeronáuticas han constatado mediante estudios, que tres de cada cinco personas, sufren algún tipo de trastorno cuando suben a un avión. Según un estudio divulgativo, un 10% de la población sufre fobia a volar y entorno a un 18% presenta síntomas de ansiedad a la hora de volar. Por ello es importante a modo de prevención tener este punto también en cuenta.

2. LA CRISIS DE ANSIEDAD

Según el Manual Diagnóstico DSM -IV-TR, la crisis de ansiedad se caracteriza por la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- (1) palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardiaca.
- (2) sudoración.
- (3) temblores o sacudidas
- (4) sensación de ahogo o falta de aliento
- (5) sensación de atragantarse
- (6) opresión o malestar en el pecho
- (7) náuseas o molestias abdominales.
- (8) inestabilidad, mareo o desmayo
- (9) desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
- (10) miedo a perder el control o volverse loco
- (11) miedo a morir
- (12) parestesias (sensación de entumecimiento u hormiguelo)
- (13) escalofríos o sofocaciones.

Las crisis de angustia no suelen aparecer aisladas, normalmente forman parte de trastornos específicos, pero para obtener los conocimientos básicos y la intervención específica a tratar en los diferentes medios de transporte, no es necesario profundizar en ellos.

2.1. HIPERVENTILACIÓN

Otro aspecto a tener en cuenta es la Hiperventilación. Ésta se debe a la excesiva eliminación del dióxido de carbono a través de los pulmones, por lo que, la tensión de dióxido de carbono en sangre se reduce (hipocapnia) y el PH sanguíneo aumenta (alkalosis). De hecho los síntomas de hiperventilación son reversibles si el paciente respira aire con un alto contenido de dióxido de carbono.

La hiperventilación produce síntomas como sensaciones de mareo, inestabilidad, seguido de una incapacidad para concentrarse y pérdida de consciencia.

También se han identificado estímulos internos que están implicados en la producción de ataques de pánico, como mareos, palpitaciones, sensación de temblor. Éstas sensaciones son al mismo tiempo, consecuencias de la ansiedad, en el que se establecería un círculo vicioso denominado "miedo al miedo".

3. TRATAMIENTO DEL PÁNICO.

- El tratamiento de la crisis de angustia, se inicia con la actitud del profesional, que ha de ser de calma, de comprensión y además tranquilizadora. Muchas veces el paciente empieza a calmarse mientras cuenta como se produjo el ataque de pánico
- El primer paso a seguir cuando una persona está sufriendo una crisis de angustia es realizar una correcta contención de la misma:

- Presentarnos, diciendo nuestro nombre y nuestra función en el medio de transporte en el que trabajemos.
- Mostrar interés por lo que le está pasando, utilizando su nombre para crear una relación empática.
- Ofrecerle algún tipo de bebida que no contenga excitantes especialmente agua ya que ésta ayudará a la reacción de relajación, a través del aumento de la segregación salivar.
- Ayudarle a expresar lo que está sintiendo, haciéndole preguntas concretas acerca de cómo se siente.
- Darle información de lo que le está sucediendo con el fin de tranquilizarle. Por ejemplo: "En éstos momentos lo que estás sintiendo es ansiedad, ésta ha llegado a su máxima manifestación y poco a poco vas a ir notando como empieza a disminuir, para facilitar éste proceso vamos a realizar un ejercicio muy sencillo de respiración".
- Una vez que el profesional ha aprendido la técnica de respiración, guía a la persona afectada, realizando la "técnica de modelado", es decir, el profesional realiza los ejercicios y la persona afectada los irá repitiendo.
- Poner en práctica la Respiración abdominal, y si detectamos la aparición de hiperventilación, utilizaremos una bolsa de papel como se especifica en el apartado de técnicas.

Es importante tener en cuenta que para una correcta contención de la angustia, la forma en la que nos comuniquemos con la persona afectada, ayudará o no, a crear una relación empática y en consecuencia la colaboración, será distinta. Las principales pautas para conseguir una correcta comunicación no verbal, serían las siguientes:

- » El tono de voz será suave, cálido y pausado.
- » En la medida de lo posible, mantener el contacto ocular, con el propósito de mostrar comprensión y seguridad
- » Procurar que el gesto de la cara sea de amabilidad, transmitiendo tranquilidad.
- » mostrar cercanía mediante nuestra postura corporal, utilizando el contacto táctil si fuese necesario.

4. TÉCNICAS NECESARIAS PARA EL MANEJO DEL PÁNICO

4.1. TÉCNICA PARA LA HIPERVENTILACIÓN.

En ocasiones un rápido incremento en la velocidad de la respiración puede dar lugar a una hiperventilación aguda, apareciendo síntomas como mareo, inestabilidad corporal, seguido de una incapacidad para concentrarse y/o pérdida de consciencia.

La intervención consistiría en respirar dentro de una bolsa de papel, con el fin de aumentar el CO₂ arterial. Esto además permitiría disminuir los signos somáticos secundarios, tales como, espasmos musculares, entumecimientos, hormigueo en las extremidades producto de la alcalosis respiratoria. Las pautas a seguir serían las siguientes:

- Coger aire por la nariz fuera de la bolsa y espirar e inspirar 2 o 3 veces dentro de la misma tapando la nariz y la boca.
- Posteriormente se vuelve a inspirar aire fuera de la bolsa y se realizaría el mismo mecanismo hasta que los niveles de CO₂ y O₂ se reestablezcan.

4.2. TÉCNICA DE RESPIRACIÓN ABDOMINAL

Los ejercicios de respiración abdominal son también útiles, ya que desde un punto de vista fisiológico, reducen la ventilación pulmonar, corrigen la hipocapnia y la alcalosis y en general ayudarían a descender el nivel de arousal.

Efectos positivos:

- A medida que se va respirando adecuadamente, se consiguen niveles de relajación porque produce:
 - Mejor oxigenación.
 - Menor esfuerzo cardíaco.
 - Reducción de la fatiga.
 - Reducción de tensión muscular.
 - Disminución de la sensación de ansiedad.

La respiración abdominal, activa el nervio vago situado en el abdomen, aumentando la actividad del SNA parasimpático

- Produce también una distracción cognitiva, favoreciendo la atención en la propia tarea

Pautas para realizar la respiración abdominal

1. Antes de comenzar el ejercicio es necesario la colocación de una mano en el pecho y otra en el abdomen, por dos motivos: primero, ir comprobando que los pasos de la Respiración se están realizando adecuadamente y segundo, conseguir un biofeedback positivo al notar que las pulsaciones disminuyen a medida que se va practicando la respiración.
2. En primer lugar, expulsamos el aire que nos queda en los pulmones por la boca, muy despacio (como si estuviéramos soplando por una pajita), para posteriormente conseguir una inspiración más profunda. Repetir éste proceso varias veces y posteriormente continuar con el tercer paso.
3. Expulsamos el aire por la boca y cogemos aire por la nariz, notando como la mano situada en el abdomen se eleva, sin moverse la situada en el pecho. A continuación expulsamos el aire lentamente por la boca.

5. OBJETIVO

Formación de formadores que aporten los conocimientos y técnicas esenciales, en el manejo de ataques de pánico en víctimas de terrorismo, al personal que trabaje en medios de transporte

6. PERSONAL AL QUE VA DIRIGIDO

Auxiliares de vuelo y aquellos profesionales que tengan contacto directo con pasajeros.

7. DURACIÓN

La duración del curso será de dos horas, realizado en grupos de no más de 15 personas.

8. CONCLUSIÓN

En la actualidad, los medios de transporte se han visto amenazados por ser objetivo de atentados terroristas. En consecuencia debemos estar atentos al miedo que se genera alrededor del mismo tanto en las víctimas que lo han sufrido como en la población en general, que teme vivirlos.

Ante la generalización de éste temor en la sociedad, y en especial a los afectados por atentados, se ve necesario la formación específica en materia de intervención en crisis de angustia, a los profesionales que trabajan en éste ámbito, debido a que una de las funciones desempeñadas, es la atención directa a los pasajeros, lo que conlleva transmitir seguridad y confianza durante su transporte.

11.3.2. Pautas para los medios de comunicación durante las entrevistas a las víctimas de terrorismo. Se expone a continuación:

PAUTAS PARA LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN, DURANTE LAS ENTREVISTAS A LAS VÍCTIMAS

- » Las víctimas al hablar con los periodistas, pueden experimentar síntomas de ansiedad. Es importante que el periodista haga una labor de contención para que la víctima coja confianza y así vaya disminuyendo su nerviosismo. Para ello:
- » Antes de hablar con la víctima es importante darles información sobre cómo se va a realizar la entrevista, qué puntos se van a tratar, con el objetivo de disminuir la ansiedad ante la incertidumbre y darle la posibilidad de responder a todas sus dudas sobre el transcurso de la misma.
- » Es importante que el contacto ocular sea directo y se posicione al mismo nivel, ni por encima, ni por debajo del de la víctima.
- » El tono de voz será suave, cálido y pausado.
- » Procurar que el gesto de la cara sea de amabilidad, tendiente a la sonrisa.
- » Las preguntas se realizarán de manera clara, sencilla y concisa, para facilitar el entendimiento de las mismas y por tanto sea también más fácil contestarlas.
- » Para facilitar la confianza y tranquilidad en el periodista es importante la posición corporal del mismo. Una postura abierta con los brazos extendidos hacia los lados en vez de cruzados, invitando a la conversación, manteniendo el contacto ocular, transmitiendo amabilidad e interés en lo que nos tengan que decir.
- » El espacio interpersonal entre la víctima y el periodista debe ser lo suficientemente cercano respetando su espacio vital.
- » Evitar hacer preguntas que conlleve dar detalles específicos de la situación traumática, ya que algunos pueden responder con facilidad, pero en otros puede desencadenar una reexperimentación de los síntomas.
- » En el caso en el que la víctima se emocionase, sería conveniente seguir manteniendo el contacto ocular, mostrando comprensión y empatía hacia su situación. Parar si es preciso la entrevista y continuar más tarde cuando la situación se estabilice.
- » Preguntas referentes a su estado presente actual, sus necesidades ahora, cómo se encuentran a día de hoy. La mayoría de las víctimas después de un atentado terrorista, necesitan que se sigan preocupando por ellas, también a largo plazo.

12. BIBLIOGRAFÍA

- ACIERNO, R., KILPATRICK, D. G Y RESNICK, H.S. (1999). Posttraumatic stress disorder in adults relative to criminal victimization: Prevalence, risk factors, and comorbidity. En P.A. Saight y J.D. Bremner (eds). *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text*. Needham Heights, MA. Allyn & Bacon, Inc.

- ANDERSON, J.W (1968). Cultural Adaptation to Threatened disaster. *Human Organitations*; 27: 298-307.

- ANDOFI, M. (1993) *Terapia Familiar, un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós -Terapia Familiar.

- ANDREOLI, A (2000). De la maladie traumatique aux interfaces du traumatismo. Esquisse d'un modèle de politique de traitement et de soins. From traumatique disease to interface of traumatism. A model outline for a strategy of treatment and care. *Revue Francophone Du Stress Et Du Trauma*; 1(1): 33-44.

- BACA, E., CABANAS, M.L. y BACA-GARCÍA (2003). El proyecto Fénix: un estudio sobre las víctimas del terrorismo en España. Resultados preliminares. En E. Baca y M.L. Cabanas (eds). *Las víctimas de la violencia. Estudios psicopatológicos*. Madrid: Triacastela.

- BENYAKAR. M, KUTZ. I, DASBERG. H, STERN. M. (1989). The collapse of a structure: A structural approach to trauma. *Journal of Traumatic Stress*; 2(4): 431-49.

- BENYAKAR M. (1994a). Trauma y neurosis post-traumática: De la vivencia a la reflexión teórica. *Actualidad Psicológica* 1994; 211:26-32.

- BENYAKAR M. (1994b). El programa de asistencia a personas afectadas, por situaciones de desastre, catástrofe y situaciones bélicas. 1er jornadas de Salud Mental en situaciones de catástrofe. Departamento de salud mental del hospital de Clínicas José de San Martín, Facultad de medicina, UBA.
- BENYAKAR M. (1994c). Trauma: Del damnificado a la víctima, de lo personal a lo social, de la tragedia al mito. XI Congreso Latinoamericano de Psicoterapia analítica de Grupo. Epistemática multimedia 1994; 377-93.
- BENYAKAR M (1995). Disaster conditions, catastrophes, and warlike at-tempts: The specificity of the therapeutic focus in mental health. Simposio Internacional. XI Congreso en Argentina de Psiquiatría de APSA. III Congreso de mass media y Salud mental. San Carlos de Bariloche, Argentina
- BENYAKAR M. (1997a). Principios clínicos para la formación de equipos profesionales de salud mental en desastres. Conferencia magistral en el coloquio sobre intervención psiquiátrica en catástrofes. Hospital militar “Gómez Ulla”. Madrid, España.
- BENYAKAR M. (1997c). Definición, diagnóstico y clínica del estrés y el trauma. Psiquiatría COM (revista electrónica) 1977 Diciembre; 1 (4).
- BENYAKAR M. (1999b). Desastres and catastrophes a challenge for the assistances of civilian in peacetime; XI World Congress of Psychiatry of de world psychiatric Association. Hamburg August 6-11.
- BENYAKAR M. (2000a). Reacción de combate enfrentando vivencias traumáticas y estrés. Buenos Aires, Argentina.
- BENYAKAR M. (2002). Salud mental y desastres. Revista neurología, neurocirugía y psiquiatría; 35 (1): Ene-Mar: 3-25.

- BENYAKAR M (2003). Disruption: individual and collective threats. The book.
- BOURGEOIS, M.L (1996). Le Deuil Clinique Pathology. Press Universitaire de France.
- BOTELLA, L. VILAREGUT, A. La perspectiva sistémica en terapia familiar: conceptos básicos, investigación y evaluación. Barcelona: [sn], [sa].- (Material Mimeografiado. Vía Internet http : // www.infomed.es / constructivism / documweb / ffs.html).
- BROTHERS, J (1992). Vivir sin él: como superar el drama de la viudedad. Grijalbo.
- BURNS, D (1990). Sentirse bien. Una nueva terapia contra las depresiones. Paidós. Barcelona.
- BRUNA, O., MATARÓ, M^a. YUNQUÉ, C. (en prensa) 1997. Impacto e intervención sobre el medio familiar. En C. Pelegrín, J. M. Muñoz-Céspedes y J. I. Quemada (Eds.). *Neuropsiquiatría del daño cerebral traumático. Aspectos clínicos y terapéuticos*. Barcelona: Prous Science.
- COHEN R, AHEARN JR. FL (1989). Manual de la atención de salud mental para víctimas de desastres. Harla, Mexico
- CORBELLA, S y BOTELLA, L (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. Anales de psicología, vol 19, nº2 8diciembre), 2005-221, Barcelona.
- CURRAN, PS (1988). Psychiatric aspects of terrorism violence: Nortjern Ireland 1969-1987. British Journal of Psychiatry; 153: 470-5

- .

- CROCQ L, DOUTHEAU C, SALHAM M (1987). Les reactions emotionnelles dans les catastrophes. Enciclopédie medico-chirurgicale. Editions Techniques, París.
- D'ZURILLA, T.J (1993). Terapia de resolución de conflictos. Bilbao: Descleé de Brower.
- ESBEC, E. (2000). Evaluación psicológica de la víctima. En E. Esbec y G. Gomez-Jarabo. *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*. Madrid: Edisofer
- ECHEBURÚA, E., CORRAL, P., AMOR, P.J., (2000). Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático. En J. Bobes, M. Bousoño, A. Calcedo y M.P. González (eds). *Trastorno de estrés postraumático*. Barcelona: Masson.
- ECHEBURÚA, E (2005). El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos. *Superar un trauma*. Pirámide. Madrid.
- ELLIS, A., Y GRIEGER, R. (Comps.) (1990). Manual de terapia racional emotiva (volumen 2). Bilbao: Descleé de Brower.
- ESCUDERO, V; FRIEDLANDER, M.L (2003). El sistema de observación de la alianza terapéutica en intervención familiar (SOATIF): Desarrollo transcultural, fiabilidad y aplicaciones del instrumento. *Mosaico (Journal of the spanish federation of Familia Therapy Associations*, 25, 32-36. Reprinted in *Perspectivas sistémicas*, 2003, 15 (77).
- FERNÁNDEZ MILLÁN, J.M (2005). Apoyo psicológico en situaciones de emergencia. Pirámide. Madrid

- FIGLEY, C. R. (1983). Catastrophes: A overview of family reactions. In C. R. Figley and H. I. McCubbin (Eds.), Stress and the Family: Volume II: Coping with Catastrophe. New York: Brunner/Mazel, 3-20.
- FIGLEY, C. R. (1985). The family as victim: Mental health implications. Psychiatry, 6, 283-291.
- FIGLEY, C. R. (1986). Post-traumatic stress: The role of the family and social support systems. In C. R. Figley (Ed.), Trauma and Its Wake: Volume 2. Post-Traumatic Stress Disorder: Theory, Research, and Treatment. New York: Brunner/Mazel.
- FIGLEY, C. R. (1986). Traumatic stress: The role of the family and social support system. In C. R. Figley (ed.), Trauma and Its Wake, Volume II: The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder. New York: Brunner/Mazel, 39-54.
- FIGLEY C. R (1995) Systemic traumatization, secondary trauma, stress disorder in family therapist. In
- FOA, E; KEANE, T.M; FRIEDMAN, M.J (2003). Tratamiento del Estrés Postraumático. *Terapia conyugal y familiar*. Barcelona: Ariel.
- FREIXA NIELLA, M. (1993). **Familia y deficiencia mental**. Salamanca: Amarú
- FRIEDLANDER, ESCUDERO, HEATHERINGTON, DEIHL, FIELD, LEHEMAN, MCKEE Y CUTTING (2005). Sistema de observación de la alianza terapéutica en intervención familiar (SOATIF-o). Manual de entrenamiento.
- FRIEDLANDER, M.L ; LEHEM, P ; MCKEE, M ; FIELD, N ; y CUTTING, M (2000, August). Development of the family therapy alliance observer rating scale. Paper presented at the annual conference, american psychological association, Washington, D.C.

- HARSHBARGER D (1973). An ecological perspective on disastrous and facilitative disaster intervention based on the Buffalo Creek disaster. Paper presented at the National Institute of Mental health continuing education seminar on Emergency Health services, Washington DC.

- JIMÉNEZ GARCÍA G.I, MIGUEL TOBAL, J.J. Y CANO VINDEL, A. (1996). **Escala Tridimensional de Depresión (CTD)**.

- KELLY, J.A (1987). Entrenamiento en habilidades sociales. Bilbao: Descleé de Brower.

- LAZARUS, RS Y FOLKMAN, S (1984). Stress appraisal and coping. Nueva York: Springer

- LEE, C (1995). La muerte de los seres queridos: como afrontarla y superarla. Plaza & Janés.

- LÓPEZ LARROSA, S; ESCUDERO, V (2005). Familia, Evaluación e Intervención. Madrid: Editorial CCS.

- MACIAS FERNANDEZ, J.A. Y COLS. Perfil clínico del paciente con reacción de duelo. En: Informaciones Psiquiátricas, nº 146

- MCKAY, M. Y FANNING, P. (1991). Autoestima. Evaluación y mejora. Barcelona: Martínez Roca.

- MIGUEL TOBAL, J.J. Y CANO VINDEL, A. (1994). **Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA)**.

- MIGUEL TOBAL, J.J; CANO VINDEL, A; GONZÁLEZ ORDI, H; IRUARRÍZAGA, I; CASADO, I (2004). Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid en víctimas, familiares y allegados. Revista Ansiedad y Estrés, ISSN 1134-7937, vol 10 nº 2-3, pags 195-206. Madrid.

- MINUCHIN, S (1974). Familias y Terapia Familiar. Edit. Gedisa.

- MINUCHIN, S; FISHMAN, H.CH. (1983) Técnicas de Terapia Familiar . Barcelona: Paidós.

- MINUCHIN, S (1994). Familias y Terapia familiar. Edición Gedisa.

- NAVARRO GÓNGORA, J; BEYEBACH, M.(1995) Avances en Terapia Familiar Sistémica. Barcelona: Paidós -Terapia Familiar.

- NÚÑEZ, B (2003). La familia con un hijo con discapacidad: sus conflictos vinculares. Argentina. Arch. argent. pediatri 101(2).

- O'CARROLL RE; DRYSDALE E; CAHILL L; SHAJAHAN P; EBMEIER KP (1999). Stimulation of the noradrenergic system enhances and blockade reduces memory for emotional material in man. Psychol Med, 29(5):1083-8.

- PITMAN, R. K. (1997) Overview of biological themes in PTSD. En: Yehuda, R. y McFarlane, A. *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*. Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 821, p.1-9.

- POWELL, T. (1994). *Head Injury. A Practical Guide*. Oxon: Winslow Press Limited.

- RUIZ SOLÍS, S., MINGOTE, C., GOZALO, A., Y COLAB. (2000). Aproximación neurobiológica al trastorno de estrés postraumático. *Archivos de Psiquiatría*, vol. 63, No. 3, p. 221-240

- SALMON, TW (1919).The war neuroses and their lessons. NY. J Med; 59: 993-4.
- SCHULBERG, HC (1974). Disaster, crisis theory and intervention strategies. Omega; 5: 77-87.
- SELYE, H (1980). The stress concept today. Handbook of stress and anxiety. San Francisco.
- SPIELBERGER, C.D. (1991). **Inventario de expresión de ira estado – rasgo (STAXI II).**
- VIINAMAKI H, KUMPUSALO E, MYLLYKANGAS M, SALOMAA S, KUMPUSALO L, KOLMAKOV S, IICHENKO I, ZHUKOWSKY G, NISSINEN A (1995).The Chernobyl accident and mental well being a population study. Act Psychiatr Scand; 91(6): 396-401
- YEHUDA, R. (1997). Sensitization of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in posttraumatic Stress Disorder. En:Yehuda, R. y McFarlane, A. *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*. Annals of the New York Academy of Sciences, vol. 821, p. 57-75.

ANEXO 1: ESTUDIO 18 MESES DESPUÉS

Las víctimas **18** meses después

un estudio comparativo sobre las consecuencias sociales y económicas de los atentados del 11-m y de Leganés, realizado a través de entrevistas personales mantenidas con las víctimas

ÍNDICE

PRÓLOGO	3
INTRODUCCIÓN	5
LAS VÍCTIMAS 18 MESES DESPUÉS.....	7
Ficha Técnica.....	8
Resultados Cuantitativos	
Área de Asesoramiento.....	10
Área Jurídica.....	11
Área de Reinserción Social.....	13
Área Laboral.....	16
Área Sanitaria.....	18
Área Familiar.....	20
Área Económica.....	21
Área Leganés.....	24
Área de Investigación y lucha contra el terrorismo.....	25
Resultados Cualitativos.....	28
Conclusiones.....	30

Dr. D. Francisco Ferre.

Director del Departamento de Salud Mental.

Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Comunidad de Madrid

La tremenda importancia que tienen para las víctimas de un atentado terrorista las reacciones psicológicas y psiquiátricas que se sufren en los primeros meses inmediatamente posteriores a un atentado, junto con las secuelas en la salud mental que este estudio ha constatado en las víctimas y sus familiares, han sido las razones fundamentales por las que he aceptado la invitación a introducir unas líneas a modo de Prólogo de este Estudio "Las Víctimas 18 meses después", desarrollado por la AAV11M

En el mundo actual, no nos es ajena la vivencia del riesgo, el cual está presente en múltiples aspectos de nuestra vida. Sin embargo, esto no nos hace estar preparados y, mucho menos capacitados, para afrontar las situaciones de catástrofe y terrorismo, que generan una gran alarma social y múltiples pérdidas, tanto en vidas humanas, como en bienes materiales, a las comunidades que las sufren. Pero estas situaciones generan también un reto asistencial en el abordaje de patologías psiquiátricas como la ansiedad, la depresión el Estrés Postraumático etc. Es evidente que el sufrimiento psicológico tras un desastre como un atentado terrorista se ha evidenciado, desgraciadamente, en muchos momentos de nuestra historia.

Pero para la OFICINA REGIONAL SALUD MENTAL de la Comunidad de Madrid, este reto está muy relacionado con las secuelas psíquicas de los atentados que sufrimos el 11-M.

Por eso, y por que la OFICINA REGIONAL DE SALUD MENTAL que dirijo, estuvo y sigue estando muy implicada en la asistencia a las víctimas de tan infausto acontecimiento, me parece adecuado el hecho de acercar al lector al proceso y actuaciones que se han desarrollado desde esta Oficina.

A día de hoy, tenemos la satisfacción de decir que el número personas que consultan a nuestros Servicios, por primera vez es decir los nuevos casos psiquiátricos como consecuencia del trauma psíquico que supuso el 11-M, ha descendido tan drásticamente que en todo el año 2005 las personas que hemos atendido en la Red de Salud Mental suponen un 80% menos que las que lo hicieron en 2004. Esto no quiere decir que las personas que siguen en tratamiento, no sigan presentando secuelas psicológicas tal y como se refleja este Estudio. Por eso, para seguir atendiendo a las personas que todavía necesitan asistencia, mantenemos importantes refuerzos en los Centros de Salud Mental de las zonas de Madrid con más afectados.

Creemos que las tres líneas de acción del Plan de Atención en Salud Mental a los damnificados por los atentados han conseguido prevenir mucha patología derivada del trauma psíquico que sufrieron.

Así entendemos que los refuerzos de las plantillas de los centros de salud mental que, como he mencionado, todavía se mantienen; que el equipo móvil de psiquiatría infantil que ha trabajado en los colegios de las zonas afectadas y que la unidad de salud mental para intervinientes, son dispositivos que han contribuido a tratar y prevenir secuelas psíquicas graves en muchas personas damnificadas por este terrible acontecimiento.

Aunque estamos satisfechos del trabajo realizado en este campo, también hemos analizado muchos de los aspectos que habrá que mejorar, si desgraciadamente nuestra Sociedad vuelve a sufrir una agresión de esta magnitud. Debo destacar, como conclusiones útiles extraídas de este estudio, la necesidad de que los profesionales de la Salud Mental tengan formación en los aspectos relacionados con el trauma psíquico, así como la misma necesidad de un impulso público e institucional a la investigación clínica en relación a la salud mental de las víctimas.

Doy mi más sincera bienvenida a iniciativas como la de este Estudio pues estoy seguro, de que nos van a permitir conocer y saber más acerca de cual es la vivencia psicológica y emocional de las personas afectadas por éstas situaciones y de cómo los profesionales de la psiquiatría y la salud mental podemos ayudarles a reconstruir su psiquismo después de una experiencia tan traumática.

A la vista de los resultados del estudio, quiero expresar mi satisfacción al comprobar cómo un importante grupo de víctimas ha valorado positivamente el enorme esfuerzo que la Red de Salud Mental hizo y hace actualmente para atenderles. Lo agradezco en nombre de muchos profesionales que han trabajado en silencio y con gran profesionalidad y que, en algún momento, han tenido que escuchar críticas hacia la atención psicológica y psiquiátrica muy injustas y poco ajustadas a la realidad.

Este estudio nos ha permitido comprobar cuál ha sido el verdadero sentir de las víctimas y familiares en relación a la actuación de la Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid y me enorgullece decir que, tal y

como se extrae del estudio, el 85% de los encuestados muestran un elevado grado de satisfacción con la labor de los profesionales que les atendieron, por lo que quizá esas críticas no gozaban de la veracidad que debieran.

Sin embargo, si algo hemos podido extraer gracias al contacto con las autoras de este estudio, es que debemos formular las vías necesarias que nos permitan hacer un seguimiento más estrecho a las víctimas, más allá de lo que son las revisiones habituales en los dispositivos de salud mental.

Nunca será suficiente el apoyo y la ayuda que desde los poderes públicos demos a las víctimas de atentados terroristas y a sus familiares, por lo que estudios como éste, que nos faciliten la labor a todos los profesionales, deben ser objeto de agradecimiento y de admiración por parte de toda la sociedad.

INTRODUCCIÓN

Ángeles Domínguez Herguedas

Presidenta de la Asociación de Ayuda a Víctimas del 11-M

La razón por la que me he permitido escribir estas líneas a modo de prólogo en esta presentación de los resultados del Estudio “Las víctimas 18 meses después”, ha sido principalmente, el respaldar como Víctima y como Presidenta de una Asociación de Víctimas, este trabajo, de incalculable ayuda para la asistencia y el apoyo a las víctimas y familiares de estos terribles atentados.

“Las víctimas 18 meses después” es el Primer estudio que se realiza en España acerca de las necesidades de las víctimas de los atentados del 11 de Marzo y de 3 de abril de 2004 a medio y largo plazo, y ha sido desarrollado por dos profesionales de la propia Asociación, con experiencia en el trato y ayuda a víctimas de atentados terroristas: Syra Balanzat Alonso, Psicóloga y Silvia Patricia Cury Abril, Trabajadora Social.

Antes de nada, me parece importante acercar al lector al nacimiento y al trabajo diario de nuestra Asociación, como organización dedicada a la atención de víctimas y familiares.

La Asociación de Ayuda a Víctimas del 11-M nace a través de un grupo de personas que fuimos y somos víctimas directas del atentado y que coincidimos en centros médicos en las horas inmediatas a las explosiones, o que simplemente coincidimos en unas necesidades comunes, no sólo a nosotros mismos, sino a la mayoría de las víctimas de este y otros atentados...

El deseo de ayudar y de prestar el apoyo que ninguna otra Organización nos había ofrecido, es la raíz de la Asociación de Ayuda a Víctimas del 11-M, por lo que, en un primer momento, nuestro acercamiento a las víctimas fue a través del contacto telefónico y, posteriormente, a medida que la Organización avanzó en su camino y nos dimos a conocer, fueron y son las propias víctimas y sus familiares los que llegan a nosotros.

Nuestro trabajo se centra en facilitar asistencia psicológica e informativa, así como propiciar la total reinserción social y laboral a todas las víctimas y sus familiares directos.

Además desarrollamos programas de sensibilización centrados en acercar el mundo de las víctimas y de la lucha contra el terrorismo a toda la sociedad, haciendo especial hincapié en los más jóvenes.

Y precisamente este trabajo diario requería y requiere de un soporte profesional y de investigación que nos guiara en la adecuación de nuestros objetivos y programas de ayuda a las necesidades que se nos presentaban por parte de los asociados.

Como víctima, y como Presidenta de la Asociación de Ayuda a Víctimas del 11-M, el hecho de contar con este tipo de información me pareció crucial de cara a conocer cuáles son las necesidades reales y actuales de las víctimas y sus familiares, y poder así desarrollar acciones y programas que conduzcan realmente a la satisfacción de estas necesidades.

Para ello, era necesario detectar cuáles eran las necesidades existentes, las explícitas que nos llegaban abiertamente y las implícitas, que eran incluso desconocidas para las propias víctimas

El estudio está realizado a través de entrevistas personales con cuestionarios, tal y como se detallará más adelante al lector, con lo que la información recogida ha sido más que completa y veraz.

Este Estudio ha ofrecido datos que hemos considerado de especial relevancia, y que han ido más allá del primer objetivo del mismo, que era la detección de las necesidades actuales de las víctimas.

Creo sinceramente que hemos conseguido mostrar a la sociedad cuál es el sentir de las víctimas acerca de temas de tremenda importancia y sobre los que se han estado asignando opiniones a las propias víctimas a través de todo tipo de organizaciones y de personalidades.

Los resultados que mostramos son el sentir, la opinión y la queja de un gran número de víctimas directas de los atentados del 11 de marzo y de 3 de abril

Entre todos los resultados debo señalar que el estudio muestra un elevadísimo grado de satisfacción, un 85%, con todos los profesionales de la salud y los trabajadores sociales que, de alguna u otra manera, prestaron su ayuda a todas las víctimas y sus familiares, y con el sistema en sí mismo que se articuló desde los poderes públicos para atender a las víctimas de la catástrofe, en contra de las opiniones que desde otras organizaciones se han vertido al respecto.

Igualmente significativo es el Grado de insatisfacción y de rechazo absoluto a la actual política de lucha antiterrorista y las investigaciones acerca de la autoría del atentado, con las dificultades que este desconcierto, desconfianza, inseguridad e incertidumbre suponen para la total reinserción social de las víctimas y familiares.

No hablo con el corazón, ni a título personal, hablo desde la lógica y con el respaldo que me dan los resultados totalmente fiables de un estudio realizado por profesionales acerca de las consecuencias sociales del atentado y de cómo las actuaciones políticas que continúan generando entre nosotros esa tremenda inseguridad a la que me he referido, pueden influir negativamente en todas las víctimas y en nuestras ganas de seguir adelante.

Para finalizar me gustaría agradecer a la Escuela Universitaria de Trabajo social, y a su director, D. Manuel Serrano, la posibilidad que se nos ofreció de utilizar el Salón de Actos de la Escuela para poder presentar nuestro estudio y nuestra organización, hecho de especial relevancia para todos nosotros, tanto por la especial vinculación que todo el colectivo profesional de trabajadores sociales tiene con la atención a las víctimas del terrorismo y por la magnífica labor que desempeñaron como colectivo en los momentos posteriores al atentado, como por la oportunidad de acercar las necesidades y la situación de las víctimas del terrorismo al mundo universitario, clave básica en la lucha por las libertades en la sociedad actual.

Igualmente, me gustaría agradecer a la Comunidad de Madrid su colaboración en la realización de este estudio y en su presentación, soporte sin el cual no hubiera sido posible el desarrollo de este proyecto.

Y, finalmente, y de modo principal, y consciente como soy del esfuerzo que para nosotros las víctimas supone el recordar los atentados y los días inmediatamente posteriores, quiero agradecer sinceramente, con todo mi afecto, la colaboración inestimable de todas y cada una de las víctimas que han participado en la elaboración de este estudio.

Espero que este trabajo que hemos realizado desde la Asociación de Ayuda a las Víctimas del 11-M logre, en la medida de lo posible, que la atención y la ayuda a las víctimas y los familiares de estos u otros atentados terroristas sea cada vez mejor y más eficaz.

Angelos Dominguez



Las víctimas **18** meses después

Estudio comparativo. Consecuencias sociales del atentado del 11 M

Desde el momento en que la Asociación de Ayuda a las Víctimas del 11-M inició su labor de asistencia y ayuda a las víctimas y los familiares de los atentados del 11 de Marzo y de 3 de abril de Leganés y, a lo largo de toda su trayectoria, se pudo observar la enorme cantidad de demandas relativas a asesoramiento e intervención desde las distintas áreas de trabajo de la Organización, que se presentaban a pesar del transcurso del tiempo que acontecía desde los aciagos hechos.

Se realizó una profunda investigación acerca de la existencia de posibles estudios en los que se hubiera recogido información acerca de las consecuencias socio-económicas de actos terroristas a medio y largo plazo, pero los resultados obtenidos y los datos recogidos fueron muy escasos.

Fue entonces cuando se planteó la posibilidad de realizar una investigación que recogiera las necesidades todavía existentes en las víctimas y familiares de los atentados.

De esta forma pretendimos obtener una valoración global de la situación en la que se encuentran las víctimas y sus familiares, con el fin de facilitar una intervención multidisciplinar, específica e individualizada, lo más adecuada posible a las necesidades reales detectadas por la investigación.

También se pretendió ofrecer un lugar de escucha y de demanda a todos los que por desconocimiento o desesperanza en la resolución de sus problemas, no se habían dirigido a ninguna institución.

Obtuvimos, finalmente, un fiel reflejo de las necesidades, las preocupaciones y las opiniones de las víctimas y sus familiares directos a un medio y largo plazo desde los terribles atentados.

El estudio que presentamos constituye un primer acercamiento a las consecuencias sociales del atentado del 11 de Marzo en las vidas de las víctimas y sus familiares. Por lo tanto, su estructura es la de un estudio comparativo de la situación los diferentes ámbitos sociales antes y después del atentado.

FICHA TÉCNICA

• Población y muestra

La Asociación Ayuda a Víctimas del 11 M cuenta en este momento, con 269 socios y esta ha sido la población objeto de nuestro estudio.

La estrategia que hemos utilizado para escoger la muestra, ha sido el muestreo probabilístico aleatorio simple. La muestra consta de 120 personas, víctimas de 11M y socias de nuestra Asociación. Entre ellos se encuentran víctimas directas del atentado del día 11 de Marzo y de los sucesos del día 3 de Abril en Leganés, así como familiares directos de las mismas.

• Técnica de Investigación

La técnica de investigación que hemos empleado para llevar a cabo este estudio ha sido la encuesta por cuestionario. El cuestionario es de diseño propio de la Asociación, a fin de que su contenido se ajustase lo más posible a las necesidades detectadas previamente y dado que en España no existen estudios de esta naturaleza, en gran medida porque en éste y otros ámbitos de atención, la sociedad española se enfrenta por primera vez a atentados terroristas de esta magnitud.

El cuestionario consta de 74 preguntas, distribuidas a lo largo de 12 diferentes áreas de estudio, dado que nuestro interés era poder medir los diferentes ámbitos sociales que pudieran haberse visto afectados por el atentado y en los que se podían haber generado diferentes necesidades sociales.

• Áreas de estudio

1. Datos sociodemográficos
2. Área Atentado
3. Área de Asesoramiento

4. Área Jurídica
5. Área de Reinserción Social
6. Área de Reinserción Laboral
7. Área Sanitaria
8. Área Familiar
9. Área Económica
10. Área de Leganés
11. Área Psicológica
12. Área de Investigación y Lucha contra el Terrorismo

Se han incluido únicamente preguntas cerradas, dado que este tipo de preguntas resultan especialmente útiles a efectos de la cuantificación de la opinión.

En cuanto a la modalidad de la encuesta que hemos empleado, ésta ha sido la encuesta mediante entrevistas personales. Esta modalidad, que es la que más se aplica en investigación social, nos era asequible dado que los individuos de la muestra son socios de nuestra Asociación y podíamos ponernos en contacto directo con ellos; con la ventaja añadida de que dada la complejidad del tema, el entrevistador tendría la posibilidad de aclarar preguntas, añadir información y recoger datos que matizan o complementan la información obtenida en las preguntas del cuestionario. Como veremos más tarde, en nuestro caso, esta información fue de especial relevancia.

• Trabajo de Campo

El primer contacto con las personas seleccionadas dentro de la muestra, fue telefónico y la respuesta obtenida ha sido la de la más amplia colaboración por parte de las víctimas, que han acudido a la Asociación, previa cita concertada con la trabajadora social.

El trabajo de campo ha sido realizado en su totalidad por la misma trabajadora social que diseñó el cuestionario, bajo la coordinación de la psicóloga de la Asociación, de modo de aportar al estudio el mayor rigor posible.

• Representatividad

Dado que la muestra constituye casi un 44% de la población total estudiada, su representatividad está garantizada para nuestra Asociación. Con respecto a la población total de víctimas del 11 M, los resultados de este estudio, a partir de una muestra de 120 víctimas no son extrapolables con garantía estadística al conjunto de la población, respecto de la cual esta encuesta tiene un carácter exploratorio. Sin embargo y dados los resultados que se expondrán a continuación, en este caso, la información obtenida en este estudio, presenta en algunos aspectos, tendencias estadísticas tan claras, que consideramos deben ser tenidas en cuenta, a fin de conocer mejor el impacto que el atentado terrorista ha tenido en las vidas de sus víctimas y los familiares directos de éstas.

• Perfil de la Muestra

El perfil de la muestra presenta una mayoría de varones, el 60,5 % y un 39,5 de mujeres.

En cuanto a la nacionalidad la mayoría de las personas son de nacionalidad española, un 81%, siendo un 12,1 % ciudadanos extranjeros y un 6,9 poseen ambas nacionalidades; española y extranjera.

El estado civil se ha mantenido estable antes y después del atentado. La mayoría esta casada, un 65,6 %; el 25,8 son personas solteras y tan solo un 4,3 y un 3,2 son pareja de hecho y divorciados respectivamente.

La media de edad de la población es de 41 años., encontrándose la mayoría en la franja de edad que va de los 30 a los 50 años.

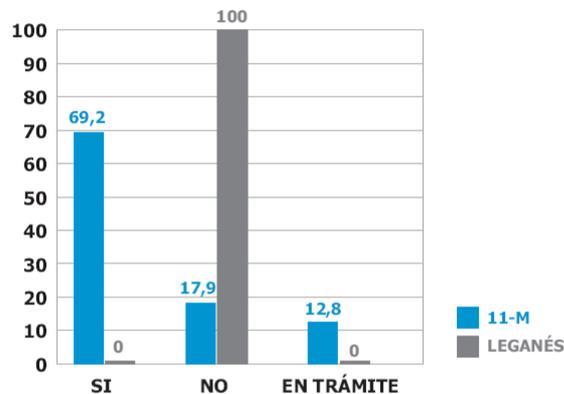
Un dato destacable respecto del perfil de la muestra lo constituye el hecho de que la mayoría de las personas entrevistadas son víctimas supervivientes y sus familiares, dado que nuestra Asociación trabaja en la actualidad, mayoritariamente, con este tipo de víctimas.

RESULTADOS CUANTITATIVOS

• RECONOCIMIENTO OFICIAL COMO VÍCTIMA DEL 11-M, Ley de Solidaridad con las víctimas del terrorismo 32/99

Por Reconocimiento oficial, hacemos alusión a la Ley de Solidaridad con las víctimas del terrorismo, que otorga la competencia de reconocer o no el estatus oficial de víctima de terrorismo bajo unos baremos preestablecidos, dichos baremos se refieren según Ley: " Sólo serán indemnizables los daños físicos y psicofísicos, no siendo indemnizables los daños materiales y morales", Por tanto, se puede deducir que sólo serán reconocidas las víctimas que tengan lesiones físicas o psicológicas con base física y de los daños morales, se podrá deducir también que las víctimas con daño psicológico, no obtendrán el reconocimiento como víctima del terrorismo.

Los resultados que se han obtenido en el estudio realizado con respecto al reconocimiento oficial de las víctimas, es que en el caso de las víctimas del día 11 de Marzo al 69,2% le ha sido otorgado dicho reconocimiento, al 17,9% le ha sido denegado y el 12,8% se encuentra en trámite. Los resultados de las víctimas del día 3 de Abril de Leganés son significativos ya que al 100% le ha sido denegado dicho reconocimiento.

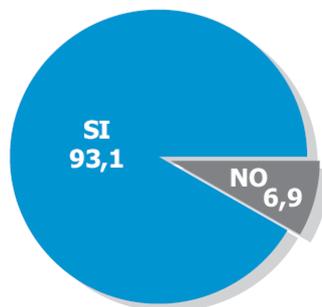


ÁREA DE ASESORAMIENTO

• NECESIDAD DE INFORMACIÓN SOBRE AYUDAS EN LA ACTUALIDAD

En el Área de asesoramiento se quiso recoger información sobre la necesidad que aún presentan las víctimas y los familiares 18 meses después del atentado, de recibir información y asesoramiento sobre las posibles ayudas.

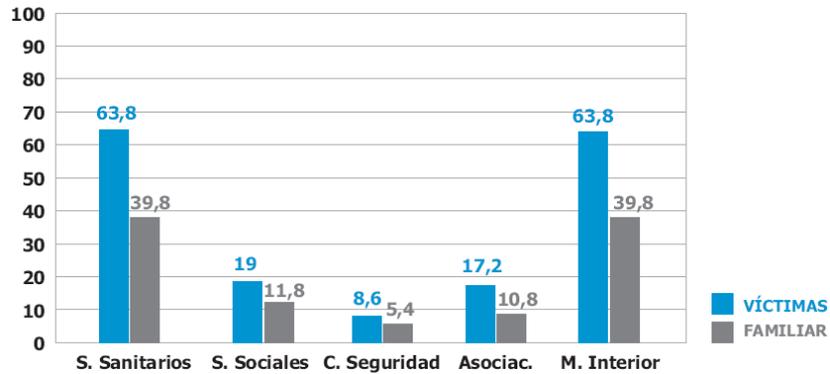
Los resultados que se obtienen del estudio es que la mayoría de las víctimas y los familiares con un 93,1 % todavía necesita recibir información y asesoramiento sobre las posibles ayudas.



• ORGANISMOS SOLICITADOS TRAS EL ATENTADO.

Se han obtenido datos, de los Organismos que solicitaron tanto las víctimas como los familiares después de producirse el atentado, para recibir ayuda, información y/o asesoramiento.

Los resultados muestran que en el caso de las víctimas, los organismos de primera elección después del atentado, fueron los Servicios sanitarios y el Ministerio del interior con un 63,8%, como segunda opción aparece con un 19% los Servicios sociales, un 17,2% acudió a las Asociaciones y por último con un 8,6% acudido a los Cuerpos de seguridad del Estado. En el caso de los familiares, los Organismos de primera elección se mantienen con respecto al de las víctimas, apareciendo con un 39,8% los Servicios Sanitarios y el Ministerio del Interior, posteriormente con un 11,8% acudieron a los Servicios sociales, un 10,8% a las Asociaciones y por último con un 5,4% a los Cuerpos de Seguridad del Estado.

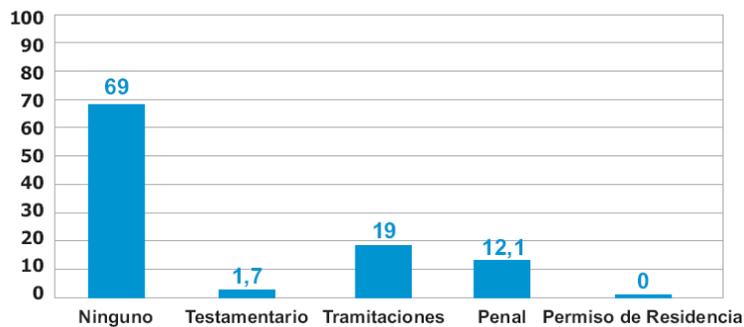


ÁREA JURÍDICA

• APOYO LEGAL RECIBIDO EN LOS ÚLTIMOS 18 MESES

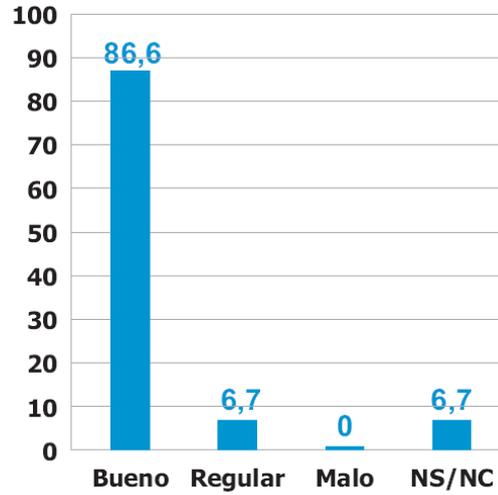
En cuanto al área jurídica, se ha querido recoger información sobre el apoyo legal que las víctimas y familiares han recibido a lo largo de éstos 18 meses, el grado de satisfacción por ello y la necesidad de recibir en la actualidad dicho apoyo.

En primer lugar, el apoyo legal que han recibido las víctimas y familiares a lo largo de éstos 18 meses, es el siguiente: el 69% no ha necesitado acudir a recibir apoyo legal, el 12,1% recibió ayuda penal, el 19% recibió ayuda legal relacionado con las tramitaciones, un 1,7% solicitó ayuda relacionada con aspectos testamentarios y ninguno de ellos solicitó ayuda legal para obtener el permiso de residencia.



• **GRADO DE SATISFACCIÓN EN EL APOYO LEGAL RECIBIDO**

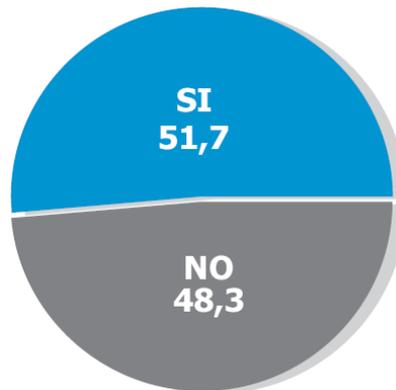
En cuanto al grado de satisfacción por el apoyo legal recibido en todas las víctimas y familiares que lo solicitaron, un gran porcentaje con un 86,6%, se considera satisfecho, un 6,7 puntúa como regular el grado de satisfacción y ninguno de ellos ha estado insatisfecho con el apoyo legal recibido.



• **NECESIDAD ACTUAL DE APOYO LEGAL**

Para finalizar con el área de apoyo legal, se ha querido obtener información sobre la necesidad que pueda haber en la actualidad por parte de las víctimas y de los familiares de recibir apoyo legal en alguno de los ámbitos anteriores.

Los resultados muestran que el 51,7% necesita en la actualidad apoyo legal y el 48,3% no lo necesita en la actualidad.



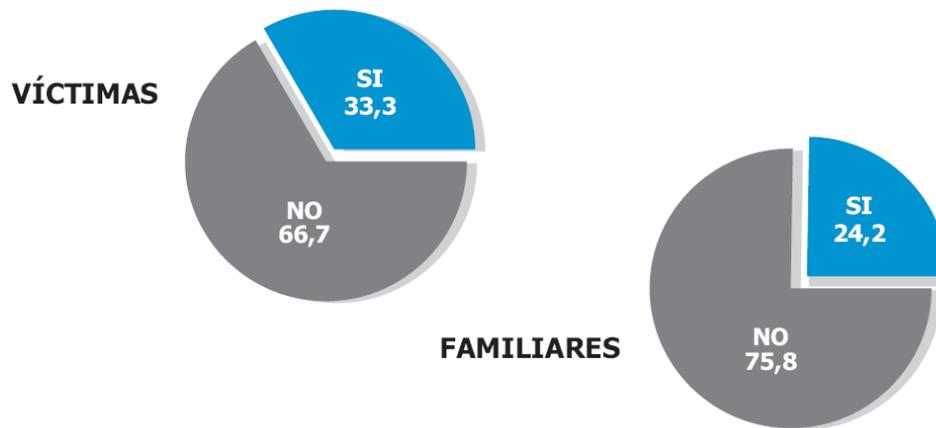
ÁREA DE REINSERCIÓN SOCIAL.

• CONTACTO ACTUAL CON ALGÚN TRABAJADOR SOCIAL

En el área de reinserción social se ha querido obtener información sobre si las víctimas o familiares mantienen en la actualidad contacto con algún trabajador social que les hubiera ayudado a adquirir una adecuada reinserción social.

En los resultados, se puede observar que un 33,3% de las víctimas, sí mantiene en la actualidad contacto con trabajadores sociales y un 24,2% de los familiares también. Un 66,7% de las víctimas no mantiene contacto con éstos profesionales y un 75,8% de los familiares tampoco.

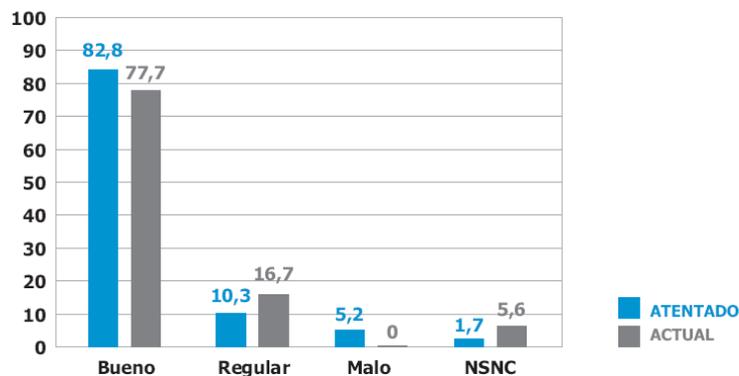
Por tanto se puede resumir, que en la actualidad un gran porcentaje de víctimas y familiares no se encuentra en contacto con trabajadores sociales, aspecto que es importante destacar ya que muchos de ellos han tenido dificultades para poder reinserirse socialmente después de producirse los atentados.



• GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL TRABAJADOR SOCIAL

Se ha querido valorar el grado de satisfacción que tanto las víctimas como los familiares han tenido de los trabajadores sociales después del atentado y en la actualidad.

Con respecto al grado de satisfacción después del atentado, 82,8% lo valoró como bueno, el 10,3% regular y el 5,2% como malo. En la actualidad el grado de satisfacción sigue siendo elevado, obteniéndose un porcentaje de 77,7% valorado como bueno, un 16,7% regular y ninguno de ellos se encuentra insatisfecho en la actualidad con los trabajadores sociales.

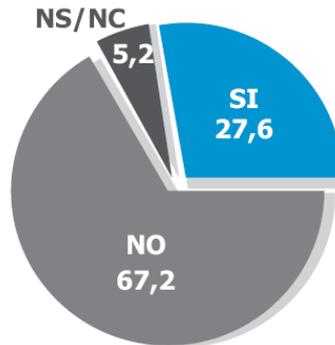


- GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL DESARROLLO DE PROGRAMAS SOCIALES EN ATENCIÓN A VÍCTIMAS

En el área de Reinserción social, también se ha querido obtener información sobre el grado de satisfacción con el desarrollo de programas sociales en atención a víctimas de terrorismo.

Por programas sociales, hacemos alusión a talleres grupales en los que se aporte información sobre aspectos relacionados con una adecuada reinserción psicosocial y laboral que son necesarios después de haber padecido un atentado terrorista, ya que éste produce un desequilibrio en todos esos ámbitos.

Los resultados obtenidos muestran que un 67,2% de víctimas y familiares. No está satisfecho con éstos programas debido a que refieren ser insuficientes. El 27,6% si está satisfecho y el 5,2% desconocía la realización de programas sociales.

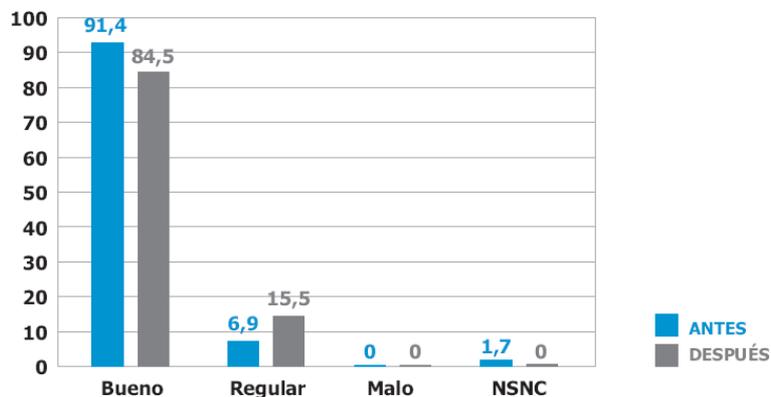


- GRADO DE SATISFACCIÓN EN EL APOYO SOCIAL RECIBIDO ANTES Y DESPUÉS DEL ATENTADO

Se ha realizado una valoración sobre el grado de satisfacción con el apoyo social recibido antes y después del atentado. Por apoyo social se hace alusión al apoyo que las víctimas reciben de familiares, amigos y vecinos, es decir, por la red social más cercana a la víctima. Se ha realizado una comparación entre el apoyo que podían haber recibido de ésta red social, antes del atentado en caso de necesidad y después del mismo.

Según los datos obtenidos, el 91,4% de las víctimas consideraba satisfactoria su red de apoyo social, el 6,9% lo valoraba como regular y ninguno de ellos se encontraba insatisfecho con el apoyo social recibido.

Después del atentado, la valoración de la red social sigue siendo buena con un porcentaje de 84,5%, un 15,5% lo ha valorado como regular y ninguno de ellos se encuentra insatisfecho. Aunque el porcentaje de un buen grado de satisfacción sigue siendo elevado, ha descendido ligeramente con respecto a la situación de antes del atentado y la valoración regular ha aumentado también ligeramente, esto se debe a que el atentado pone a prueba la resistencia de las redes sociales más cercanas a la víctima.

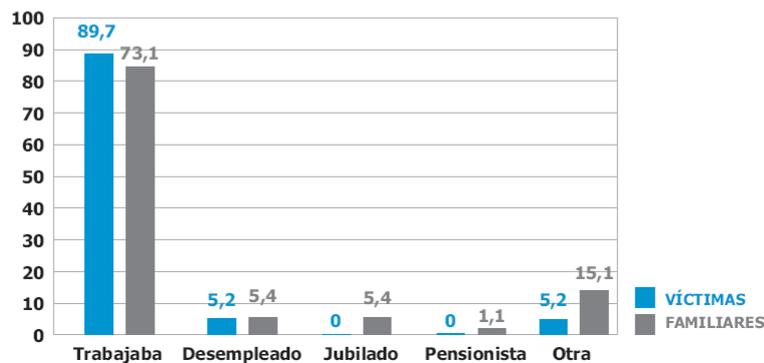


ÁREA LABORAL

Se ha elaborado un área específica para conocer el grado de afectación del atentado en el ámbito laboral. Para ello, se comparó la situación laboral de las víctimas y familiares antes del atentado y después del mismo.

• SITUACIÓN LABORAL DE LAS VÍCTIMAS ANTES DEL ATENTADO.

Con respecto a la situación laboral de las víctimas y familiares antes del atentado, se puede observar que en el caso de las víctimas, el 89,7% se encontraba trabajando y el 73,1% de los familiares también. Un bajo porcentaje se encontraba en situación de desempleo o paro con un 5,2% y 5,4% en víctimas y familiares respectivamente. Ninguna víctima se encontraba jubilado o recibiendo pensión frente a un 5,4% y un 1,1% de familiares que se encontraban en situación de jubilación o pensionista. La opción "otra", hace alusión a todas aquellas actividades que no pueden ser englobadas en las anteriores como ser estudiante, ama de casa, etc. En el caso de las víctimas, el 5,2% se encuentra dentro de ésta opción y el 15,1% de los familiares también.

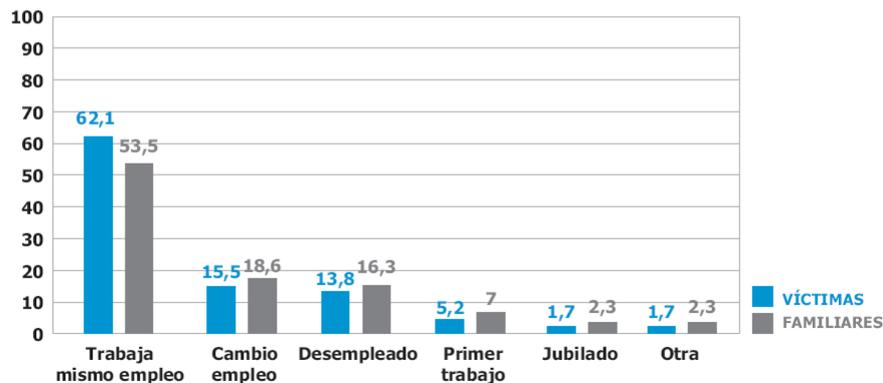


• SITUACIÓN LABORAL ACTUAL DE LAS VÍCTIMAS

Después del atentado, la situación laboral de las víctimas y familiares sufrió importantes cambios.

En el caso de las víctimas el 62,1% se encontraba trabajando en el mismo sitio y en los familiares el 53,5%. En cuanto a la situación de cambio de empleo y desempleo se producen importantes cambios, ya que un 15,5% y el 18,6% de los de las víctimas y de los familiares han cambiado de empleo y un 13,8% y 16,3% de víctimas y familiares, se encuentran en situación de desempleo. El mayor impacto de éstos porcentajes lo representa la situación de los inmigrantes.

El 5,2% y 7% de víctimas y familiares accede a su primer trabajo. Un 1,7% de las víctimas está actualmente jubilado, aumentando la cifra respecto a la situación de antes del atentado en la que ninguno de ellos se encontraba en ésta situación. Esto se debe a que la lesiones físicas y psicológicas, les hizo solicitar la jubilación anticipada.



Un aspecto importante que también se quiso evaluar, fue la situación de Baja de las víctimas y familiares después del atentado y en la actualidad.

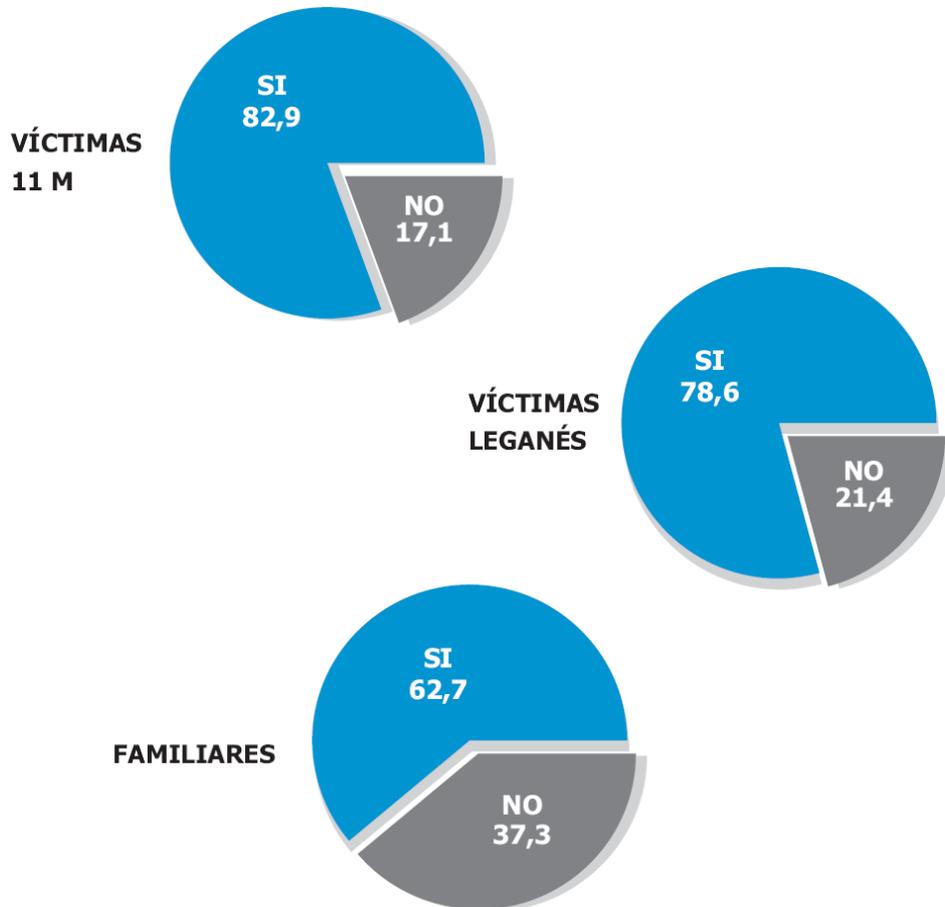
- **SITUACIÓN DE BAJA DESPUÉS DEL ATENTADO EN FAMILIARES Y VÍCTIMAS.**

Los resultados obtenidos en cuanto a la situación de Baja después del atentado, son elevados en víctimas y familiares.

Con respecto a las víctimas del día 11 de Marzo, el porcentaje de Baja es de 82,9%, cifra que se debe a las lesiones físicas y psicológicas que sufrieron y que les hizo estar hospitalizados después del atentado.

Las víctimas del día 3 de Abril, obtienen un porcentaje de 78,6%, debido a que la pérdida de su vivienda ocasionó no sólo importantes pérdidas materiales si no también importantes desajustes psicológicos.

En el caso de los familiares, el porcentaje también es elevado con un 62,7%, cifra que se debe a que tuvieron que ir en búsqueda del familiar afectado que en muchos casos se prolongó durante horas o días y esto les ocasionó importantes problemas emocionales.



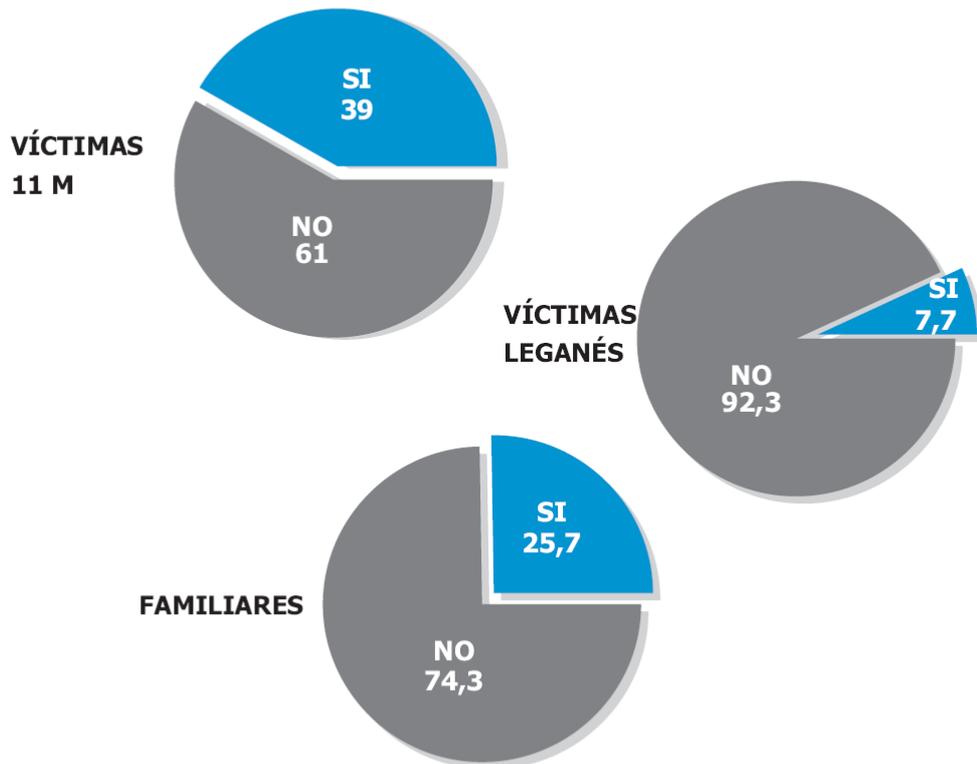
• **SITUACIÓN DE BAJA ACTUAL EN FAMILIARES Y VÍCTIMAS.**

La situación de Baja en la que se encuentran las víctimas y familiares 18 meses después del atentado ha disminuído considerablemente respecto a la situación anterior.

En el caso de las víctimas del día 11 de Marzo presentan en la actualidad un 39% de Baja Debido en la mayoría de los casos a las secuelas físicas y a las operaciones a las que se han tenido que someter para la recuperación de las lesiones.

En las víctimas del día 3 de Abril de Leganés también se produce un importante descenso, habiendo en la actualidad un 7,7% de Baja y una gran mayoría con un porcentaje de 92,3%, que han podido reincorporarse a la vida laboral.

Por último, en lo que respecta a los familiares, su situación de Baja también ha descendido, obteniéndose un porcentaje de 25,7 que en la actualidad se encuentran de Baja. Cifra que sigue siendo llamativa a medio y largo plazo en el que el cuidado y atención requeridos por el familiar afectado, ha sido la primera causa de su situación.



• **TIEMPO DE BAJA.**

Para concluir el área laboral, se va a presentar el tiempo que estuvieron de Baja, cada uno de ellos.

- En las **víctimas del día 11 de Marzo**, el 74,3% estuvo de Baja más de 3 meses, apareciendo un 20% durante más de un año y en algunos casos ésta situación se sigue manteniendo.
- En las **víctimas del día 3 de Abril en Leganés**, el 50% estuvo de Baja menos de un mes y un 33% de uno a tres meses.
- Por último en el caso de los **familiares**, la situación de Baja en el 74,3% se prolongó de una semana a un mes y el 2,9% durante tres meses.

ÁREA SANITARIA

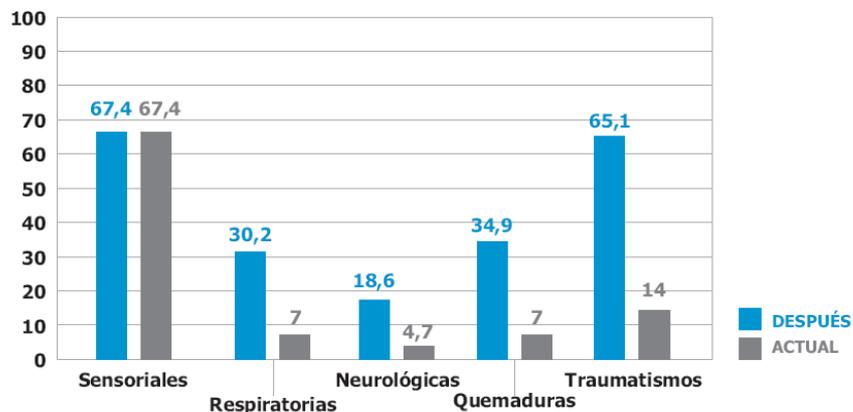
• LESIONES FÍSICAS DESPUÉS DEL ATENTADO Y EN LA ACTUALIDAD.

En el área sanitaria recoge en primer lugar, información sobre las lesiones físicas que presentaron las víctimas inmediatamente después del atentado y cuales de ellas se mantienen en la actualidad.

Las lesiones físicas que se presentan con mayor frecuencia en atentados terroristas son sensoriales, respiratorias, neurológicas, quemaduras y traumatismos.

Después del atentado, las víctimas presentaban con un mayor porcentaje 67,4%, lesiones sensoriales, en especial auditivas y visuales, en segundo lugar con un porcentaje de 65,1%, aparecieron traumatismos, en especial, los craneoencefálicos. Un 34,9% sufrió quemaduras de distinto grado. El 30,2% dificultades respiratorias, presentando en muchos de los casos neumotórax y el 18,6% padeció lesiones neurológicas.

En la actualidad se ha producido un importante descenso de las lesiones físicas a excepción de las sensoriales que se mantienen con un porcentaje de 67,4%, por tanto, en la actualidad hay un importante porcentaje de víctimas con lesiones auditivas y visuales que dificulta la reinserción social y laboral.

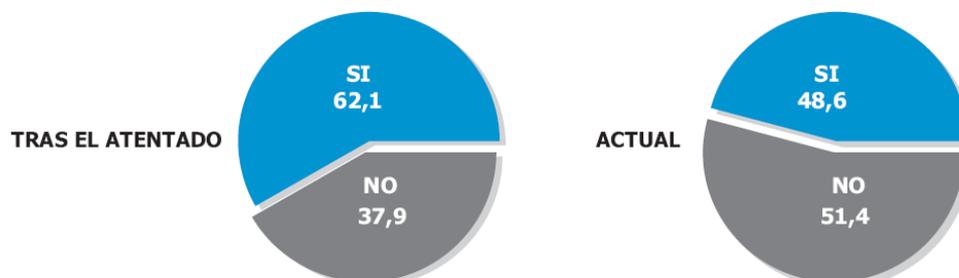


• TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DESPUÉS DEL ATENTADO Y EN LA ACTUALIDAD.

En el área sanitaria se ha obtenido información sobre el tratamiento psicológico que han recibido las víctimas y familiares después del atentado y en la actualidad

Los resultados obtenidos muestran que el 62,1% recibió ayuda psicológica inmediatamente después del atentado y un 37,9% no la recibió.

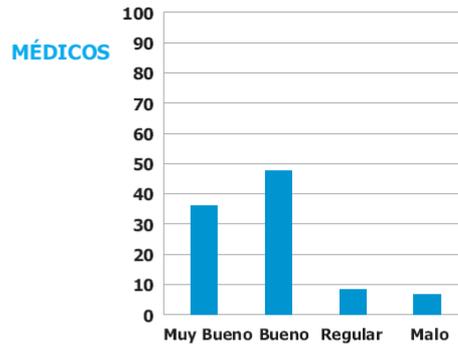
En la actualidad, el 48,6% de víctimas y familiares se encuentra recibiendo ayuda psicológica, frente a un 51,4% que no la está recibiendo.



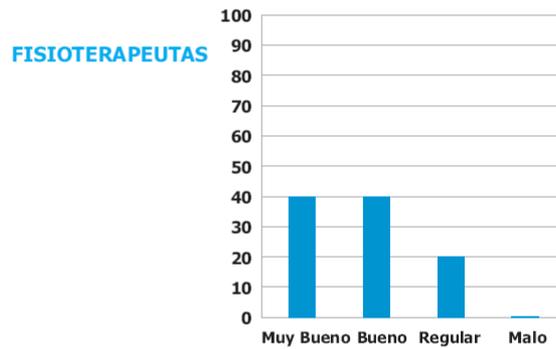
• **GRADO DE SATISFACCIÓN CON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD**

Para finalizar con el área sanitaria, se han obtenido datos sobre el grado de satisfacción que las víctimas y familiares tienen con los profesionales de la salud a los que han tenido que acudir durante éstos 18 meses.

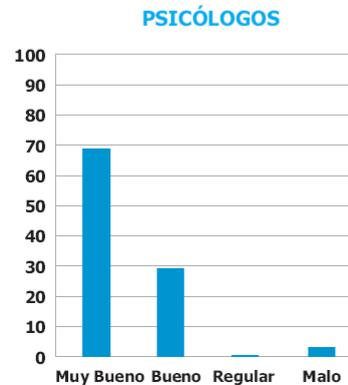
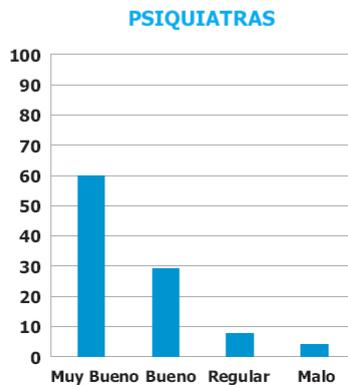
En primer lugar, el grado de satisfacción con los médicos, obtiene una valoración buena, con un 47,8%



En segundo lugar, el grado de satisfacción con el trato ofrecido por los Fisioterapeutas, ha sido valorado como bueno y muy bueno, con un porcentaje de 40% en los dos casos.



En tercer y cuarto lugar, se obtienen las valoraciones realizadas a los Psiquiatras y Psicólogos que son sin duda, los profesionales mejor valorados, con un grado de satisfacción en el caso de los Psiquiatras del 60% y en el caso de los psicólogos con un 70% valorado como "muy bueno" el trato recibido por ellos.

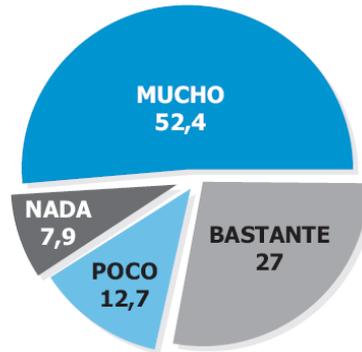


ÁREA FAMILIAR.

• AFECTACIÓN DE LOS HIJOS EN EL ATENTADO

En el área familiar, se ha recogido en primer lugar, el grado en el que los padres consideran que el atentado ha afectado en sus hijos.

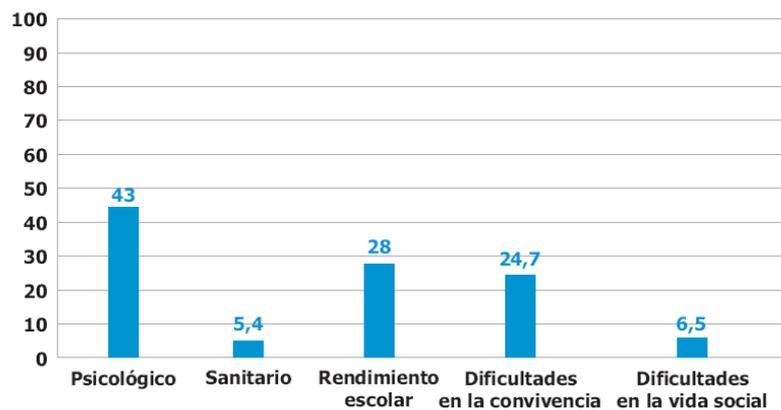
Los resultados muestran que el 52,4% de los padres, considera que el atentado ha afectado mucho a sus hijos, el 27% considera que ha afectado bastante, al 12,7% le ha afectado poco y el 7,9% considera que el atentado no ha afectado en nada a sus hijos.



• ASPECTOS EN LOS QUE SE HAN VISTO AFECTADOS LOS HIJOS

Los aspectos en los que los padres consideran que sus hijos se han visto afectados por el atentado, son en primer lugar con un porcentaje del 43%, por aspectos psicológicos, en segundo lugar con un 28% en el Rendimiento escolar, en tercer lugar con un 24,7% en dificultades en la convivencia familiar y en menor grado con un 5,4% y un 6,5% por aspectos sanitarios y dificultades en la vida social respectivamente.

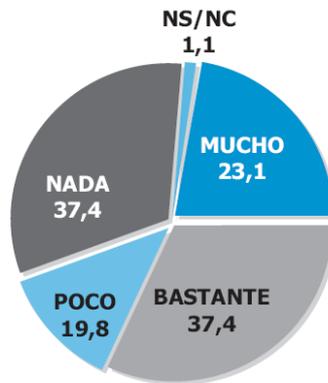
Se podría concluir, que se obtiene un porcentaje alto en el aspecto psicológico, éste influye directamente en el rendimiento escolar que entre otras cosas ocasiona dificultades en la convivencia familiar.



- **DIFICULTADES DE LOS FAMILIARES EN LA CONVIVENCIA CON LA VÍCTIMA DERIVADAS DEL ATENTADO**

Para concluir con el área familiar, se han obtenido datos sobre la valoración que hacen los familiares de la víctima respecto a la convivencia familiar después del atentado.

Los resultados muestran, que el 23,1% de los familiares considera que el atentado ha repercutido mucho en la convivencia familiar, el 37,4%, considera que ha influido bastante, puntuaciones que al sumarlas obtienen un porcentaje elevado en cuanto a la afectación del atentado en mucho y bastante en el núcleo familiar. El 19,8% poco y el 37,4% en nada.

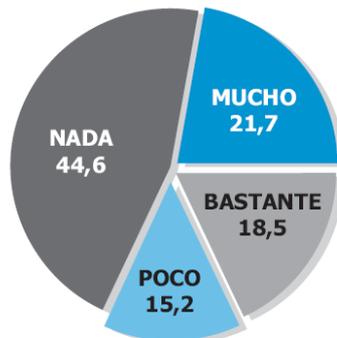


ÁREA ECONÓMICA

En el área económica, se ha obtenido información sobre el impacto del atentado en la economía de las víctimas y sus familiares.

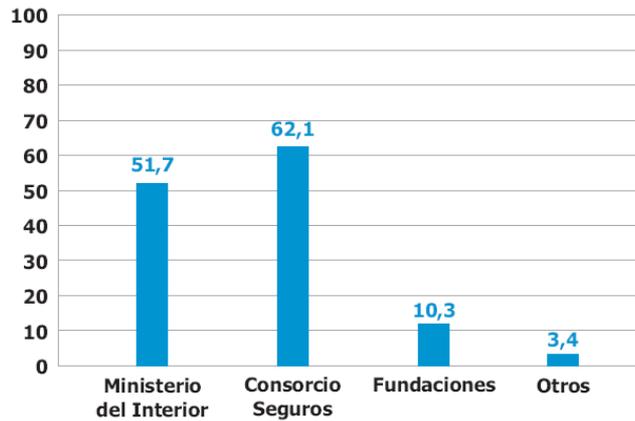
- **PERJUICIO ECONÓMICO A RAÍZ DEL ATENTADO**

El impacto que el atentado ha tenido en la economía de las víctimas y familiares, es valorado por ellos con un porcentaje de 44,6% como "nada o ninguna afectación", con un 21,7% y 18,5% es valorado como "mucho y bastante" respectivamente, el impacto del atentado en su economía, porcentaje que al sumarlos, obtiene un valor elevado. Y por último, con un 15,2% de víctimas y familiares, valoran el grado de afectación económica como consecuencia del atentado como "poca afectación".



• **ORGANISMOS DE LOS QUE SE HAN RECIBIDO LAS AYUDAS**

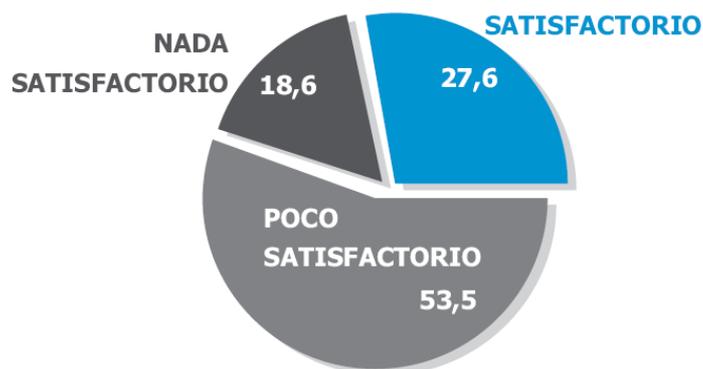
Los Organismos de los que las víctimas han recibido las ayudas económicas proceden en primer lugar, con un 62,1% del Consorcio de compensación de seguros, en segundo lugar del Ministerio del Interior con el 51,7% y por último con un 10,3% han procedido de Las Fundaciones, en especial de la Fundación de Víctimas del Terrorismo. Un porcentaje bajo, del 3,4% corresponde a otros Organismos de los que las víctimas y familiares hubieran recibido las ayudas económicas.



• **GRADO DE SATISFACCIÓN EN LAS AYUDAS RECIBIDAS**

Se evaluó el grado de satisfacción que las víctimas y familiares tuvieron con las ayudas económicas recibidas por los Organismos anteriores.

Los resultados muestran que una gran mayoría, con un porcentaje de 53,5% se han encontrado Poco satisfechos con estas ayudas, un 18,6% no han estado nada satisfechos, porcentajes que al sumarlos se obtiene una cifra elevada en, poco y nada satisfechos con las ayudas económicas recibidas

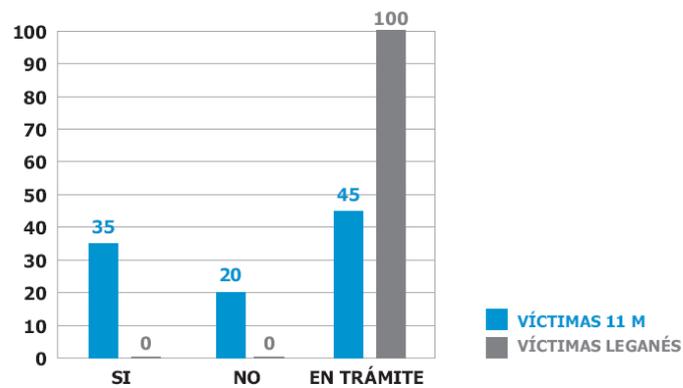


- **INDEMNIZACIONES POR PARTE DEL MINISTERIO DEL INTERIOR**

En el área económica, se quiso recoger también, los porcentajes de las víctimas del día 11 de Marzo y de las víctimas del día 3 de Abril a las que el Ministerio del Interior había indemnizado.

Los resultados muestran que en el caso de las víctimas del día 11 de marzo al 35% se le ha indemnizado por parte del Ministerio del Interior, al 20% se le ha denegado las indemnizaciones y el 45% se encuentra en trámite en la actualidad, éste porcentaje se obtiene de la población total de las víctimas, es decir, por las víctimas que han obtenido el reconocimiento oficial y por las que no lo han obtenido, aspecto que es importante puntualizar, ya que para poder obtener indemnizaciones del Ministerio del Interior, es necesario haber sido reconocido como víctima.

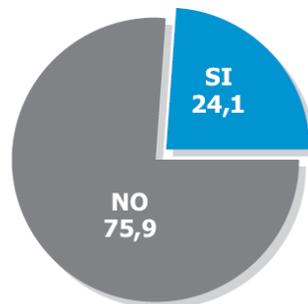
El caso de las víctimas del día 3 de Abril, es significativo, ya que, al 100% le han sido denegadas las indemnizaciones por parte del Ministerio, aspecto que como se ha comentado antes, se refiere a que ninguno de ellos ha obtenido el reconocimiento oficial como víctima bajo la Ley de solidaridad 32/99.



- **AYUDAS ECONÓMICAS PARA HIJOS MENORES.**

Para concluir con el área económica, se ha obtenido información sobre las ayudas económicas que las víctimas han podido recibir para los hijos menores de edad, tales como, ayudas escolares, alimentarias, etc, que debido a las situaciones de Baja de los padres (víctima y familiares), les ha resultado complicado hacer frente.

Los resultados obtenidos muestran, con un porcentaje significativo de 75,9%, de familias que no han recibido ayudas económicas o les han sido denegadas para hijos menores, y un porcentaje de 24,1% si las ha recibido.



ÁREA LEGANÉS

Se ha realizado un área específica dedicada a las víctimas del día 3 de Abril en Leganés, por presentar aspectos significativos que se han desconocido o no se han tenido en cuenta y en consecuencia, ha producido que no obtengan el apoyo social necesitado.

El día 3 de Abril en Leganés, unos terroristas supuestamente se inmolaron y dejaron a muchas familias sin hogar. Tuvieron que salir a la calle con lo puesto, dejando atrás recuerdos y objetos con una importante valoración sentimental.

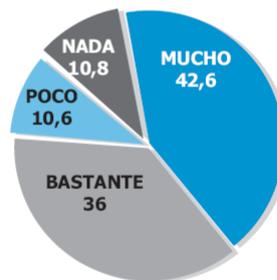
Estuvieron más de 1 año alojados en una segunda vivienda, hasta que la suya se les pudo entregar al finalizar las reformas pertinentes.

Se quiso evaluar todos éstos y otros aspectos para obtener una información global de la situación que tuvieron que vivir en Leganés.

• GRADO DE SATISFACCIÓN CON LA SEGUNDA VIVIENDA

El primer aspecto que se recogió, se refiere al grado de satisfacción que las víctimas tuvieron, con la segunda vivienda en la que estuvieron alojados más de 1 año.

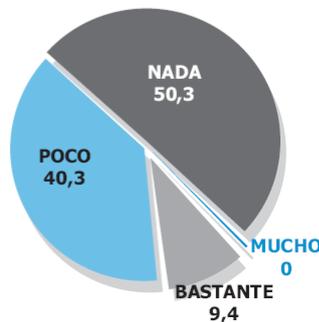
Los resultados muestran que la mayoría de las víctimas con un porcentaje de 42,6% valoró haber estado "muy satisfecho" con la segunda vivienda y el 36% valoró haber estado "bastante" satisfecho, porcentajes que al sumarlos obtienen un valor elevado en cuanto a la satisfacción con la segunda vivienda. Los valores más bajos con 10,6% y 10,8%, fueron valorados como "poco o nada" satisfechos respectivamente.



• NECESIDAD DE HACER REFORMA EN LA ACTUALIDAD, AL REINCORPORARSE A LA VIVIENDA.

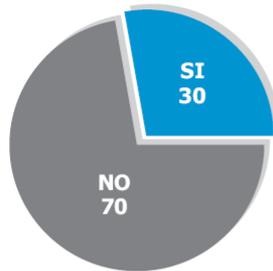
Cuando se entregó la vivienda a las víctimas del día 3 de Abril en Leganés rehabilitada, algunos de ellos, tuvieron que hacer reforma, por ello, se recogió información para obtener los porcentajes de la necesidad que en la actualidad podrían tener, de hacer la reforma.

Los resultados muestran, que la mayoría de las víctimas de Leganés con un porcentaje de 50,3% y 40,3%, tuvieron "nada o poca" necesidad de hacer reforma, y un 9,4% consideró que tuvo que realizar "bastante" reforma.



• **INDEMNIZACIÓN ECONÓMICA PARA GASTOS DE TRASLADO DE RESIDENCIA Y/O ADQUISICIÓN DE MOBILIARIO**

Otro aspecto que se quiso evaluar, fue las indemnizaciones económicas que pudieron recibir para los gastos de traslado de residencia, al reincorporarse a su vivienda, y para la adquisición de un nuevo mobiliario que se perdió el 3 de Abril.

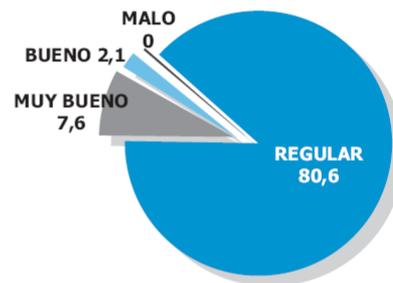


Los porcentajes obtenidos muestran, que la mayoría de las víctimas del día 3 de Abril en Leganés, con un 70%, no han obtenido indemnizaciones económicas para hacer frente a todos esos gastos, y un 30% si las ha obtenido.

• **EL TRATO QUE LAS VÍCTIMAS HAN RECIBIDO DE LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS Y/O ASOCIACIONES.**

Se ha obtenido también, información sobre el trato que las víctimas del día 3 de Abril en Leganés, consideran que han recibido por parte de las Administraciones públicas y/o Asociaciones.

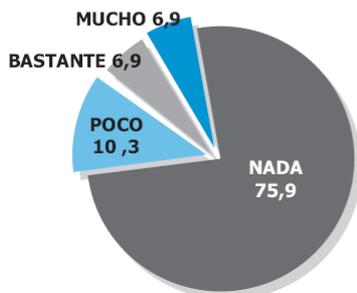
Los resultados muestran que, la mayoría de las víctimas con un porcentaje de 80,6% considera que el trato recibido por las Administraciones y/o Asociaciones, ha sido "regular", con menor porcentaje 2,1% y 7,3%, son valorados como "bueno y muy bueno" y ninguno de ellos valora como "malo" el trato recibido.



ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y LUCHA CONTRA EL TERRORISMO

Para finalizar con los resultados del estudio, se ha incluido un área, que recoge la percepción que las víctimas y familiares tienen, acerca del esclarecimiento del atentado terrorista. El área se denomina, "investigación y lucha contra el terrorismo".

• **GRADO DE INFORMACIÓN SOBRE INVESTIGACIONES ACERCA DEL ATENTADO**

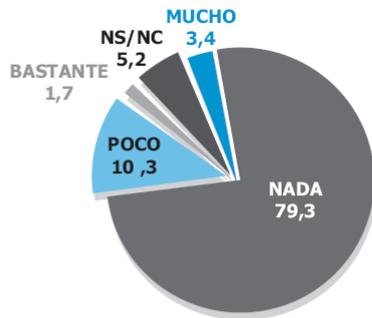


En primer lugar, se recogió el grado de información que tenían las víctimas y familiares, acerca de las investigaciones que se han ido realizando sobre el atentado.

Los porcentajes, son muy significativos ya que la mayoría de ellos con un 75,9%, considera no sentirse "nada" informado sobre las investigaciones, un 10,3% "poco" informado y un 6,9% "mucho y bastante" informado.

• **GRADO DE SATISFACCIÓN SOBRE LA COMISIÓN DEL 11-M**

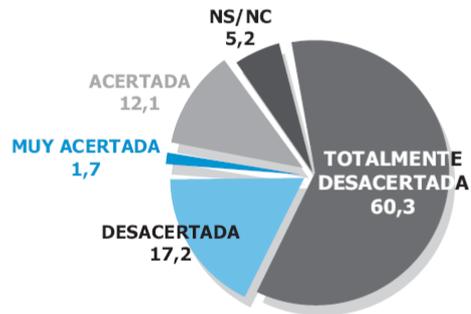
En cuanto al grado de satisfacción que las víctimas y familiares han tenido con respecto a la Comisión del 11-M, se puede decir que una gran mayoría con un 79,3% no se considera “nada” satisfecho con la Comisión del 11-M.



Un 10,3% “poco” satisfecho, porcentaje que al sumarlo con el anterior, obtiene un elevado grado de insatisfacción o poco satisfechos con la Comisión. Con porcentajes más bajos se obtiene con un 3,4% y un 1,7%, las víctimas y familiares que se consideran satisfechos con dicha Comisión.

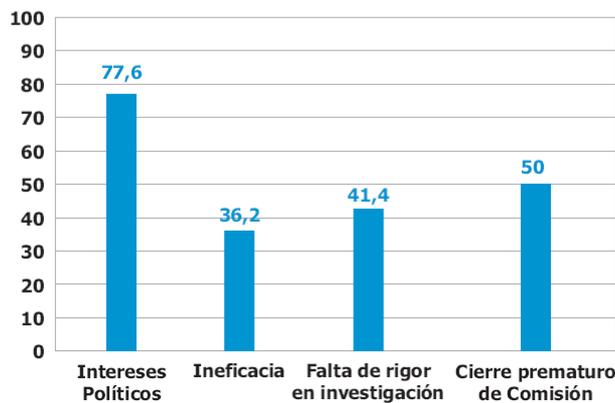
• **OPINIÓN ACERCA DE LA DECISIÓN DE CONCLUIR EL TRABAJO DE LA COMISIÓN**

La opinión que las víctimas y familiares tienen acerca de la decisión de concluir el trabajo de la Comisión, es con una gran mayoría, de un 60,3%, fue “totalmente desacertada”, un 17,2%, lo consideró “desacertada” y un 12,1% y 1,7%, lo consideró “acertado y muy acertado” respectivamente.



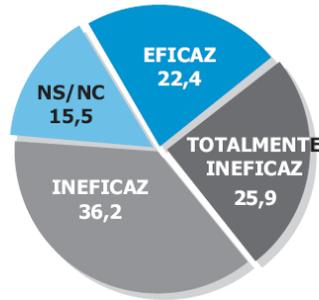
• **MOTIVOS POR LOS QUE LA COMISIÓN NO HA CUMPLIDO SUS OBJETIVOS**

Los motivos por los que consideran las víctimas y familiares, que la comisión no ha cumplido sus objetivos, aparece como primera elección con un porcentaje elevado del 77,6%, por “intereses políticos”, en segundo lugar con un 50%, por “cierre prematuro de la Comisión”, en tercer lugar con un 41,4%, por “falta de rigor en las investigaciones”, y por último con un 36,2%, por “ineficacia”.



• **OPINIÓN SOBRE LA LEGISLACIÓN ACTUAL DE VÍCTIMAS DEL TERRORISMO**

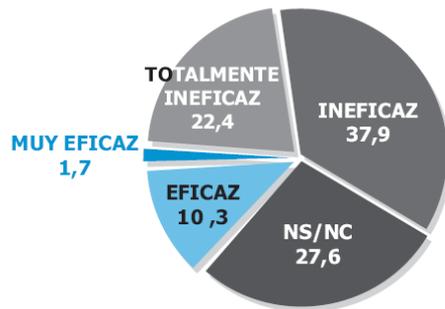
La opinión que las víctimas y familiares tienen sobre la Legislación actual para víctimas del terrorismo, es que la mayoría de ellos, con un 36,2% y 25,9%, considera la Legislación “ineficaz o totalmente ineficaz” respectivamente. Con un porcentaje menor de 22,4% con considera “eficaz” la Legislación actual.



• **OPINIÓN SOBRE LA POLÍTICA ACTUAL DE LUCHA CONTRA EL TERRORISMO.**

Para finalizar con el estudio y con el área, se obtuvo información sobre la opinión que las víctimas y familiares tenían acerca de la Política actual de lucha contra el terrorismo.

Los resultados muestran con una gran mayoría, que el 37,9% y el 27,6% considera “ineficaz o totalmente ineficaz” la política actual de lucha contra el terrorismo, y con porcentajes más bajos de 10,3% y 1,7%, la considera “eficaz o muy eficaz”, respectivamente.



RESULTADOS CUALITATIVOS

Una vez expuestos los resultados cuantitativos que describen las consecuencias sociales para las víctimas del atentado del 11 M, cabe destacar que el estudio ofrece asimismo, resultados de carácter cualitativo, que han surgido a raíz de la aplicación y análisis del cuestionario.

Recordemos que la encuesta se realizó mediante entrevistas personales con la trabajadora social. En un principio, su objetivo fundamental fue, lógicamente, la recogida de datos y la cumplimentación del cuestionario. Sin embargo, ya desde un primer momento, se observó que existía la posibilidad de realizar, al mismo tiempo, entrevistas en profundidad. Es más, este tipo de entrevista surgía de manera espontánea, a partir de la necesidad de las víctimas de poder narrar los sucesos que habían vivido, sus sentimientos y dificultades. Por lo tanto, a la vista de la importancia de la información que iba surgiendo, se fue tomando nota de los datos que se generaban en los encuentros con los socios. Estos datos, además de enriquecer los resultados del estudio, en ocasiones, han trascendido las cuestiones planteadas en el cuestionario.

• SECUELAS PSICOLÓGICAS

En primer lugar, hemos de señalar por su trascendencia, la altísima frecuencia con que, a lo largo de la entrevista, la persona presentaba síntomas de padecer secuelas psicológicas y nos lo comentaba. Ha sido muy frecuente ver que las víctimas padecen aún en la actualidad, situaciones de ansiedad elevada, de irritabilidad ante determinados sucesos, cambios de carácter, estados depresivos que en ocasiones provocan ideaciones suicidas y sentimientos de culpa y dificultades para utilizar los medios públicos de transporte. Con menor frecuencia, hemos observado también actitudes de ira y agresividad.

Ante esta realidad, lógicamente se confrontaron estos datos con los del Gabinete Psicológico de la Asociación, que confirmaba que la situación psicológica actual de muchas de las víctimas es delicada y que se encuentran aún muy afectados por los hechos traumáticos vividos y por sus consecuencias a largo plazo. El dato cobra aún mayor importancia, dado que en este momento existe más de un 50% de las víctimas que componen la muestra que no recibe atención psicológica. Diversas causas parecen explicar el hecho de que no estén en la actualidad recibiendo tratamiento psicológico. Por un lado, las víctimas a menudo no reconocen los síntomas psicológicos que padecen como tales, incluso confundiendo los con signos de enfermedades orgánicas. Por otra parte, existe también una cierta resistencia a acudir a los servicios de atención psicológica y con frecuencia las víctimas procuran superar por sí mismas la situación en que se encuentran. De modo, que resulta de especial importancia dar a conocer este resultado del estudio realizado, a fin de que los distintos profesionales que interviene de uno u otro modo en la atención de las víctimas de terrorismo, tengan en cuenta la trascendencia de detectar este tipo de secuelas psicológicas, que como se acaba de ver, pueden quedar de otro modo desatendidas.

En la Asociación y a raíz del estudio, muchos de estos casos fueron derivados, a nuestro Gabinete psicológico, donde son atendidos en la actualidad, tanto a nivel individual como familiar y grupal en función de las necesidades de cada caso.

• IMPACTO EN LA VIDA FAMILIAR

Por otra parte, debido por un lado a las secuelas físicas que en su mayoría son de índole crónica y a las secuelas psicológicas que acabamos de comentar, hemos de destacar el impacto que estas situaciones han tenido en la vida de pareja de las víctimas, así como en su vida familiar. A menudo, todo el grupo familiar se ha visto alterado y obligado a un proceso de readaptación a las nuevas realidades que han surgido a raíz del atentado. Los cónyuges, padres y hermanos, y en general todos aquellos que conviven con la víctima directa, sufren con mucha frecuencia estados de ansiedad, ante la situación de su familiar afectado y ante la que ellos mismos han vivido. Recordemos que muchos de los familiares, al recibir la noticia del atentado, se vieron enfrentados no solamente al trauma de la noticia, sino a la búsqueda larga e incierta de sus familiares, a largas estancias hospitalarias y a situaciones de salud graves que, en ocasiones, hicieron peligrar la vida de las víctimas o provocaron su fallecimiento.

En la actualidad, las familias se ven enfrentadas, en muchos casos, a situaciones de baja prolongada, jubilación anticipada, esiones auditivas y/o visuales que dificultan la comunicación entre la familia y la víctima, secuelas psicológicas y cambios en la vida laboral y económica. Todo el núcleo de convivencia ha de adaptarse al cambio producido en sus vidas ya menudo, su estructura previa es puesta a prueba. Se ha evidenciado por lo tanto, que las familias requieren seguimiento y apoyo psicosocial a medio y largo plazo, a fin de que alcancen la mayor normalización posible.

- **MENORES**

Asimismo, resulta de especial importancia no pasar por alto la influencia que este tipo de dificultades familiares pueda tener en el desarrollo de los hijos menores de las víctimas y hemos observado que los niños, incluso siendo muy pequeños, presentan en ocasiones signos de alerta elevado, temores nocturnos y sobre todo están sometidos a la presión de crecer en un ambiente familiar que afronta cada día las secuelas del terror. Por lo tanto, consideramos conveniente tener en cuenta estos factores de riesgo, de cara a una labor de prevención con estos menores que resultan imprescindibles, sin desatender por supuesto la necesidad de prevención de secuelas crónicas en el caso de los adultos.

- **VÍCTIMAS INMIGRANTES**

Entre los casos que en la actualidad atendemos en el Departamento de Trabajo Social y cuyas demandas surgieron durante el trabajo de campo, hemos observado que existen enormes diferencias entre las víctimas de origen extranjero y las víctimas españolas. En el caso de los inmigrantes, se suma al enorme impacto del atentado y sus secuelas, la situación previa en la que se encontraban. La inmensa mayoría de ellos tenían situaciones laborales muy inestables, carecían de contratos de trabajo formalizados y por lo tanto de seguridad social. Por otra parte, también carecían de vivienda en propiedad y lógicamente no tenían red familiar de apoyo en España. Estas circunstancias, que constituían en sí mismas factores de riesgo social, interactúan con las consecuencias del atentado, colocando a estas víctimas en una situación aún mayor de vulnerabilidad, que ha generado una cantidad importante de necesidades y demandas sociales en casi todos los ámbitos.

- **DEMANDA SOCIAL IMPLÍCITA**

Un aspecto destacado de la observación realizada durante el trabajo de campo fue, por supuesto, la respuesta de las víctimas que constituían la muestra. Acudieron y participaron en el estudio el 94 % de las personas seleccionadas y demostraron el mayor interés. A menudo, teniendo que desplazarse durante más de una hora y a pesar de su frágil estado de salud.

Este hecho despierta, lógicamente, nuestro más sincero agradecimiento a las víctimas, pero también es una llamada de atención, por cuanto hemos observado que en estos casos, no parece aconsejable trabajar únicamente respondiendo a las demandas directas de las víctimas. De hecho, a lo largo del trabajo de campo, surgieron numerosas demandas, que simplemente hubieran quedado en el silencio, de no ser porque la Asociación tomó contacto directo con las víctimas. Respecto de las demandas sociales que estamos atendiendo, queremos señalar que en muchos casos, la demanda planteada explícitamente por el socio y que suele ser de índole económica o material, dio paso a una gran cantidad de demandas implícitas, de naturaleza tal vez aún más importante, de cara al bienestar de las víctimas.

La mayoría de ellas, hacían referencia al malestar originado en la convivencia familiar, a la preocupación por el impacto que el atentado ha tenido en los hijos, a la necesidad de apoyo psicosocial para afrontar las secuelas físicas y psicológicas que padecen, a la sensación de desinformación respecto de las ayudas que puedan recibir y a la necesidad de seguimiento y contacto con las organizaciones e instituciones involucradas.

Creemos, por lo tanto, que a pesar de que es evidente que ha de evitarse cualquier proceso o intervención que provoque la victimización, ha de ser tenida en cuenta la dificultad que tienen muchas de las víctimas a la hora de acudir por iniciativa propia a los diferentes dispositivos de atención.

- **INTERVENCIÓN COMUNITARIA**

Asimismo, se ha recogido información acerca de zonas geográficas que han sido afectadas en una gran proporción por el atentado del 11 de Marzo y donde no se han realizado hasta el momento, intervenciones de carácter comunitario. En opinión de las víctimas, en zonas de Vallecas, como Madrid Sur, la práctica totalidad de la población ha sido víctima en uno u otro sentido. Recordemos que en esa zona se produjeron la mayor cantidad de víctimas fallecidas y heridas y por lo tanto la mayoría de familiares afectados adultos y niños. Consideramos, que a fin de paliar secuelas psicosociales y brindar la oportunidad a esta población de participar en un proceso de cohesión y organización propia, es de vital importancia la programación de intervenciones comunitarias.

CONCLUSIONES

Expondremos a continuación las conclusiones más relevantes del estudio.

En primer lugar, cabe sin duda destacar y repasar aquellos datos que muestran tendencias más claras y que pueden fundamentar otros estudios en el futuro, así como los Proyectos e Intervenciones que habremos de planificar.

• ÁREA ECONÓMICA

Recordemos por ejemplo, que transcurridos ya más de 18 meses desde el momento del atentado, el 12,8% de las víctimas que componen la muestra, aún no ha recibido la indemnización que les corresponde por parte del Ministerio del Interior por los daños físicos y psicofísicos que han sufrido, dado que éstas aún se encuentran en trámite. (Fundamentalmente, son los casos donde se tramita Gran Invalidez o Incapacidad permanente absoluta o total y casos de inmigrantes (se encuentran pendientes de evaluar)

En cuanto a las víctimas de los sucesos del día 3 de Abril en Leganés, ninguno de ellos ha obtenido el reconocimiento oficial como víctimas de terrorismo y por lo tanto, no acceden a los derechos que de dicho reconocimiento se derivan. Este hecho se explica porque la vigente ley de 32/1999 de solidaridad con las víctimas del terrorismo contempla "todos los hechos terroristas de los que se hayan podido derivar lesiones corporales, físicas o psicofísicas, si bien no se contemplan los daños morales o materiales".

Por lo tanto, en el caso de los vecinos de Leganés resulta evidente que la legislación sencillamente no había previsto, hasta el momento, este tipo de sucesos, donde los actos terroristas no provocan lesiones físicas, sino daños materiales de enorme importancia y secuelas psicológicas que no quedan suficientemente explícitas en el término "psicofísicas", que sí contempla la ley vigente. La dificultad respecto de delimitar el exacto alcance de este término, es actual tema de debate y corresponde a los poderes políticos definir con exactitud su significado y revisar los supuestos en los que se otorga el reconocimiento oficial como víctima del terrorismo.

Además a fecha de hoy, los vecinos de Leganés tampoco han percibido aún la totalidad de la compensación económica que les corresponden por las elevadas pérdidas materiales que han sufrido, que en algunos casos ha significado la pérdida de absolutamente todo cuanto poseían en su vivienda. Más allá del obvio perjuicio material que ha supuesto para los vecinos de Leganés, no podemos pasar por alto el terrible impacto psicológico que supuso para las familias y sus hijos, del cual la mayoría de ellos aún se encuentra en proceso de recuperación.

• ÁREA DE ASESORAMIENTO

En cuanto a la necesidad de ofrecer a las víctimas una información actualizada, más del 93% refiere que carecen de canales unificados de información.

• ÁREA LABORAL

Respecto del área laboral es importante recordar que el 90 % de la muestra trabajaba en el momento del atentado, mientras que en la actualidad esta cifra ha descendido hasta el 62%. El 39 % restante se encuentra desempleado o se ha visto obligado a cambiar de empleo. Hemos visto ya que el desempleo ha afectado fundamentalmente a las víctimas inmigrantes. En cuanto a los motivos del cambio de empleo, han sido en su mayoría debidos a que las víctimas se han visto imposibilitadas para continuar utilizando el tren como medio de transporte a su trabajo y han procurado hallar empleo en la misma zona en que viven. Un porcentaje importante ha cambiado de empleo porque las secuelas físicas que padecen les impiden mantener sus anteriores jornadas laborales y el tipo de actividad que desempeñaban.

• ÁREA SANITARIA

Un 39% y un 25 % de víctimas y familiares respectivamente, se encuentren aún en situación de baja laboral. En el caso de las víctimas, muchas de ellas se encuentran en la actualidad afrontando sucesivas intervenciones quirúrgicas y en el de sus familiares, se trata a menudo de estados de ansiedad y trastornos derivados de la dedicación, esfuerzo y compromiso que conlleva el haberse convertido en los principales cuidadores de las víctimas.

• **ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y LUCHA CONTRA EL TERRORISMO**

Es de destacar que más del 90% de las víctimas declaran no estar satisfechas con el nivel de información que se ha ofrecido a la sociedad civil respecto de las investigaciones realizadas, ni consideran que se haya logrado esclarecer los hechos relativos al atentado, sus causas y responsables directos. En cuanto a los motivos por los cuales las víctimas opinan que no se ha esclarecido la verdad de los hechos, recordemos que existen cifras muy llamativas. El 77,6 opina que se debe a la interferencia de intereses políticos y un 50% al cierre de la Comisión del 11M.

Por otra parte, un 62% de los encuestados manifiestan su insatisfacción con la vigente ley en materia de víctimas del terrorismo y solicitan la correspondiente modificación de dicha ley, mientras que el 60% se encuentra en desacuerdo con la actual política de lucha contra el terrorismo del gobierno español.

Estos datos revelan una tendencia tan clara de insatisfacción, que nos parece importante resaltar esta información. No sólo por lo que en sí misma significa, sino porque en el caso de las víctimas del terrorismo, este hecho constituye una dificultad de cara al proceso de normalización, dado que éste reside fundamentalmente en recuperar la confianza en el sistema político y en recobrar la sensación de seguridad.

• **GRADO DE SATISFACCIÓN CON LOS PROFESIONALES Y LA RED SOCIAL**

Al mismo tiempo, sin embargo, resulta muy positivo y esperanzador destacar el alto grado de satisfacción que hemos podido medir tanto cuantitativa como cualitativamente respecto del trato y la atención ofrecida por la totalidad de los profesionales que han atendido de uno u otro modo a las víctimas. Recordemos, que nos referimos a porcentajes de satisfacción que rondan en casi todos los casos el 85%. Este dato es de especial importancia, dado que suele ser un aspecto desconocido por la sociedad y a menudo por los propios profesionales que han intervenido. Si añadimos a esta información, el hecho de que el porcentaje de satisfacción con el apoyo recibido por las víctimas en el caso de familiares, amigos y vecinos, es decir de las redes sociales más cercanas, es también muy alto, un 85%, observamos que los resultados del estudio confirman plenamente la extendida percepción que tiene la sociedad española, respecto del enorme movimiento de apoyo, unión y solidaridad que despertó entre todos nosotros el terrible atentado del 11 de Marzo.

• **NIVELES DE ATENCIÓN**

Por otra parte, en función de lo expuesto en nuestros resultados de carácter cualitativo, queremos resaltar la necesidad de planificar y llevar a cabo proyectos que contemplen de manera especial, la atención a nivel familiar, grupal y comunitario y muy especialmente la labor de atención y prevención que consideramos se requiere en el caso de los menores.

• **ÁREA DE REINSERCIÓN SOCIAL**

En cuanto a los resultados obtenidos en el área de Reinserción Social, la práctica totalidad de las víctimas tuvo, lógicamente, contacto con algún trabajador social en el momento del atentado. Y en la actualidad, un 33% de las víctimas y más de un 25% de los familiares aún mantienen ese contacto. En cuanto al grado de satisfacción de las víctimas respecto al trato y la atención recibidos, ya hemos visto que más de un 82 % consideran que ha sido bueno o muy bueno. Un 5% opinó que el trato había sido malo en el momento del atentado y, sin embargo, entre aquellas víctimas que continúan manteniendo contacto con trabajadores sociales, este porcentaje ha descendido hasta el 0%. Por supuesto, la posible explicación de esta diferencia de resultados es tan sólo de carácter estimativo, pero cabe preguntarnos si la inexistencia de víctimas que en la actualidad consideren que el trato y la atención son malos, no implica que hay casos que sencillamente se han "perdido", es decir que han dejado de acudir a los diferentes dispositivos de atención social. Más cuando, como acabamos de ver, la presencia de necesidades sociales y de las consiguientes demandas es importante tanto por su frecuencia, como por la importancia de los casos.

En cuanto a la opinión de los entrevistados, respecto de los Programas Sociales existentes para apoyo a las víctimas hemos de recordar que el 67,5% de ellos consideran que han sido y son insuficientes, dato que debe sin duda llevarnos a la reflexión y a la lógica futura planificación de este tipo de programas, como podría ser, por ejemplo, la organización y puesta en marcha de un programa de ayuda mutua.

Hemos percibido entre las víctimas, la gran necesidad que existe de contar con un espacio donde ser escuchados y donde verbalizar sus preocupaciones y dudas y que estas puedan ser recogidas e interpretadas.

Respecto de este tema, es importante destacar hasta que punto es necesaria una intervención de carácter multidisciplinar, llevada a cabo por profesionales con formación específica en este ámbito y manteniendo siempre presente la importancia del trabajo en equipo y la visión global de la intervención social.

Recordemos que en el caso de las víctimas del terrorismo, tratamos con personas en su inmensa mayoría, plenamente integrados en su sociedad, pero cuyas vidas y trayectorias han sufrido un tremendo golpe. Y que no son las necesidades económicas aquellas que más impacto han tenido, sino la sensación que aún late en sus conciencias de temor, de inseguridad, de injusticia y de incertidumbre frente al mundo que les rodea. Por ello, la labor de todos los profesionales que intervienen en este ámbito debe ser especialmente esmerada en ese sentido. Porque es justamente nuestra capacidad de acompañamiento, de consuelo, de comprensión y de humanidad la base del trabajo que hemos de realizar en el camino de apoyar a las víctimas en la superación de estas secuelas.

El terrorismo pone a toda la sociedad ante la más dura de las pruebas. El conocimiento científico que aportan iniciativas como el presente estudio, constituyen por otra parte, la base de conocimiento científico desde la cual podremos actuar acertadamente y seremos capaces de cumplir con nuestra trabajo, brindando así nuestro mejor homenaje en honor de las víctimas.

ANEXO 2

ESTUDIO 36 MESES DESPUÉS

Las víctimas 36 meses después

un estudio comparativo sobre las consecuencias sociales y económicas de los atentados del 11-m y de Leganés, realizado a través de entrevistas personales mantenidas con las víctimas

Realizado por:

Syra Balanzat Alonso, *Psicóloga AAV11M*
Cristina Halffter Azcoiti, *Psicóloga AAV11M*
Ana Zapardiel Fernández, *Trabajadora social AAV11M*
Silvia Merino Gracia, *Trabajadora social AAV11M*

La Suma de Todos

 Comunidad de Madrid

www.madrid.org

ESTUDIOS 36 MESES DESPUÉS

36 meses después del atentado, es decir 3 años después de que ocurrieran los hechos, la Asociación de Ayuda a las Víctimas del 11-M, decidió hacer un análisis tanto cuantitativo como cualitativo sobre la situación de las víctimas en la actualidad.

Éste es el segundo estudio que la Asociación de Ayuda a las Víctimas del 11-M realiza, el primero fue realizado 18 meses después de los atentados, que debido a la relevancia de la información que pudimos obtener sobre las principales necesidades que presentaban las víctimas y familiares, el Estudio 36 meses después, nos permitirán no sólo valorar la situación actual de las víctimas sino establecer una comparación y trabajar la evolución de su situación a corto, medio y largo plazo.

Por un lado este estudio es la herramienta principal que nos ayuda a detectar las necesidades de las víctimas y en función de estas desarrollar los proyectos que les benefician a ellas mismas. Y por otro es una forma de que la opinión pública, y no sólo todos los profesionales que trabajamos con ellos, conozca cómo se encuentran las víctimas 3 años después del atentado.

ÍNDICE

PRÓLOGO	5
LAS VÍCTIMAS 36 MESES DESPUÉS.....	7
Ficha Técnica.....	8
Análisis Cuantitativo	9
Datos Sociodemográficos.....	9
Área del Atentado	11
Área del Asesoramiento	13
Área Legal.....	13
Área Laboral	14
Área Sanitaria	15
Área Económica	16
Área Leganés	16
Área Psicológica	17
Área de Investigación y lucha contra el terrorismo	18
Análisis Cualitativo.....	19

PRÓLOGO

Ángeles Domínguez Herguedas
Presidenta de la Asociación de Ayuda a Víctimas del 11-M

23 de Enero 2007.

En primer lugar, deseo agradecerles su presencia en esta rueda de prensa, que se celebra con motivo de la presentación en sociedad del estudio titulado "las víctimas 36 meses después". Este trabajo, realizado por las profesionales de atención a las víctimas de la Asociación de Ayuda a las Víctimas del 11M, nos permite conocer de primera mano y a tan sólo un mes de la celebración del inicio del juicio oral, por una parte el sentimiento profundo y por otro las consecuencias de todo tipo que padecen quienes sufrieron el atentado cometido el 11 de marzo de 2004 en Madrid. De esta forma, y merced a los datos obtenidos a través del análisis minucioso de las 300 encuestas que han sido realizadas por nuestras psicólogas y trabajadoras sociales, podemos desde la asociación desarrollar aquellos programas y proyectos que mejor respondan a las necesidades de las más de 500 víctimas que forman parte de esa gran familia en la que nos hemos convertido la Asociación de Ayuda a las Víctimas del 11M.

Pero además, a través de la presentación del presente trabajo, deseamos llevar a cabo una labor de información a la ciudadanía y de sensibilización al conjunto de la sociedad acerca de las terribles consecuencias que tanto en el plano personal como familiar ha tenido el brutal atentado perpetrado el 11 de marzo de 2004.



Las víctimas **36** meses después

Estudio comparativo. Consecuencias psicosociales del atentado del 11 M

El estudio que presentamos constituye un segundo acercamiento a las consecuencias psicosociales del atentado del 11 de Marzo en las vidas de las víctimas y sus familiares. Por lo tanto, su estructura es la de un estudio comparativo de la situación de los diferentes ámbitos sociales a 18 meses del atentado y 36 meses.

FICHA TÉCNICA

• Población y muestra

La Asociación Ayuda a Víctimas del 11 M cuenta en este momento, con 550 socios y esta ha sido la población objeto de nuestro estudio.

La estrategia que hemos utilizado para escoger la muestra, ha sido el muestreo probabilístico aleatorio simple. La muestra consta de 300 personas, víctimas de 11M y socias de nuestra Asociación. Entre ellos se encuentran víctimas directas del atentado del día 11 de Marzo y de los sucesos del día 3 de Abril en Leganés así como familiares directos de las mismas.

• Técnica de Investigación

La técnica de investigación que hemos empleado para llevar a cabo este estudio ha sido la encuesta por cuestionario. El cuestionario es de diseño propio de la Asociación, a fin de que su contenido se ajustase lo más posible a las necesidades detectadas y dado que en España no existen estudios de esta naturaleza, en gran medida porque en éste y otros ámbitos de atención, la sociedad española se enfrenta por primera vez a atentados terroristas de esta magnitud.

Se han elaborado dos cuestionarios, uno específico para víctimas y otro para familiares. El cuestionario consta de 12 diferentes áreas de estudio, dado que nuestro interés era poder medir los diferentes ámbitos sociales que pudieran seguir afectadas por el atentado 3 años después y en los que se podían haber generado diferentes necesidades sociales.

• Áreas de estudio

1. Datos sociodemográficos
2. Área Atentado
3. Área de Asesoramiento
4. Área Jurídica
5. Área de Reinserción Social
6. Área de Reinserción Laboral
7. Área Sanitaria
8. Área Familiar
9. Área Económica
10. Área de Leganés
11. Área Psicológica
12. Área de Investigación y Lucha contra el Terrorismo

Se han incluido únicamente preguntas cerradas, dado que este tipo de preguntas resultan especialmente útiles a efectos de la cuantificación de la opinión.

En cuanto a la modalidad de la encuesta que hemos empleado, ésta ha sido la encuesta mediante entrevistas personales con la ventaja añadida de que dada la complejidad del tema, el entrevistador tendría la posibilidad de aclarar preguntas, añadir información y recoger datos que matizan o complementan la información obtenida en las preguntas del cuestionario. Como veremos más tarde, en nuestro caso, esta información fue de especial relevancia.

• Trabajo de Campo

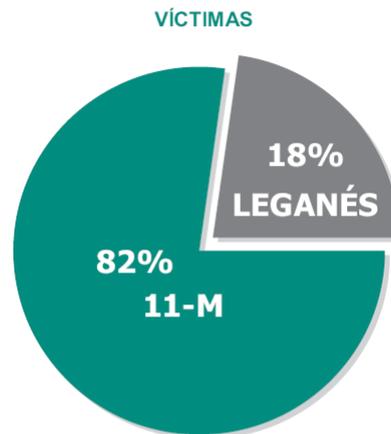
El primer contacto con las personas seleccionadas dentro de la muestra, fue telefónico y la respuesta obtenida ha sido la de la más amplia colaboración por parte de las víctimas, que han acudido a la Asociación.

El trabajo de campo ha sido realizado por las psicólogas y trabajadoras sociales de la Asociación, para aportar al estudio el mayor rigor posible.

ANÁLISIS CUANTITATIVO

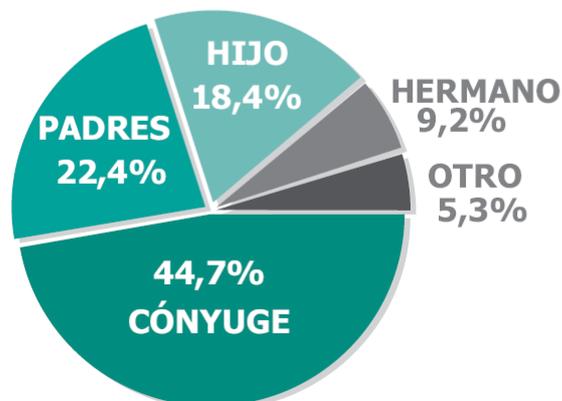
- La Población de estudio, fue de 300 asociados, de los cuales el 59,8% son víctimas de los atentados y el 40,2% familiares de los mismos.

De las víctimas entrevistadas, se obtiene, que el 82% corresponden al día 11 de Marzo y el 18% a las víctimas del día 3 de Abril de Leganés.

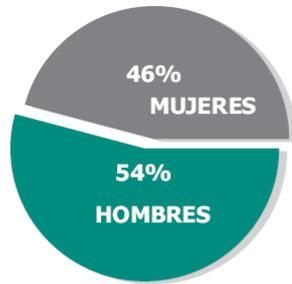


DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

- De los familiares entrevistados, el 44,7% y el 22,4% son cónyuges y padres respectivamente, es decir, el núcleo familiar entrevistado, es el más cercano a la víctima

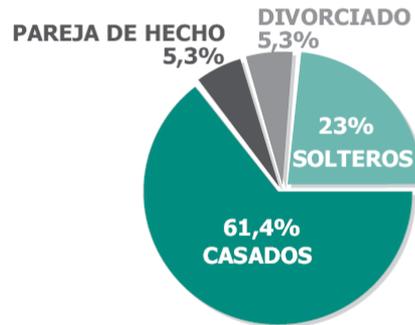


- En cuanto al sexo, El 54% de la muestra entrevistada de víctimas, son hombres y el 61,8% de los familiares, son mujeres.

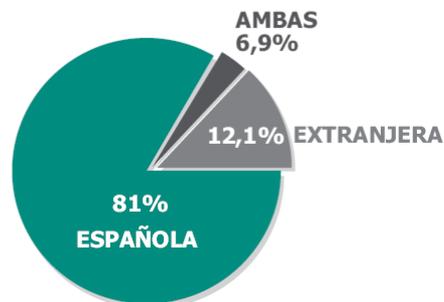


	HOMBRE	MUJER
VÍCTIMA	54%	46%
FAMILIAR	32,2 %	61,8 %

- El estado civil tanto de las víctimas como de los familiares muestra que la mayoría con un 61,9% están casados y a 3 años de los atentados, se ha podido observar que el estado civil no ha sufrido modificaciones



- En cuanto a la nacionalidad, el 81% tiene nacionalidad española en la actualidad, 12,1% extranjera y el 6,9% tiene ambas nacionalidades



- Como consecuencia de los atentados, la situación legal de las víctimas y familiares inmigrantes se vio modificada, ya que, en el caso de las víctimas, el 17,4% obtuvo la nacionalidad, el 13% permiso de residencia, y el 39,1% permiso de residencia y/o trabajo. En el caso de los familiares, ninguno obtuvo la nacionalidad, el 12,5% el permiso de residencia y el 37,5% el permiso de residencia y/o trabajo.

	OBTENCIÓN DE NACIONALIDAD	OBTENCIÓN PERMISO RESIDENCIA	OBTENCIÓN PERMISO RESIDENCIA Y/O TRABAJO	SIN VALORACIÓN
VÍCTIMAS	17,4%	13%	39,1%	30,4%
FAMILIARES	0 %	12,5 %	37,5%	50%

- La franja de edad de las víctimas y familiares entrevistados, se encuentra entre los 30-50 años, siendo la media de 41 años.



ÁREA DEL ATENTADO

- En el área del atentado, a 3 años del atentado, el 67,6% de las víctimas ha obtenido el reconocimiento como víctima de terrorismo, el 27,9% le ha sido denegado y el 4,5% en la actualidad, se encuentra en trámite.

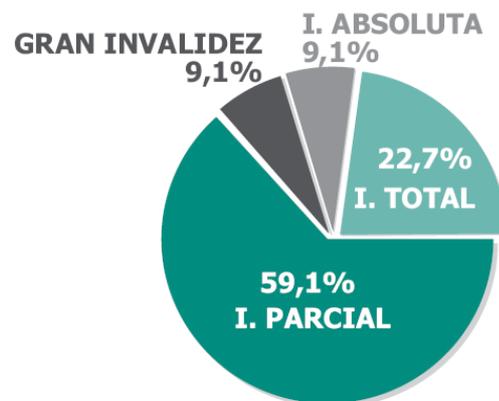


	SÍ	NO	EN TRÁMITE
VÍCTIMAS	67,6%	27,9%	4,5%

- En cuanto a las incapacidades otorgadas como consecuencia del atentado, el 22,1% de las víctimas tiene algún tipo de incapacidad en la actualidad. De las cuales, el 59,1% es una incapacidad permanente parcial, el 22,7% incapacidad total, el 9,1% I. absoluta y el 9,1% es Gran Invalidez.

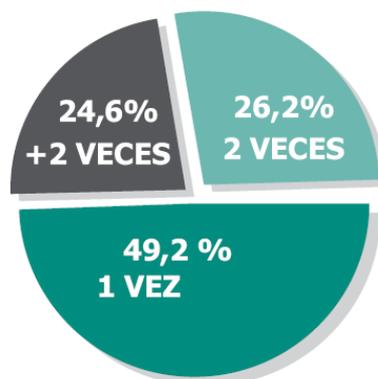
	SÍ	NO
VÍCTIMAS	22,1%	74%

	I. PARCIAL	I. TOTAL	I. ABSOLUTA	GRAN INVALIDEZ
VÍCTIMAS	59,1%	22,7%	9,1%	9,1



- El 65,3% de las víctimas ha acudido al Tribunal médico para la Valoración de secuelas físicas y psicológicas en éstos 3 años. En cuanto al número de veces que han tenido que acudir, obtenemos que el 49,2% ha asistido una vez al Tribunal, el 26,2% dos veces, y el 24,6% más de 2 veces.

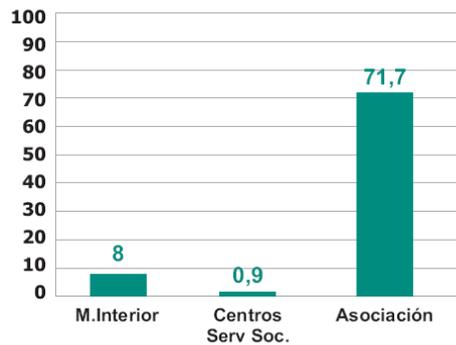
	SÍ	NO
VÍCTIMAS	65,3%	34,7%



ÁREA DEL ASESORAMIENTO

- En el área de asesoramiento, 74,1% de las víctimas tiene contacto en la actualidad con trabajadores sociales, siendo el 71,7% trabajadores sociales de la Asociación

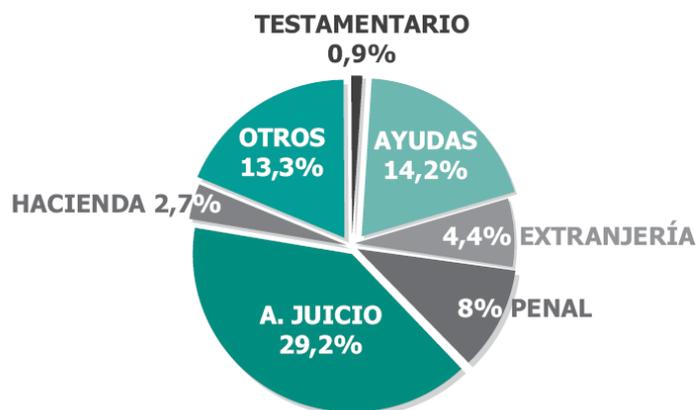
	SÍ	NO
VÍCTIMAS	74,1%	25,9%



ÁREA LEGAL

- En cuanto al apoyo legal, el 59,3% de las víctimas y familiares necesita en la actualidad asesoramiento legal, siendo la mayoría con un 29,2%, asesoramiento en relación a la asistencia al juicio del 11-M que tendrá lugar el próximo mes de Febrero.

	SÍ	NO
VÍCTIMAS	59,3%	40,7%



ÁREA LABORAL

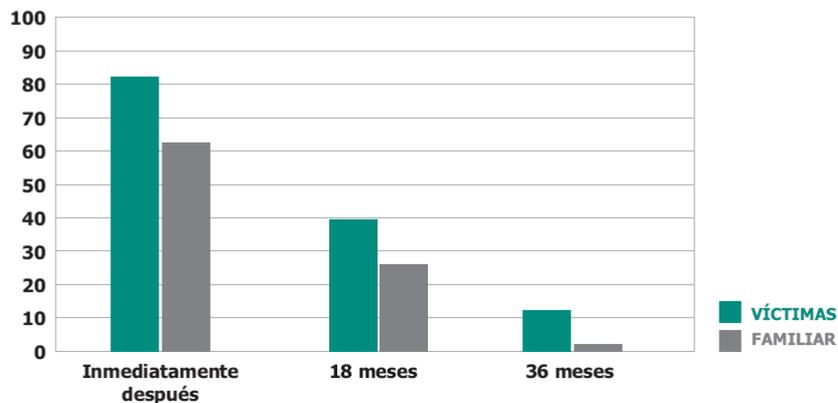
- En el área laboral, la situación de las víctimas y de los familiares se ha visto modificada antes y después del atentado, ya que, el 92,9% de las víctimas trabajaba antes del atentado y en la actualidad trabaja el 62,9%, habiendo una diferencia del 23%. Antes del atentado, el desempleo era del 6,2% y en la actualidad el 12,4%, habiendo una diferencia del 6,2% de las víctimas. En cuanto a la jubilación, el 4,4% de las víctimas en la actualidad. En cuanto a la pensión, antes del atentado el 0,9% la recibía y en la actualidad el 2,7% de las víctimas la recibe.

En los familiares, la situación laboral también ha sufrido cambios, siendo más significativo el desempleo en la actualidad aumentando en un 7,9% con respecto a antes del atentado y la pensión, aumentando en un 5,3% en relación a antes del atentado.

	TRABAJO			DESEMPLEO			JUBILACIÓN			PENSIÓN		
	A	D	Dif	A	D	Dif	A	D	Dif	A	D	Dif
VÍCTIMAS	92,9%	62,9%	23%	6,2%	12,4%	6,2%	0%	4,4%	4,4%	0,9%	2,7%	1,8%
FAMILIARES	59,2%	51,3%	7,9%	11,8%	19,7%	7,9%	5,3%	7,9%	2,6%	2,6%	7,9%	5,3%

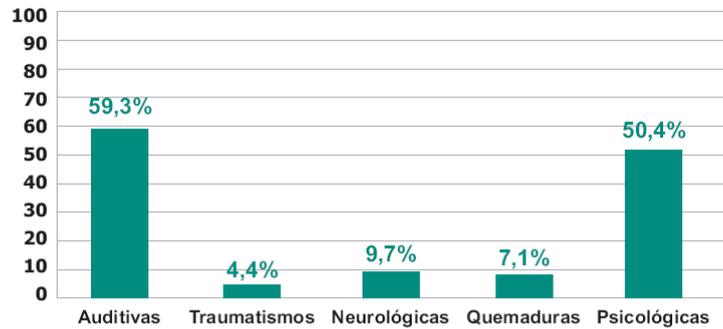
- La situación evolutiva de las Bajas laborales ha experimentado cambios y mejoría desde que ocurrieran los atentados, en el caso de las víctimas, en la actualidad el 10,6% se encuentra de Baja y en los familiares, el 1,3% también se encuentra de Baja.

	INMEDIATAMENTE DESPUÉS	18 MESES	36 MESES
VÍCTIMAS	82,9%	39%	10,6%
FAMILIARES	62,7%	25,7%	1,3%

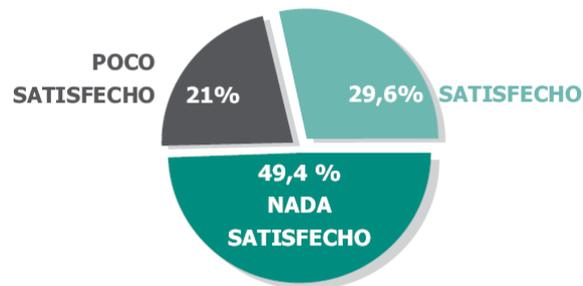


ÁREA SANITARIA

- En el área sanitaria, las principales secuelas psicofísicas que las víctimas padecen en la actualidad a tres años del atentado, son auditivas con 59,3% y psicológicas con un 50,4%.

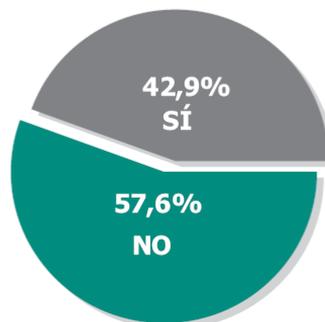


- En cuanto al grado de satisfacción con la baremación de secuelas físicas y psicológicas, como datos más significativos, es que el 21% y el 49,4% está poco o nada satisfecho respectivamente.



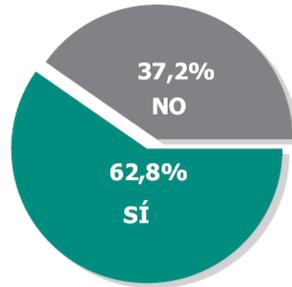
ÁREA FAMILIAR

- En el área familiar, es importante destacar que 42,4% de las víctimas y familiares han tenido que acudir a algún profesional en busca de apoyo psicosocial por las dificultades de convivencia que el atentado ha producido en los afectados.

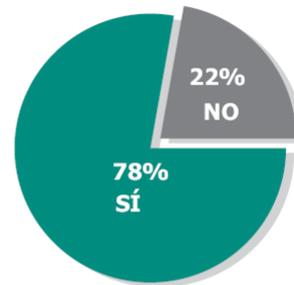


ÁREA ECONÓMICA

- En el área económica, el 62,8% de las víctimas y familiares, comenta que el atentado ha tenido una gran repercusión en su economía. Sobretudo las situaciones afectadas se refieren con un 26,5% a la pérdida de trabajo, un 27,4% a Baja laboral, un 28,35% gastos familiares y un 19,5% gastos médicos

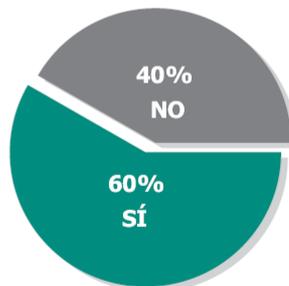


- Como datos más significativo es que, el 78% de las víctimas se encuentran en la actualidad pendientes de la valoración de secuelas e indemnizaciones

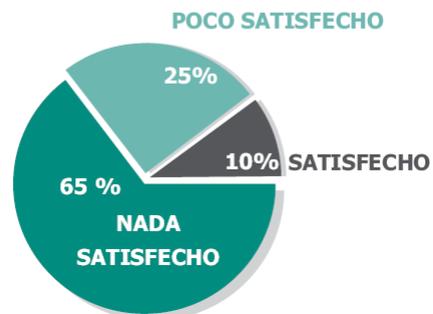


ÁREA DE LEGANÉS

- En el área de Leganés, se ha podido destacar que el 60% de las víctimas que se encontraban viviendo en la vivienda afectada por la explosión el día 3 de Abril, se han tenido que trasladar a otra vivienda por la dificultad de adaptación a la nueva situación.

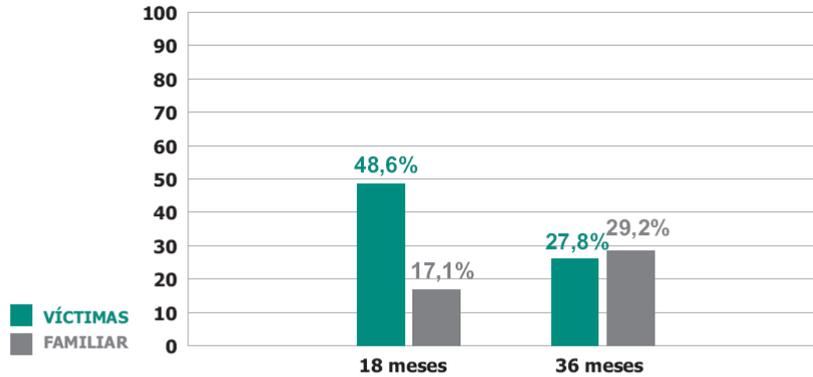


- El apoyo que las víctimas de Leganés, perciben haber recibido de las Administraciones públicas, lo valoran con un 25% y 65% como poco o nada satisfactorio. Es importante destacar como consecuencia de esta situación, la repercusión a nivel psicológico que ha tenido la percepción de falta de apoyo por parte de las Administraciones públicas.



ÁREA PSICOLÓGICA

- En el área psicológica es importante destacar una evolución por parte de las víctimas y familiares a lo largo de estos 3 años, pero es importante destacar que todavía el 27,8% de las víctimas y el 29,2% de los familiares necesita en la actualidad apoyo psicológico.



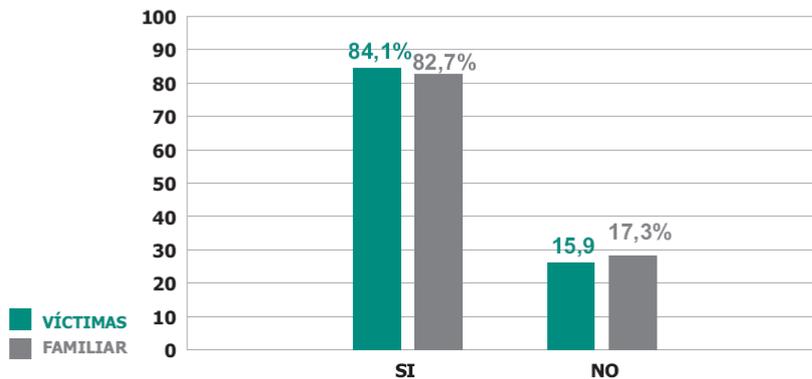
- En el caso de las víctimas, la ayuda que han recibido de las distintas instituciones es la siguiente, el 45,2% ha recibido ayuda psicológica de la Seguridad social, el 32,2 de Las asociaciones, el 16,1% de profesionales privados y el 6,5% del Ministerio del Interior. Los familiares, han recibido apoyo psicológico con un 5,3% de la Seguridad social, otro 5,3% de las Asociaciones y un 1,3% del Ministerio del Interior

	SEGURIDAD SOCIAL	ASOCIACIÓN	P. PRIVADOS	M. INTERIOR
VÍCTIMAS	45,2%	32,2%	16,1%	6,5%
FAMILIARES	43,3%	43,3 %	0%	3,4%

- En cuanto a las víctimas y familiares que han vuelto a utilizar el tren como medio de transporte, nos encontramos que en el caso de las víctimas, el 84,1% si ha podido hacer frente a ésta situación, de los cuales el 37,5% lo hizo durante el primer mes después de los atentados, el 21,9% durante los 6 meses posteriores, el 37,5% más de 6 meses y el 3,1% después de los 2 años.

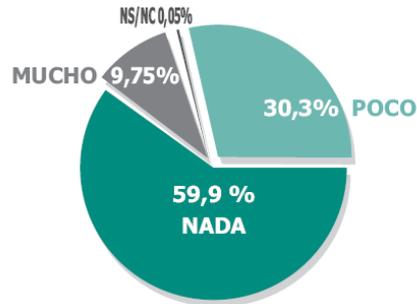
En el caso de los familiares el 82,7% ha vuelto a montar en tren, de los cuales el 45,2% lo hizo durante el primer mes, el 19,4% durante los primeros 6 meses, el 33,9% durante los 6 meses posteriores y el 1,6% después de los 2 años.

Por tanto, el 15,9% de las víctimas y un 17,3% de los familiares, a tres años del atentado todavía no ha vuelto a utilizar el tren.

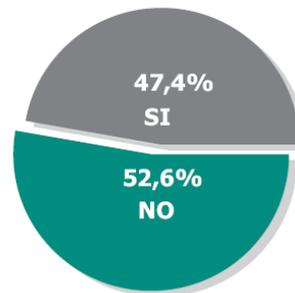


ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y LUCHA CONTRA EL TERRORISMO

- En el área de investigación y lucha contra el terrorismo, tanto las víctimas como los familiares se sienten poco o nada informados con respecto a las investigaciones realizadas sobre lo que ocurrió el 11-M, en un 30,3% y 59,9% respectivamente

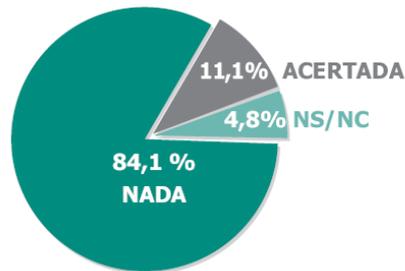


- Un 47,4% valora que el hecho de no estar suficientemente informado, repercute en su recuperación psicológica.

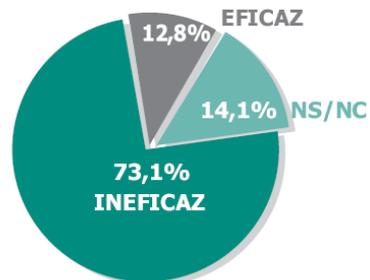


- La postura del gobierno con ETA, tanto las víctimas como los familiares, con un 86,1%, la consideran desacertada.

Se incluyó ésta pregunta en el cuestionario ya que hemos podido observar según las informaciones obtenidas por las propias víctimas, que el terrorismo es un mal universal que afecta e influye en todos los que han padecido estas situaciones.



- Para finalizar, la valoración que las víctimas y los familiares realizan sobre la política actual en materia antiterrorista, es que un 73,1% de ellos, la considera ineficaz



ANÁLISIS CUALITATIVO ESTUDIO 36 MESES

Una vez expuestos los resultados cuantitativos que describen las consecuencias sociales para las víctimas del atentado del 11 M, cabe destacar que el estudio ofrece asimismo, resultados de carácter cualitativo, que han surgido a raíz de la aplicación y análisis del cuestionario.

1. ¿DE QUÉ ORGANISMOS HAN RECIBIDO INFORMACIÓN Y ASESORAMIENTO LAS VÍCTIMAS Y FAMILIARES DEL 11M?

En el estudio se planteó esta pregunta teniendo en cuenta que los organismos que podían prestar esta información a las víctimas eran el Ministerio del Interior, Asociaciones, u otras administraciones públicas.

Así, el porcentaje de víctimas y familiares que recibieron información y asesoramiento del Ministerio del Interior se ve reducido considerablemente en comparación con el porcentaje de víctimas que recibieron asesoramiento desde la Asociación, quedándose el primero, es decir, personas que recibieron asesoramiento por parte del Ministerio del Interior, en un 32%.

Tan sólo un 8% y un 5% del total de las víctimas recibieron ayuda por parte de otras administraciones públicas y de otros organismos diferentes a estos, respectivamente.

El porcentaje más alto es del 83% DEL TOTAL DE VÍCTIMAS, las cuales, recibieron INFORMACIÓN y asesoramiento DESDE la Asociación Ayuda a las víctimas del 11M. No sólo recibieron información sobre las ayudas existentes para este colectivo sino también asesoramiento por parte del departamento de trabajo social y el gabinete de psicología de la Asociación en cuanto a la forma de tramitación y gestión de ayudas, así como asesoramiento y atención psicológica para la superación del trauma vivido y de las secuelas producidas por el mismo.

Por tanto un 42,5% de las víctimas han valorado que la información por parte del Ministerio del Interior no ha sido suficiente, y un 18,6% valora que la información por parte de otras administraciones públicas ha sido insuficiente.

2 APOYO LEGAL QUE NECESITAN LAS VÍCTIMAS 36 MESES DESPUÉS.

En el estudio se preguntó a las víctimas si necesitaban o no apoyo legal 36 meses después del atentado. Más de la mitad del total de las víctimas, concretamente un 60% contestó que necesitaban algún tipo de apoyo legal. La totalidad de las víctimas que actualmente necesitan apoyo legal, lo necesitan para ejercer la acusación particular en el juicio contra los imputados en los atentados del 11M.

Los profesionales de la asociación valoraron la importancia del alto porcentaje de víctimas que estaba interesado en este apoyo legal y pusieron en marcha un protocolo de actuación:

En primer lugar se estableció coordinación con los abogados de la asociación para derivación y valoración de los expedientes de todas las víctimas tanto para la asistencia al juicio como para la solicitud de posibles indemnizaciones según cada caso concreto.

Una vez estudiados los casos por los abogados de la asociación, se convocó una reunión con todas las víctimas donde se les informó más concretamente de cómo iba a realizarse el apoyo legal desde la asociación, y de cómo iba a desarrollarse el juicio por los atentados del 11m. Además se les informó del acompañamiento que recibirían en el juicio por parte de los profesionales de la asociación.

3. TIPO DE AYUDAS RECIBIDAS POR PARTE DE LOS TRABAJADORES SOCIALES

Durante estos 36 meses después del atentado casi el 90% de las víctimas han tenido contacto con un trabajador social y además en la asociación de ayuda a las víctimas del 11m el mismo porcentaje ha recibido algún tipo de ayuda.

La mayoría de las víctimas, un 83% ha recibido información y asesoramiento por parte de los trabajadores de la asociación y a un 70% se le han tramitado ayudas económicas.

En la actualidad todavía hay un 74% de víctimas que está en contacto con los trabajadores sociales de la asociación, y la totalidad de estos está recibiendo asesoramiento por parte de los trabajadores sociales.

Además del asesoramiento y las tramitaciones económicas, el 50% de la totalidad de las víctimas se ha beneficiado del servicio de peritaje médico que ha ofrecido la asociación.

Además en el 100% de los casos se ha realizado una valoración, seguimiento y coordinación con servicios externos a la asociación en los que los expedientes de las víctimas han sido también gestionados.

4. PROGRAMAS SOCIALES QUE LAS VÍCTIMAS NECESITAN

En cuanto a los programas sociales que las víctimas consideran necesarios para la mejora de su calidad de vida 36 meses después de los atentados destaca mayoritariamente la realización de actividades conjuntas entre las víctimas del atentado del 11m. Entre las actividades que más destacan están los grupos de autoayuda y familia, grupos de debate y discusión, y actividades de ocio y tiempo libre.

5. GRADO DE SATISFACCIÓN EN LA BAREMACIÓN DE SECUELAS DE LAS VÍCTIMAS.

En el estudio se ha preguntado a las víctimas del atentado si estaba satisfecho o no con la baremación de secuelas tanto físicas como psicológicas por parte de la administración pública, que es a quien compete dicha valoración.

Casi la mitad del totalidad de las víctimas, concretamente un 49,4% no está nada satisfecho con la valoración de las secuelas.

Además el estado de muchas de las víctimas se ha agravado con el tiempo durante estos 36 meses que han transcurrido desde el atentado.

Por estos motivos, desde la asociación se ha ofrecido un servicio gratuito de peritaje médico, a través del cual un psiquiatra forense acreditado ha valorado las secuelas físicas y psicológicas de las víctimas 36 meses después del atentado.

Estos informes serán relevantes y en algunos casos vinculantes tanto para la revisión de secuelas de las víctimas, como para la solicitud de indemnizaciones en el juicio que se celebre contra los imputados en los atentados del 11 de marzo.

COLECTIVO DE LEGANÉS

Además de analizar la situación de las víctimas del atentado del 11m, también analizamos la situación de las víctimas del atentado del 3 de abril en Leganés, víctimas que vivían en el edificio de la Calle Martín Gaité nº 40 donde supuestamente se inmolaron los terroristas. Hemos querido hacer especial hincapié en este colectivo puesto que desde un principio no fue considerado por las administraciones públicas oficialmente víctima de terrorismo. Además es un colectivo que sufrió la pérdida de sus casas por un largo tiempo, sufriendo desperfectos en sus viviendas con sus correspondientes trastornos y secuelas psicológicas.

Además al no ser consideradas oficialmente víctimas de terrorismo tampoco se les hizo las correspondientes valoraciones médicas por lo que la Asociación ha puesto a su disposición un servicio de peritaje médico que está valorando sus casos de cara al juicio del 11m.

Cabe decir que la Asociación de ayuda a las víctimas del 11m es la única que está trabajando con las 15 familias que sufrieron estos atentados, así pues, para conocer cómo estaba su situación se les preguntó si tres años después de los atentados continuaban viviendo en el mismo edificio. Sorprendentemente el 60% de todos ellos ya no lo hace, por dos razones fundamentales:

1. Por un lado, la mayoría de las viviendas no fueron reconstruidas de manera que quedaran como ellos las habían adquirido en un primer momento, puesto que hasta la fecha, todavía los que viven allí están sufriendo desperfectos. Esto supone que las familias que todavía están allí tengan que desplazarse a otras viviendas mientras les arreglan los desperfectos. Además la mayoría son parejas jóvenes con menores a su cargo que también están sufriendo las consecuencias 36 meses después.
2. Por otro las secuelas psicológicas que quedaron en ellos tras sufrir el atentado del 3 de abril. Muchos de ellos directamente no fueron capaces de regresar al lugar del atentado.

Además, a cerca de un 90% de las víctimas de Leganés no se encuentra satisfecha con el apoyo que han recibido por parte de las administraciones públicas, por un lado porque la intervención afectó negativamente a la recuperación de sus vidas antes del atentado y por otro por la omisión de la administración en cuanto al no reconocimiento oficial a las víctimas de Leganés, como víctimas de un atentado terrorista.

DATOS CUALITATIVOS DEL ÁREA PSICOLÓGICA

Según los datos obtenidos en el estudio, el 50,4% de los afectados, aún presentan síntomas, como ansiedad, depresión y una sensación constante de miedo e inseguridad ante la vida. En muchos casos estas manifestaciones, están hoy en día dificultando la adecuada reinserción de la víctima o su familia, tanto a nivel social, como laboral, o familiar. De hecho el 50% de las familias dicen no haber recuperado aún su vida social previa al atentado.

Así como los síntomas derivados del atentado en víctimas ha ido disminuyendo, es importante señalar, que la necesidad de tratamiento psicológico en familiares ha aumentado con el tiempo, siendo un 29,7% de los familiares los que están recibiendo tratamiento en la actualidad, por tanto, la familia como red de apoyo primaria se ha visto afectada a largo plazo.

Un dato importante, señala que el 16% de las víctimas, sigue sin poder utilizar el tren como medio de transporte, y según nuestra experiencia, muchos de los que sí lo hacen, manifiestan síntomas de ansiedad durante el trayecto, o necesitan ir acompañados de otra persona. Con respecto a los familiares, llama la atención, que un 17,3%, hoy en día siguen sin poder utilizar el tren como medio de transporte, un tanto por ciento superior que en víctimas.

Concluimos por tanto que, a corto plazo la atención psicológica después de producirse un atentado terrorista se centró en el abordaje de la sintomatología que presentaban las víctimas. Esta demanda de atención ha ido decreciendo a lo largo de estos 36 meses. A medio largo plazo, y como corroboran los datos del estudio, el número de familiares que demandan esta atención, ha ido creciendo, puesto que el sistema familiar, como red de apoyo primario de la víctima, se ha visto dañada. Hoy en día la mitad de las familias, dice no haber recuperado la normalidad en sus vidas.

Es importante destacar con la llegada del juicio el próximo mes de Febrero, la aparición de la llamada victimización secundaria. Es decir, la victimización primaria deriva directamente del atentado y la secundaria de la relación posterior entre la víctima y el sistema jurídico-penal, es decir la inadecuada gestión institucional puede contribuir a agravar el daño psicológico, cronificando las secuelas del atentado.

El juicio oral, celebrado mucho tiempo después, produce que las víctimas se vean obligadas a revivir el hecho traumático en público y para muchas de las víctimas, va a suponer una reactualización del trauma y una posibilidad de generar sentimientos de indefensión y desamparo.

Otras fuentes de victimización secundaria, son los medios de comunicación. Las noticias de nuevos atentados, la emisión de imágenes constantes sobre el atentado y el contenido de las mismas, constituye una fuente adicional de victimización.

Por todo esto, desde la Asociación, se va a realizar una preparación psicológica para ayudar a canalizar miedos, expectativas y aportarles herramientas para que pongan en práctica durante el juicio, disminuyendo así el malestar producido

Es importante destacar con la llegada del juicio el próximo mes de Febrero, la aparición de la llamada victimización secundaria. Es decir, la victimización primaria deriva directamente del atentado y la secundaria de la relación posterior entre la víctima y el sistema jurídico-penal, es decir la inadecuada gestión institucional puede contribuir a agravar el daño psicológico, cronificando las secuelas del atentado.

El juicio oral, celebrado mucho tiempo después, produce que las víctimas se vean obligadas a revivir el hecho traumático en público y para muchas de las víctimas, va a suponer una reactualización del trauma y una posibilidad de generar sentimientos de indefensión y desamparo.

Otras fuentes de victimización secundaria, son los medios de comunicación. Las noticias de nuevos atentados, la emisión de imágenes constantes sobre el atentado y el contenido de las mismas, constituye una fuente adicional de victimización.

Por todo ésto, desde la Asociación, se va a realizar una preparación psicológica para ayudar a canalizar miedos, expectativas y aportarles herramientas para que pongan en práctica durante el juicio, disminuyendo así el malestar producido

Por tanto, podemos concluir que las principales necesidades que presentan las víctimas y los familiares 36 meses después de los atentados, son los siguientes:

- Dificultades en la convivencia familiar
- Sensación de desinformación
- Necesidad de contacto con las instituciones
- Necesidad de apoyo frente a las secuelas físicas y psicológicas

ANEXO 3

NORMATIVA BÁSICA ESTATAL Y AUTONÓMICA.

NORMATIVA BÁSICA ESTATAL

- [Ley 31/1991](#), de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 1992 -Disposición adicional vigesimooctava- (*BOE núm. 313, de 31 de diciembre*).
- [Ley 13/1996](#), de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social - artículos 93 al 96 y disposición transitoria tercera- (*BOE núm. 315, de 31 de diciembre*), en su redacción dada por la Ley 66/1997, de 30 de diciembre -artículo 48- (*BOE núm. 313, de 31 de diciembre*), por la Ley 50/1998, de 30 de diciembre -disposición adicional cuadragésima segunda- (*BOE núm. 313, de 31 de diciembre*), por la Ley 24/2001, de 27 de diciembre -artículo 43- (*BOE núm. 313, de 31 de diciembre*) y por la Ley 53/2002, de 30 de diciembre -artículo 49- (*BOE núm. 313, de 31 de diciembre*).
- [Ley 32/1999](#), de 8 de octubre, de Solidaridad con las Víctimas del Terrorismo (*BOE núm. 242, de 9 de octubre*) en su redacción dada por la Ley 14/2000, de 29 de diciembre -disposición adicional novena- (*BOE núm. 313, de 31 de diciembre*) y por la Ley 2/2003, de 12 de marzo (*BOE núm. 62, de 13 de marzo*).
- [Ley 14/2000](#), de 29 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social - Disposición adicional novena- (*BOE núm. 313, de 30 de diciembre*), en su redacción dada por la Ley 51/2007, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2008 - disposición final decimocuarta- (*BOE núm. 310, de 27 de diciembre*).
- [Ley 38/2003, de 17 de noviembre](#), General de Subvenciones (*BOE núm. 276, de 18 de noviembre*), en su redacción dada por la Ley 42/2006, de 28 de diciembre - disposición final octava- (*BOE núm. 311, de 29 de diciembre*).
- [Ley 51/2007, de 26 de diciembre](#), de Presupuestos Generales del Estado para el año 2008 - disposición adicional trigésima quinta- (*BOE núm. 310, de 27 de diciembre*), modificada por el Real Decreto-Ley 1/2008, de 18 de enero (*BOE núm. 17, de 19 de enero*).
- [Real Decreto Ley 4/2005](#), de 11 de marzo, por el que se concede un plazo extraordinario de solicitud de ayudas para las víctimas del terrorismo (*BOE núm. 61, de 12 de marzo*).
- [Real Decreto-Ley 6/2006](#), de 23 de junio, sobre pensiones excepcionales derivadas de atentados terroristas (*BOE núm. 150, de 24 de junio*).
- [Real Decreto 1576/1990](#), de 7 de diciembre, por el que se regula la concesión en el sistema de la Seguridad Social de pensiones extraordinarias motivados por actos de terrorismo (*BOE núm. 294, de 8 de diciembre*).
- [Real Decreto 851/1992](#), de 10 de julio, por el que se regulan determinadas pensiones extraordinarias causadas por actos de terrorismo (*BOE núm. 184, de 1 de agosto*), modificado por el [Real Decreto 38/1998](#), de 16 de enero -artículo 10 y disposición transitoria única- (*BOE núm. 15, de 17 de enero*) y por el [Real Decreto 1761/2007](#), de 28 de diciembre -disposición adicional sexta- (*BOE núm. 313, de 31 de diciembre*).

- [Real Decreto 1912/1999](#), de 17 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de ejecución de la Ley 32/1999, de 8 de octubre, de Solidaridad con las Víctimas del Terrorismo (*BOE núm. 305, de 22 de diciembre*), en su redacción dada por el Real Decreto 288/2003, de 7 de marzo (*BOE núm. 65, de 17 de marzo*) y por el Real Decreto 199/2006, de 17 de febrero (*BOE núm. 43, de 20 de febrero*).
- [Real Decreto 1974/1999](#), de 23 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Real Orden de Reconocimiento Civil a las Víctimas del Terrorismo (*BOE núm. 307, de 24 de diciembre*).
- [Real Decreto 288/2003](#), de 7 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de ayudas y resarcimientos a las víctimas de delitos de terrorismo (*BOE núm. 65, de 17 de marzo*), en su redacción dada por el Real Decreto 199/2006, de 17 de febrero (*BOE núm. 43, de 20 de febrero*).
- [Orden INT/2662/2004](#), de 29 de julio, por la que se regulan los ficheros de datos de carácter personal relativos a afectados por atentados terroristas cuya gestión corresponde al Ministerio del Interior (*BOE núm. 189, de 6 de agosto*).
- [Orden INT/1452/2007](#), de 14 de mayo, por la que se establecen las bases reguladoras de las convocatorias para la concesión de ayudas destinadas a asociaciones, fundaciones, entidades e instituciones, sin ánimo de lucro, cuyo objeto sea la atención a las víctimas del terrorismo. (*BOE núm. 126, de 26 de mayo*).
- [Orden INT/1912/2007](#), de 26 de junio, por la que se publica la convocatoria para la concesión de subvenciones a asociones, fundaciones, entidades e instituciones sin ánimo de lucro, cuyo objeto sea la atención a víctimas del terrorismo. (*BOE núm. 155, de 29 de junio*).

NORMATIVA BÁSICA AUTONÓMICA

Comunidad Foral de Navarra

- Decreto Foral núm. 254/1988, de 27 de octubre, por el que se regula la concesión de ayudas a los afectados por atentados terroristas (*BON núm. 137, de 11 de noviembre*).

Comunidad de Madrid

- Ley 12/1996, de 19 de diciembre, de Ayudas a las Víctimas del Terrorismo (BOCM núm. 307, de 27 de diciembre), modificada por la Ley 7/1997, de 17 de febrero (*BOCM núm. 42, de 19 de febrero y BOE núm. 207, de 29 de agosto*).

- Decreto 5/2000, de 27 de enero, por el que se actualiza el importe de la subvención prevista en el artículo 18 bis de la Ley 12/1996, de 19 de diciembre, de Ayudas a las Víctimas del Terrorismo (*BOCM núm. 307, de 27 de diciembre*), modificada por la Ley 7/1997, de 17 de febrero (*BOCM núm. 28, de 3 de febrero*).

País Vasco

- [Decreto 214/2002](#), de 24 de septiembre, por el que se regula el Programa de Ayudas a las Víctimas del Terrorismo (*BOPV núm. 185, de 30 de septiembre*).

Comunidad Valenciana

- [Ley 1/2004](#), de 24 de mayo, de Ayuda a las Víctimas del Terrorismo (*DOGV núm. 4762, de 27 de mayo*).

Extremadura

- [Ley 6/2005](#), de 27 de diciembre, de medidas para la asistencia y atención de las víctimas del terrorismo y de creación del Centro Extremeño de Estudios para la Paz (*BOE núm. 40, de 16 de febrero de 2006*)