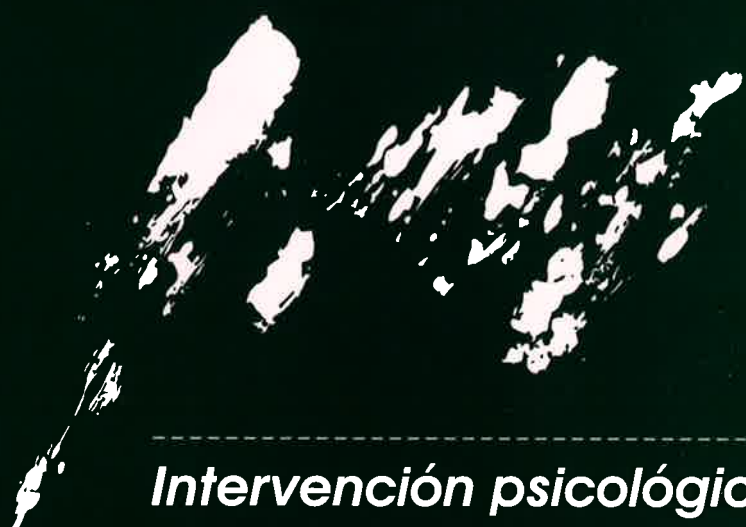


CLÍNICA Y SALUD



*Intervención psicológica
tras los atentados del
11 de marzo en Madrid*



**Colegio Oficial
de Psicólogos
de Madrid**

MONOGRAFIA PROFESIONAL - VOLUMEN 15 - 2004

MONOGRAFIA PROFESIONAL - VOLUMEN 15 PAGES. 1-88)

CLÍNICA Y SALUD

AÑO 2004

CLÍNICA Y SALUD

MONOGRAFIA PROFESIONAL
VOLUMEN 15 - Año 2004

	Págs.
Presentación	5
Intervención psicológica tras los atentados del 11 de marzo en Madrid. Ana Lillo de la Cruz, Fernando A. Muñoz, Enrique Parada torres, Antonio Puerta Torres, María Ramos Martín, Mónica Pereira Dávila, M. Sol del Val Espinosa, Alfredo Guijarro Olivares.....	7
1. Introducción	9
1.2. Lugares de asistencia psicológica	10
1.3. Población atendida	11
1.4. Guías de apoyo/ayuda psicológica elaboradas	11
1.5. Número de psicólogos voluntarios activados	11
1.6. Asistencias psicológicas realizadas	11
1.7. Coordinación con las autoridades e instituciones públicas	12
2. La coordinación psicológica en el 11-M	12
2.1. Introducción	12
2.2. Marco teórico	13
2.3. Desarrollo del operativo	14
2.3.1. Despliegue del operativo	15
2.3.2. La secuencia de actuación	16
2.3.3. La información dentro de la labor de coordinación	17
2.3.4. La selección de los intervinientes	20
2.3.5. Y sin embargo funcionó	21
2.4. Puntos clave a debatir	22
3. Intervención psicológica con familiares y amigos de los afectados por los atentados del 11-M en IFEMA	24
3.1. Puesta en marcha del dispositivo de atención a las familias de los días 11, 12 y 13 de marzo de 2004	25
3.1.1. Organización de la atención a las familias	25
3.1.2. Tareas iniciales de la atención psicológica	26
3.1.3. Base de datos de la atención en IFEMA	28
3.1.4. Desarrollo de la atención a las familias	30
3.1.5. Comunicación de la noticia del fallecimiento y reconocimiento del cadáver	31
3.2. Rueda de reconocimiento de objetos en el IFEMA	36
3.2.1. La exposición de los objetos	37
3.2.2. Espacios y medios para la atención	39
3.2.3. Trabajo en colaboración de los psicólogos con la Policía Científica	41
3.2.4. Preparación de los profesionales	43
3.2.5. Atención integral a los familiares	44
3.3. Conclusiones	45
4. Atención telefónica tras el 11-M.....	45
4.1. Introducción	47
4.2. Atención telefónica realizada en el centro de emergencias Madrid 112	49
4.3. Atención telefónica realizada en el centro de coordinación Summa 112	53
4.4. Conclusiones	58
5- Atención psicológica en otros escenarios	58
5.1. Asistencia en los hoteles a las familias	58
5.2. Asistencia en tanatorios	59
5.3. Asistencia psicológica domiciliaria para los afectados y sus familiares	60
5.4. Información recogida telefónicamente	61
5.5. Procedimiento de la intervención	61
5.6. La población atendida	63
5.7. Conclusiones	69
6. El Debriefing psicológico: Intervención con profesionales del Madrid 112 / Summa 112	69
6.1. Introducción	69
6.2. Intervención multicomponente con intervinientes de Madrid 112 y Summa 112 tras el 11 M	70
6.3. El Debriefing psicológico	71
6.3.1. Marco general	71
6.3.2. Objetivos del Debriefing	71
6.3.3. Principios generales del Debriefing	72
6.3.4. Estructura del Debriefing	73
6.4. El Debriefing psicológico en intervinientes del Madrid 112/Summa 112	76
6.4.1. Participantes	76
6.4.2. Medidas	77
6.4.3. Procedimiento	78
6.4.5. Resultados	78
Agradecimientos	83
Reconocimientos	84
Bibliografía	85

CLÍNICA Y SALUD

MONOGRAFIA PROFESIONAL

VOLUMEN 15 - Año 2004

Intervención psicológica tras los atentados del 11 de marzo en Madrid

Grupo de Trabajo de Psicología de Urgencia, Emergencia y Catástrofes.
Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid

Directores:

LUCILA ANDRES, FELIPE MARIN

Directores asociados:

CARLOS ALEMANY, JESUS M.ª CARRILLO

Coordinadora de Redacción:

AZUCENA MONTES MARIN, PALOMA MÉNDEZ DE MIGUEL

Comité de Redacción:

DIONISIO ARANDA, RAÚL CABESTRERO, MARÍA PRIETO, SUSANA SZUREK

Consejo Editorial:

ANTONIO AGUADO, GLORIA AGUIRRE, MAXIMO ALAEZ, VERANIA ANDRES, RUBEN ARDILA, M.ª DOLORES AVIA, ALEJANDRO AVILA, PILAR BALLESTERO, FRANCISCO BAS, RAMON BAYES, AARON T. BECK, AMPARO BELLOCH, AMALIO BLANCO, CRISTINA BOTELLA, CARMEN BRAGADO, JOSE BUENDÍA, G. LEONARD BURNS, ISABEL CALONGE, ROSA CALVO, ANTONIO CANO, SERAFIN CARBALLO, JOSE A. CARROBLES, NOREEN CLARCK, MIGUEL COSTA, CARMEN CUNARRO, JUAN CARLOS DURO, ENRIQUE ETXEBURUA, HECTOR FERNANDEZ ALVAREZ, ROCIO FERNANDEZ BALLESTEROS, JUAN CARLOS FERNANDEZ CASTRILLO, IGNACIO GARATE, MIGUEL ANXO GARCIA, ENRIQUE GARCIA HUETE, FELIX GARCIA-VILLANOVA, JOSE GUITIERREZ TERRAZAS, DAVID A. HAAGA, WAYNE H. HOLTZMAN, EMILIO IRAZABAL, DINA KAUSKOF, MARGARITA LAVIANA, JOSE LUIS LEAL, LOLA LORENZO, CARMEN MAGANTO, FERNANDO MANSILLA, BARBARA MARIN, GERARDO MARIN, J.D. MATARAZZO, F.M. McPHERSON, MARIA INES MENOTTI, JUAN JOSE MIGUEL TOBAL, BLANCA MORENO, PÉRE NOTO, RAQUEL NUNEZ, BEGONA OLABARRIA, EDUARDO PAOLINI, PEDRO PEREZ, JESUS RODRIGUEZ MARIN, CARLOS RODRIGUEZ SUTIL, M.ª LUZ RUBI, M.ª ANGELES RUIZ, P.G. SCHMITZ, CONCHA SENDIN, ARTHUR W. STAATS, ALEJANDRO TORRES, SILVIA TUBÉRT, FELIPE VALLEJO, MIGUEL ANGEL VALLEJO, ENCARNACION VAZQUEZ, PILAR VAZQUEZ, JAIME VILA

Secretaría de Redacción:

JAVIER MARTINEZ, ROSA PILLADO

Clínica y salud se encuentra incluida en las siguientes bases de datos bibliográficas:

- PsylNFOonline database.- American Psychological Association.
- Psychological Abstracts.- American Psychological Association.
- PsycLIT.- American Psychological Association.
- ClínPSYC.- American Psychological Association.
- PSEDISOC.- CINDOC, Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- PSICODOC.- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- IBECS.- Indice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud.

INTERNET REVISTA CLINICA Y SALUD

E-Mail: clinsalud@correo.cop.es

<http://www.cop.es/publicaciones/clínica/clínica.htm>

EDITA Y DISTRIBUYE: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

C/ Cuesta de San Vicente, 4, 6ª planta. 28008 Madrid. Tlf.: 91 541 99 99 Fax.: 91 559 03 03.

Depósito Legal: M. 37.437-1985. I.S.S.N.: 1135-0806.

Fotocomposición e impresión: NITRAL GRAFICAS, S.L. - Arroyo Bueno, 2 - 2.º C - 28021 Madrid

CLINICA Y SALUD no se hace responsable ni suscribe las opiniones del o de los firmantes de los artículos

	Págs.
Presentación	5
Intervención psicológica tras los atentados del 11 de marzo en Madrid. Ana Lillo de la Cruz, Fernando A. Muñoz, Enrique Parada torres, Antonio Puerta Torres, María Ramos Martín, Mónica Pereira Dávila, M. Sol del Val Espinosa, Alfredo Guijarro Olivares.....	7
1. Introducción	9
1.2. Lugares de asistencia psicológica	10
1.3. Población atendida	11
1.4. Guías de apoyo/ayuda psicológica elaboradas	11
1.5. Número de psicólogos voluntarios activados	11
1.6. Asistencias psicológicas realizadas	11
1.7. Coordinación con las autoridades e instituciones públicas	12
2. La coordinación psicológica en el 11-M	12
2.1. Introducción	12
2.2. Marco teórico	13
2.3. Desarrollo del operativo	14
2.3.1. Despliegue del operativo	15
2.3.2. La secuencia de actuación	16
2.3.3. La información dentro de la labor de coordinación	17
2.3.4. La selección de los intervinientes	20
2.3.5. Y sin embargo funcionó	21
2.4. Puntos clave a debatir	22
3. Intervención psicológica con familiares y amigos de los afectados por los atentados del 11-M en IFEMA	24
3.1. Puesta en marcha del dispositivo de atención a las familias de los días 11, 12 y 13 de marzo de 2004	25
3.1.1. Organización de la atención a las familias	25
3.1.2. Tareas iniciales de la atención psicológica	26
3.1.3. Base de datos de la atención en IFEMA	28
3.1.4. Desarrollo de la atención a las familias	30
3.1.5. Comunicación de la noticia del fallecimiento y reconocimiento del cadáver	31
3.2. Rueda de reconocimiento de objetos en el IFEMA	36
3.2.1. La exposición de los objetos	37
3.2.2. Espacios y medios para la atención	39
3.2.3. Trabajo en colaboración de los psicólogos con la Policía Científica	41
3.2.4. Preparación de los profesionales	43
3.2.5. Atención integral a los familiares	44
3.3. Conclusiones	45
4. Atención telefónica tras el 11-M.....	45
4.1. Introducción	47
4.2. Atención telefónica realizada en el centro de emergencias Madrid 112	49
4.3. Atención telefónica realizada en el centro de coordinación Summa 112	53
4.4. Conclusiones	58
5- Atención psicológica en otros escenarios	58
5.1. Asistencia en los hoteles a las familias	58
5.2. Asistencia en tanatorios	59
5.3. Asistencia psicológica domiciliaria para los afectados y sus familiares	60
5.4. Información recogida telefónicamente	61
5.5. Procedimiento de la intervención	61
5.6. La población atendida	63
5.7. Conclusiones	69
6. El Debriefing psicológico: Intervención con profesionales del Madrid 112 / Summa 112	69
6.1. Introducción	69
6.2. Intervención multicomponente con intervinientes de Madrid 112 y Summa 112 tras el 11 M	70
6.3. El Debriefing psicológico	71
6.3.1. Marco general	71
6.3.2. Objetivos del Debriefing	71
6.3.3. Principios generales del Debriefing	72
6.3.4. Estructura del Debriefing	73
6.4. El Debriefing psicológico en intervinientes del Madrid 112/Summa 112	76
6.4.1. Participantes	76
6.4.2. Medidas	77
6.4.3. Procedimiento	78
6.4.5. Resultados	78
Agradecimientos	83
Reconocimientos	84
Bibliografía	85

	Págs.
Presentation	5
Psychological intervention in Madrid March 11 after Terrorist Attacks. Ana Lillo de la Cruz, Fernando A. Muñoz Prieto, Enrique Parada Torres, Antonio Puerta Torres, María Ramos Martín, Mónica Pereira Dávila, M. Sol del Val Espinosa, Alfredo Guijarro Olivares.	7
1. Introduction	9
1.2. Locations of psychological care	10
1.3. Population assisted	11
1.4. Guides of psychological support/care	11
1.5. Number of psychologists who volunteered and were activated	11
1.6. Psychological interventions carried out	11
1.7. Coordination with public authorities and institutions	12
2. Psychological coordination on March 11	12
2.1. Introduction	12
2.2. Theoretical frame	13
2.3. Development of the setting	14
2.3.1. Deployment of the setting	15
2.3.2. Timing of intervention	16
2.3.3. Information within coordination actions	17
2.3.4. Selection of intervenient people	20
2.3.5. And nevertheless... it worked	21
2.4. Key points to be discussed	22
3. Psychological intervention in IFEMA with families and friends of March 11 victims.	24
3.1. Implementation of family care setting on March 11, 12 and 13	24
3.1.1. Organization of family care	25
3.1.2. First steps in psychological care	26
3.1.3. Database of psychological care in IFEMA	28
3.1.4. Implementation of family care	30
3.1.5. Communication of decease to families and identification of corpses	31
3.2. Parade for the identification of objects in IFEMA	36
3.2.1. Exhibition of objects	37
3.2.2. Spaces and means for assistance	39
3.2.3. Cooperation of psychologists with investigation police	41
3.2.4. Preparation of professionals	43
3.2.5. Comprehensive care of families	44
3.3. Conclusions	45
4. On line (telephone) assistance after March 11	47
4.1. Introduction	47
4.2. On line assistance in Madrid 112 emergency center	49
4.3. On line assistance in Summa 112 coordination center	53
4.4. Conclusions	58
5. Psychological care in other settings	58
5.1. Family assistance in hotels	58
5.2. Assistance in morgues	59
5.3. Home psychological assistance for victims and families	60
5.4. Information gathered on the telephone	61
5.5. Intervention procedure	61
5.6. Population assisted	63
5.7. Conclusions	69
6. Psychological debriefing: Intervention with Madrid 112 and Summa 112 personnel.	69
6.1. Introduction	69
6.2. Multi-component intervention with Madrid 112 and Summa 112 intervenient people after March 11	70
6.3. Psychological debriefing	71
6.3.1. General frame	71
6.3.2. Aims of debriefing	71
6.3.3. General principles of debriefing	72
6.3.4. Debriefing framework	73
6.4. Psychological debriefing with Madrid 112 and Summa 112 intervenient people.	76
6.4.1. Participants	76
6.4.2. Steps	78
6.4.3. Procedures	78
6.4.4. Results	79
Acknowledgements	83
Recognition	84
References	85

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Intervención psicológica tras los atentados del 11 de marzo en Madrid*

Psychological intervention in Madrid march 11 after terrorist attacks

**ANA LILLO DE LA CRUZ
FERNANDO A. MUÑOZ PRIETO
ENRIQUE PARADA TORRES
ANTONIO PUERTA TORRES
MARÍA RAMOS MARTÍN
MÓNICA PEREIRA DÁVILA
M. SOL DEL VAL ESPINOSA
ALFREDO GUIJARRO OLIVARES**

RESUMEN

En el artículo aparece reflejado el dispositivo de coordinación y asistencia psicológica, que el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, articuló para la asistencia a víctimas de los atentados terroristas del 11 de Marzo de 2004 de Madrid.

Dicho dispositivo prestó asistencia a heridos, familiares de fallecidos y de heridos, población en general y personal interviniente.

Las asistencias fueron realizadas en los Centros de Coordinación de Emergencias, hospitales, IFEMA, tanatorios y depósito de fallecidos, cementerios, comisarías de policía, hoteles, domicilios.

Se describen los lugares y tipos de asistencia realizadas, así como las dificultades en las mismas.

* Grupo de Trabajo de Psicología de Urgencia, Emergencia y Catástrofes. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Cuesta de San Vicente, 4, 6.ª planta. e-mail: copmadrid@cop.es

ABSTRACT

This paper gives detailed information on the procedure of coordination and psychological assistance provided by the Spanish Psychological Association (Colegio Oficial de Psicólogos) to assist victims of the terrorist attack that took place in Madrid on March 11 2004. Such a procedure included the assistance to injured, families of the dead and injured, citizens in general and rescue teams.

Assistance was provided in Emergency Coordination Centers, hospitals, the zero ground, morgues, graveyards, police stations, hotels, homes, etc. A description of some of the assistance types and locations is provided, along with difficulties encountered.

PALABRAS CLAVE

Catástrofe, Terrorismo, Emergencia, Crisis, Atentado, Psicología de Emergencia, Debriefing.

KEY WORDS

Disaster, Terrorism, Emergency, Crisis, Terrorist Attack, Emergency Psychology, Debriefing.

1. INTRODUCCIÓN

Desde finales de los años noventa, el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid realiza formación de post-grado en Psicología de Urgencia, Emergencia y Catástrofes, tanto en seminarios, cursos de post-grado como de especialista en ambos temas. Desde ese momento hasta la actualidad más de 400 Psicólogos han participado en actividades de formación de este tipo.

Así mismo en el año 2003, creó la primera Unidad Psicológica de Atención al Duelo, habiendo organizado formación especializada también en esta área.

Por otra parte el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid posee un Grupo de Trabajo en Psicología de Urgencia, Emergencia y Catástrofes, cuyos miembros son Profesionales de la Psicología, con formación y vinculación al ámbito asistencial en emergencias, tanto público como privado.

La experiencia previa acumulada en Psicología de Emergencias y la existencia de varios centenares de profesionales ya con formación específica y una inmensa e invaluable voluntad y colaboración por parte de más de 1.000 profesionales de la Psicología, facilitó un nivel de respuesta rápida muy importante ante la catástrofe del 11M.

El Jueves 11M, España sufrió una tragedia de forma directa, nunca antes conocida.

Varios atentados terroristas seguidos, en trenes de viajeros de cercanías, provocaron 192 personas fallecidas y más de 1.500 heridos.

Dicha tragedia hizo que dentro del PLATERCAM- Plan de Emergencia Territorial de la Comunidad de Madrid, se llegara a activar el nivel 3 en determinados momentos.

El Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid de forma directa, y a través de su Grupo de Trabajo de Psicología de Urgencia, Emergencia y Catástrofes, ofreció su colaboración inmediata tras tener conocimiento de los atentados al SUMMA 112, Centro de Coordinación de Emergencias 112 de la Comunidad de Madrid (MADRID 112) y al SAMUR.

Se obtuvo una respuesta aceptando y solicitando colaboración del SUMMA 112 y de MADRID 112, así mismo se mantuvieron conversaciones con la Dirección General de Protección Civil.

El Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, instaló sendos gabinetes de crisis, uno en la propia sede del COPM, y otro en la sede del SUMMA 112 que estuvieron operativos las 24 horas hasta el día 22 de Marzo.

El Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid gestionó en su sede el gabinete con :

- 4 coordinadores
- 2 Jefes de Equipo
- 10 profesionales
- 8 líneas telefónicas

Desde la sede del SUMMA se coordinó conjuntamente todo el dispositivo del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, prestando asistencia directa tanto a particulares como Instituciones (Hospitales, entre otras) que la solicitaron y a los que se ofreció asistencia de profesionales de la Psicología por si los recursos que tienen al respecto, son insuficientes.

Desde el día 11 Marzo al 15 Marzo, Psicólogos movilizados y coordinados por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, y bajo la supervisión e indicaciones de Madrid 112, prestaron asistencia y atención telefónica en el Centro de Coordinación de Emergencias de Madrid 112.

Desde el día 11 Marzo al 22 Marzo, Psicólogos movilizados y coordinados por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, y bajo la supervisión e indicaciones del SUMMA, prestaron tanto asistencia y atención telefónica como domiciliaria, las 24 horas del día.

Psicólogos del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, durante el mes de Marzo, han prestado asis-

tencia psicológica a los profesionales de los Servicios de Emergencia del SUMMA y de MADRID 112, que lo solicitaron; de estos servicios han sido atendidos Médicos, Enfermeras, Técnicos en Emergencias y Teleoperadores de Emergencia.

Inicialmente desde el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, se alertó a los profesionales que estaban registrados previamente y que especialmente tuvieran formación y experiencia específica en emergencias.

Así mismo se comenzó a realizar un listado de todos los Psicólogos tanto de la Comunidad de Madrid, como del resto del Estado, que se ofrecían para prestar altruistamente sus servicios; se registraban los datos filiativos de nombre y apellidos, número de colegiado, teléfono, y nivel de formación y experiencia en psicología de emergencias y en psicología clínica.

1.2. LUGARES DE ASISTENCIA PSICOLÓGICA

Se prestó asistencia directa en el Servicio de Urgencia Médica de Madrid-SUMMA 112, Centro de Coordinación de Emergencias-Madrid 112, Recinto de IFEMA-Depósito de Fallecidos, Tanatorios, Cementerios, Comisarías de Policía, Hoteles, Instituto Anatómico Forense de Madrid, Hospitales, Atención Domiciliaria.

1.3. POBLACIÓN ATENDIDA

Fueron atendidos, familiares de víctimas, Familiares de heridos, Heridos, Otros afectados: Vecinos de los lugares de los atentados, Conocidos de las víctimas, Personas que ayudaron en el lugar de los atentados, Intervinientes: Policías, Bomberos, Médicos, Psicólogos, Psiquiatras, Personal de enfermería, Trabajadores sociales, Voluntarios, Periodistas.

1.4. GUÍAS DE APOYO/AYUDA PSICOLÓGICA ELABORADAS

Conocedores de la necesidad y conveniencia existente de difusión de información específica de forma inmediata (tanto para la población como para profesionales) sobre las reacciones psicológicas ante este tipo de situaciones, se colocaron en la WEB institucional diversos documentos técnicos elaborados por diversos psicólogos colegiados e instituciones de libre acceso para los grupos poblaciones referenciados, que facilitarían de una forma documental más adecuada, información técnica específica.

Con la difusión de este material a la población se trató de evitar un mayor colapso asistencial, ante los solicitantes de asesoramiento psicológico.

Las Guías elaboradas por los Psicólogos fueron: Guía De Autoayuda Tras Los Atentados Del 11 De Marzo, Cómo Puedo Ayudar En La Pérdida De Un Ser Querido. Guía Para Padres, Intervención Psicológica En Desastres, Consejos Para El Bienestar Y Protocolos De Actuación, Actuación Con Niños Sometidos A Experiencias Traumáticas, Los Niños y Los Desastres, Debriefing: Modelos y Aplicaciones De La Historia Traumática Al Relato integrado, Documentación De Apoyo Para Profesionales Que Participan En La Atención Psicológica A Los Damnificados Por Desastres. Primeros Auxilios Psicológicos: Protocolo Acercarse. [http:// www.copmadrid.org](http://www.copmadrid.org)

1.5. NÚMERO DE PSICÓLOGOS VOLUNTARIOS ACTIVADOS

El número de Psicólogos Voluntarios Alertados fueron de 1.415 y el número de Psicólogos Voluntarios que intervinieron fue de 948

1.6. ASISTENCIAS PSICOLÓGICAS REALIZADAS

El número de atenciones directas realizadas fueron más de 5.000, las llamadas de teléfono atendidas fueron de 13.540 y el número de domicilios en los que se realizó asistencia fue de 183.

1.7. COORDINACIÓN CON LAS AUTORIDADES E INSTITUCIONES PÚBLICAS

El Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid coordinó su actuación con las instituciones: Nacionales, Autonómicas y Locales y sus diversos representantes:

Nacionales: Ministerio de Sanidad, Ministerio del Interior, Protección Civil.

Comunidad de Madrid: Presidencia, Vicepresidencia, Consejería de Sanidad (Consejero, Viceconsejera de Ordenación Sanitaria, Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental), Consejería de Justicia e Interior, Dirección General de Inmigración y Voluntariado, SUMMA 112, MADRID 112.

Ayuntamiento de Madrid: Vicealcaldía, Concejalía de Servicios Sociales, Gerencia de Salud Pública, SAMUR.

2. LA COORDINACIÓN PSICOLÓGICA EN EL 11-M

2.1. INTRODUCCIÓN.

¿Cómo anticipar una magnitud de la categoría de los hechos acaecidos el 11 de marzo? Es difícil, después de la catarsis colectiva que supuso los atentados del 11 de sep-

tiembre occidente se creía blindado ante hechos similares, pero no fue así y nos encontramos de nuevo ante una situación excepcional.

De hecho el Real Decreto 407/1992 de 24 de abril "Norma Básica de Protección Civil", en su artículo 6 (cuadro 1), relaciona los planes especiales a tener en cuenta, dentro de los cuales no se prevé una situación similar al 11 de marzo.

Cuadro I: Riesgos objeto de Planes especiales
Serán objeto de Planes Especiales en aquellos ámbitos territoriales que lo requieran, al menos, los riesgos siguientes:
<i>Emergencias nucleares.</i>
<i>Situaciones bélicas.</i>
<i>Inundaciones.</i>
<i>Seísmos.</i>
<i>Químicos.</i>
<i>Transportes de mercancías peligrosas.</i>
<i>Incendios forestales.</i>
<i>Volcánicos.</i>
<i>R.D. 407/1992 de 24 de abril «Norma Básica de Protección Civil». artículo 6.</i>

La coordinación de la actuación de los servicios de emergencias, tras los atentados del 11 de marzo fue desde los primeros momentos algo a lo que no nos habíamos enfrentado antes y que ni tan siquiera se preveían que pudieran ocurrir, como hemos visto en el cuadro anterior, pues hasta el momento los supuestos que se venían barajando eran catástrofes tanto naturales (Biescas, Badajoz,

Melilla, etc.) o provocadas por el hombre (accidentes aéreos, explosiones de mercancías peligrosas “los Alfacares, Puertollano, etc.” e incluso atentados pero no de tanta entidad) y sin embargo sucedió.

Cuadro II: Ley 2/1985

Capítulo II: DE LOS DEBERES Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE PROTECCIÓN CIVIL.

Artículo cuatro.

1. Todos los ciudadanos, a partir de la mayoría de edad, estarán sujetos a la obligación de colaborar, personal y materialmente, en la protección civil, en caso de requerimiento por las autoridades competentes.

Ley 2/1985 sobre protección civil.

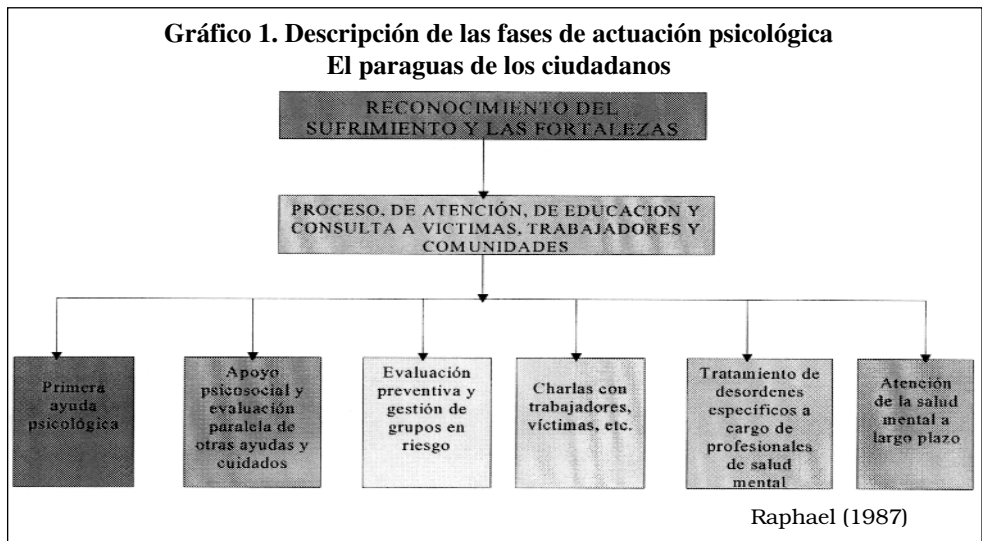
Gracias a la avalancha de voluntarios, que desde el primer momento se volcaron en la atención de las víctimas, no hubo ninguna necesidad de aplicar esta norma, ni tampoco se vivieron escenas de pánico generalizado e incontrolado. Hubo desde el primer momento voluntarios en todas partes, desde los propios afectados en el lugar de los atentados hasta la incorporación de los turnos de descanso en las instituciones de asistencia y los cuerpos de seguridad, que permitió que el primer impacto de llegada de heridos no saturar la red hospitalaria, incluso enfermos con intervenciones previstas cedieron su turno y su cama

en el hospital, dándose de alta voluntaria, para absorber la demanda creciente de camas. El colectivo de psicólogos no fue menos, y el mismo día 11 se tuvo que insertar un mensaje en los medios de comunicación para que no acudieran más psicólogos pues la asistencia estaba cubierta en exceso en esos momentos.

2.2. MARCO TEÓRICO

El modelo del paraguas de los ciudadanos de Raphael (1986), nos describe las fases de actuación psicológica dentro de un operativo de estas características, el orden de las fases de intervención va de izquierda a derecha según el cuadro expuesto abajo, aunque es normal que las fases de actuación se solapen e incluso que haya saltos de una a otra, sin embargo tanto el punto de partida *la primera atención psicológica* como la finalización *la atención de salud mental a largo plazo*, serán los hitos que marcan la actuación psicológica en una crisis. El dispositivo de actuación del colegio abarcó los tres primeras fases; en un primer momento se hizo atención psicológica fundamentalmente, para posteriormente evaluar otras ayudas y cuidados, y en la fase final del operativo la evaluación de la gestión preventiva de los grupos de riesgo, que sirvió de soporte a la intervención dirigida a

**Gráfico 1. Descripción de las fases de actuación psicológica
El paraguas de los ciudadanos**



dichos grupos, posteriormente desarrollado por otros operativos, en los cuales también participo el Colegio Oficial de Psicólogos.

2.3. DESARROLLO DEL OPERATIVO

Sin embargo desde el punto de vista de la coordinación hubo ciertas lagunas. Durante los primeros instantes se califico la situación de nivel 3 de emergencia, responsabilidad de las instituciones estatales, para una vez evaluada con arreglo a los datos más concluyentes pasar al poco tiempo a nivel 2 de emergencia, responsabilidad de las instituciones autonómicas, este hecho unido a los continuos rumores sobre nuevas explosiones, que se sucedieron hasta las primeras

horas de la tarde, crearon unos momentos de descoordinación e incertidumbre, que se subsanaron con la masiva participación del personal voluntario que fue incorporándose a sus puestos de trabajo o a los operativos que empezaban a crearse.

Esta descoordinación se tradujo en que los operativos descritos tanto en la Ley 2/1985 sobre Protección Civil como en la Norma Básica de Protección Civil (Cuadro 3) , no entraran automáticamente en funcionamiento, y sí estos dispositivos se crearon, no hubo la suficiente información para que las instituciones tanto publicas como privadas, que ya estaban participando o tenían muy perfilados sus dispositivos, se integraran dentro de ellos.

**Cuadro III: R.d. 407/1992
PLANES TERRITORIALES**

Directrices para su elaboración

Los planes territoriales, con el fin de que sean homologables y puedan integrarse en caso necesario en otros planes de ámbito superior determinarán, al menos, los siguientes aspectos:

C. Cada Plan Territorial contemplará el establecimiento de un centro de coordinación Operativa (CECOP), donde se realice la dirección y coordinación de todas las operaciones, disponiendo de un sistema de enlace con el CECOP de la Administración en que se integre el Plan.

D. Todo CECOP podrá funcionar en su caso como Centro de Coordinación Operativa Integrado (CECOP-I), en el que se integrarán los mandos de las diferentes Administraciones, tanto para la dirección y coordinación de la emergencia como para la transferencia de responsabilidades.

R. D. 407/1992 de 24 de abril «Norma Básica de Protección civil».

Sí se creó el CECOP o el CECOP-I la Célula de Coordinación no llegó a tener conocimiento, y por consiguiente no pudo incluirse dentro de su despliegue operativo y articular de este modo más eficazmente la asistencia a las víctimas y sus familiares y recibir puntualmente información y demanda de intervención sin ningún tipo de intermediarios, evitando esfuerzos convergentes.

Una vez controlada la evacuación de las víctimas a los centros sanitarios y estabilizada la situa-

ción, surgieron las demandas de profesionales de atención a familiares y víctimas, dentro de estas demandas se encontraba la asistencia psicológica, ya que la red pública era a todas luces incapaz de absorber en estos primeros instantes la avalancha de solicitudes de ayuda que se estaba generando.

Es en estos momentos cuando empieza a funcionar la Célula de Coordinación activada por el Colegio de Psicólogos de Madrid, ubicándose en la sede del SUMMA 112 sirviendo de órgano coordinador entre el colegio y los equipos de asistencia en los lugares más sensibles y con mayor solicitud de asistencia.

2.3.1. Despliegue del Operativo

Esta Célula de Coordinación (Gráfico 2), que ya venía desempeñando sus funciones desde los primeros instantes de los atentados, se articuló a partir del día 12 de marzo en tres turnos, mañana, tarde y noche, contando en los primeros días con dos coordinadores por turno, aunque posteriormente se redujo a uno por turno. Esta célula recibía la demanda de asistencia y activaba los equipos seleccionando sus integrantes de las listas que periódicamente actualizadas les proporcionaba el colegio, llegando a estar alertados en dicha lista 1.415 psicólogos, de los cuales

intervinieron 948. Desarrollando sus funciones en los siguientes lugares:

- IFEMA: inicialmente se destacaron por el colegio equipos de 20 psicólogos y un coordinador, aunque otras instituciones también tenían allí destacados más equipos cuya composición el colegio desconoce, llegando a estar activados o actuando por iniciativa propia alrededor de 200 psicólogos en algunos momentos, hecho que produjo ciertas interferencias a la hora de intervenir.

- Tanatorios: se montaron equipos de cuatro psicólogos inicialmente.

- Hospitales: los equipos estaban compuestos por tres Psicólogos, hubo demandas de hasta 20 psicólogos que una vez alertados, cuando se fueron a incorporar al hospital asignado, otro responsable les hizo saber que la situación estaba controlada y que ya no eran necesarios sus servicios, de vuelta al centro se volvió a producir la demanda de 20 psicólogos, esto es un ejemplo claro de los fallos organizativos de coordinación que hubo en los primeros momentos.

- Hoteles: los equipos lo formaban dos Psicólogos.

- Comisarías: fueron activados a demanda de las comisarías no

habiendo activado equipos permanentemente.

- Reconocimiento de objetos: se formaron equipos compuestos por 20 psicólogos y un coordinador.

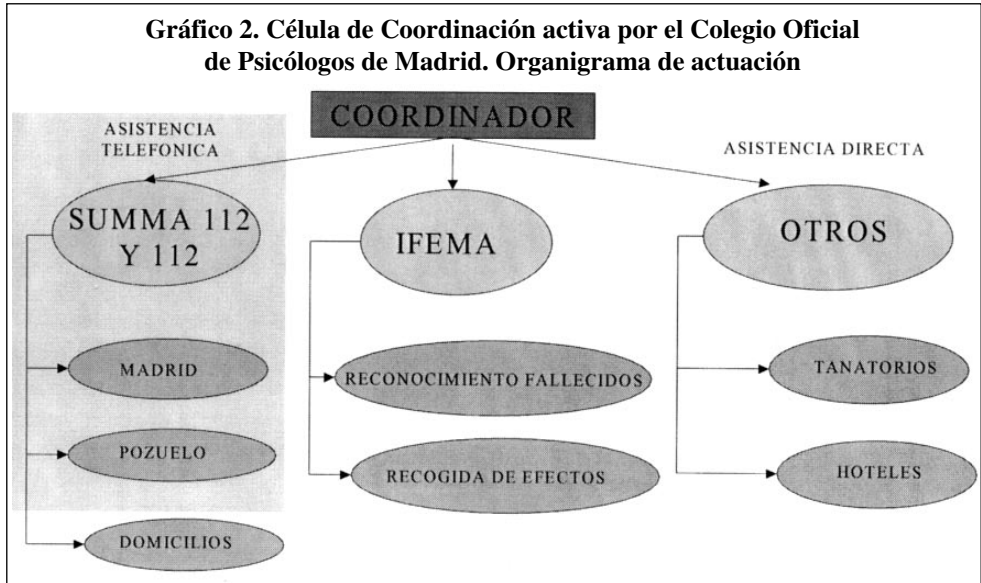
- Asistencia telefónica: equipos de 10 Psicólogos y un coordinador en el SUMMA 112 en Madrid y 6 Psicólogos y un coordinador en el 112 de Pozuelo.

- Asistencia domiciliaria: al igual que la actuación en las comisarías se efectuaba cuando surgía la demanda, se formaron equipos de dos Psicólogos para cubrir esta faceta de la intervención siendo reforzados en ocasiones por los Psicólogos de atención telefónica.

La composición de los equipos descrita, es su composición inicial después se irían reduciendo conforme la situación se iba restableciendo y los lugares de intervención iban cerrando su actividad. Al finalizar el operativo, el dispositivo estaba compuesto por un coordinador y un equipo de atención telefónica, constituido por un coordinador y tres Psicólogos.

2.3.2. La Secuencia de Actuación

La secuencia de actuación del equipo de coordinación (Gráfico 3) se iniciaba por una demanda reali-



zada directamente al centro de coordinación o a través del colegio. Una vez recibida se consultaba la lista de voluntarios alertados. Consultada la lista se efectuaba la llamada telefónica a los seleccionados, y se les ofertaba los diferentes sitios de intervención, cuando era relevos de equipos que ya estaban operando; sí el lugar de intervención era nuevo se activaba directamente y se les informaba de su cometido y misiones, así como del personal de enlace y coordinación in situ.

Esta secuencia de actuación algunas veces fue iniciada por los propios coordinadores de los equipos en los lugares de intervención, modificando la composición de los profesionales alertados, tanto

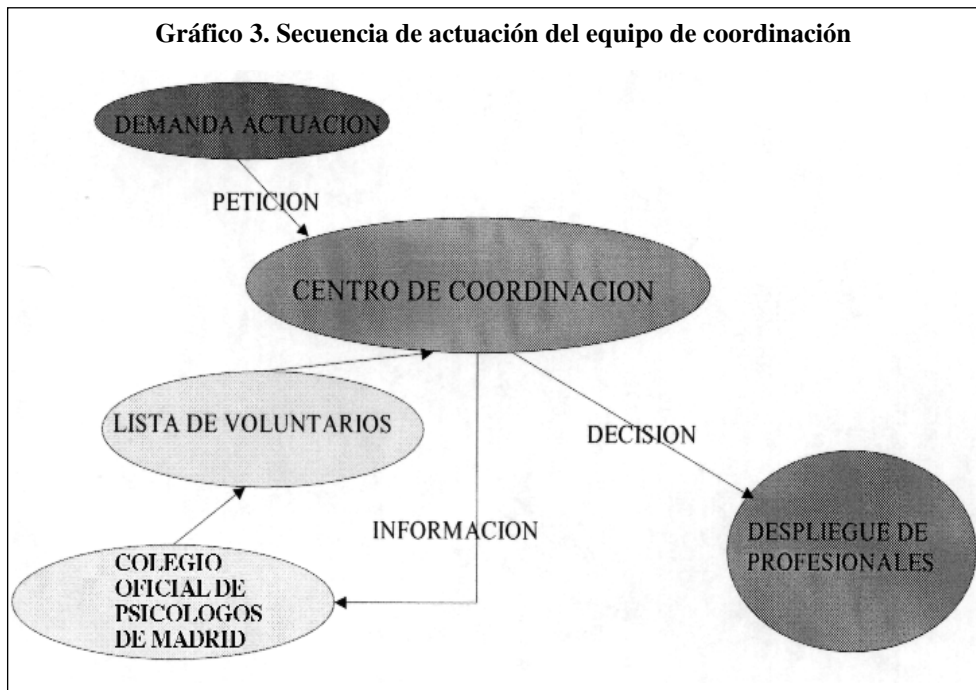
aumentando y diversificando sus funciones, como disminuyendo e incluso cerrando la intervención en le momento que la demanda de asistencia había desaparecido.

Además de estos cometidos la Célula de Coordinación autorizaba, previa petición del psicólogo interviniente telefónicamente y después de su valoración, la asistencia domiciliaria a los afectados, así como la recogida de información de las zonas de intervención y la realización de registros para almacenar esta información.

2.3.3. La Información dentro de la labor de coordinación

La labor de coordinación, aparte

Gráfico 3. Secuencia de actuación del equipo de coordinación



de las anteriormente referidas era mantener informados a los coordinadores de las zonas de actuación y al Colegio de Psicólogos de Madrid permanentemente, este fue un aspecto en el que la fluidez no fue la adecuada a las circunstancias y en donde más se debe incidir a la hora de sacar enseñanzas de aspectos a modificar en la realización de operativos como el que nos ocupa.

La adquisición y devolución de información seguía los mismos canales de distribución (Gráfico 4). Sin embargo estos no funcionaron a pleno rendimiento, dándose circunstancias desconocidas por alguna de las partes y ya que no

había existido comunicación entre los diferentes estamentos y administraciones, y dentro del operativo de intervención psicológica el equipo coordinador carecía de la suficiente información para mantener toda la red de comunicación a pleno rendimiento. Las pérdidas de información se producían tanto a nivel ascendente de las zonas de intervención como descendente de las instituciones involucradas en el operativo.

Esto generaba a su vez que el equipo coordinador tampoco pudiera en algunas fases del operativo canalizar esa información a los equipos intervinientes o al pro-

Gráfico 4. Adquisición y devolución de información. Red de información



pio Colegio. Por ejemplo necesidad en algunos casos de traductores para la actuación con emigrantes con un nivel idiomático deficiente, y que según fue avanzando el dispositivo se fueron subsanando, sin embargo estos existían desde el primer momento, pero la falta de información sobre su existencia hizo que no se movilizaran, sirva este ejemplo para ver la importancia de hacer explícita la existencia de un servicio, una vez que se dispone, a todos los profesionales que participan en el operativo.

Se estableció una red de comunicación altamente centralizada,

apoyándonos en el modelo de redes de comunicación de Bavelas (1950), se eligió el de *rueda* ya que es más eficaz en tareas altamente rutinarias, como era la coordinación una vez establecidos los criterios y lugares de actuación, para evitar fallos en la comunicación, pero aun así estos se produjeron. La posible explicación a este hecho no deberá buscarse en la elección de un determinado modelo de red de organización, sino en la falta de experiencia al enfrentarnos a eventos de una magnitud tan grande como el que nos ocupa y la deficiente comunicación y coordinación entre los diferentes operativos.

2.3.4. La Selección de los intervinientes

El proceso de selección se realizaba a través de los datos aportados por el colegio en sus listas actualizadas (Gráfico 5). Desde el primer momento se vio la necesidad de crear una lista de profesionales elaborada por el colegio y que sirviera de primer instrumento de trabajo para la activación de un operativo de estas características.

Esta lista debería estar permanentemente actualizada y debería incluir, además de los datos personales (nombre, apellidos, dirección, teléfono, móvil y/o dirección de correo electrónico), la formación del colegiado y su experiencia en actuaciones en emergencias y catástrofes. Este documento servi-

ría de base para la selección de dichos profesionales.

Los criterios que se siguieron en la selección de los colegiados fueron los siguientes: primero los colegiados que poseían formación específica sobre emergencias y catástrofes y habían estado ejerciendo su labor profesional en alguna situación de emergencia o catástrofe, en segundo lugar profesionales con experiencia en este tipo de situaciones aunque no tuvieran formación, en tercer lugar psicólogos con formación pero sin experiencia y en último psicólogos sin experiencia ni formación. Cuando los grupos eran numerosos se intentaba incluir algún profesional de los grupos 3 y 4, para que arropados por compañeros de los grupos 1 y 2 fueran adquiriendo experiencia en la intervención en

Gráfico 5. Proceso de selección de profesionales



- PROFESIONALES CON EXPERIENCIA Y FORMACIÓN ESPECÍFICA EN EMERGENCIAS.
- PROFESIONALES CON EXPERIENCIA ESPECÍFICA EN EMERGENCIAS
- PROFESIONALES CON FORMACIÓN ESPECÍFICA EN EMERGENCIAS
- PROFESIONALES SIN EXPERIENCIA NI FORMACIÓN ESPECÍFICA EN EMERGENCIAS

emergencias y catástrofes. Aunque esta era la norma general al no estar establecidos los criterios de selección es posible que algunos equipos de coordinación siguieran otros.

Según se iba avanzando en la actuación el dispositivo iba subsanando los desajustes organizativos. Se elaboró un registro donde se anotaban las intervenciones con los afectados sin especificar datos personales, pero sí anotando datos de importancia para el seguimiento del operativo como la edad, sexo, tipo de intervención (asistencia domiciliaria, telefónica etc.), lugar del atentado, relación con la víctima o si era la propia víctima, estado de la víctima, tiempo y tipo de la intervención, profesional que realizó la intervención, manifestaciones clínicas, pronóstico y recomendación de seguimiento si procedía. Este documento elaborado por el SUMMA 112, preveía la posibilidad de intervención de diferentes profesionales de la salud.

2. 3.5. Y sin embargo funcionó

Después de la entonación del *mea culpa* en la parte que nos correspondía. ¿Por qué el resultado fue tan exitoso? Sin duda alguna el factor humano fue fundamental. El 11 de marzo se dieron una serie de condicionantes que hicieron que los intervinientes estuvieran sobre-estimula-

dos para que su actuación fuera plenamente satisfactoria a pesar de los posibles fallos organizativos.

Siguiendo el modelo de estrés de la socialización de Nelson (1990) (Gráfico 6). Vemos que el primer elemento que nos encontramos es la *socialización anticipatoria*, basada en el realismo y la congruencia; el profesional interviniente se enfrentó a una demanda de la sociedad que sabía que la administración no tenía la capacidad de absorber en ese instante y de ahí la prestación voluntaria y espontánea de tantos y tantos profesionales, en todos los ámbitos, que hizo que la sociedad no fuera consciente ni sufriera ese déficit de asistencia especializada.

En el segundo estadio el *encuentro con la tarea*, que es el que más estrés produce en todos los profesionales, otra vez todos los elementos estresantes de la demanda de la tarea, de la demanda del rol y la demanda interpersonal, fueron fácilmente sobrellevadas por los intervinientes; las demandas eran claras y las sabían de antemano (acompañamiento de víctimas y familiares), el rol a desempeñar también estaba claro y la demanda interpersonal de necesidad de ayuda, produjo desde el primer momento la unión de todos los participantes formando una piña contra todo tipo de adversidades,

como resultado los posibles focos de estrés fueron rápidamente controlados.

El dominio de las demandas hizo posible el ajuste exitoso de la tarea, extrayendo un rendimiento satisfactorio, provocando en los intervinientes un estado de satisfacción personal altamente gratificante que transmitían a los que les rodeaban haciendo que la implicación en la tarea fuera cada vez más plena y subsanando así los posibles fallos en la organización o en la coordinación.

El resultado final fue el cambio de la situación hacia la estabilización y un éxito del operativo incuestionable según la valoración generalizada de la sociedad.

2.4. PUNTOS CLAVE A DEBATIR

La única fuente de estudio, que tenemos dentro del marco de actuación en crisis y emergencias son las propias crisis, ya que obviamente la experimentación en este campo esta muy limitada, no se puede exponer a los sujetos participantes a los efectos de una crisis; las enseñanzas las debemos extraer de las propias crisis y en este sentido a las profesionales se nos exige un ejercicio de autocrítica para seguir avanzando y estar mejor prepa-

rados para la siguiente crisis o emergencia.

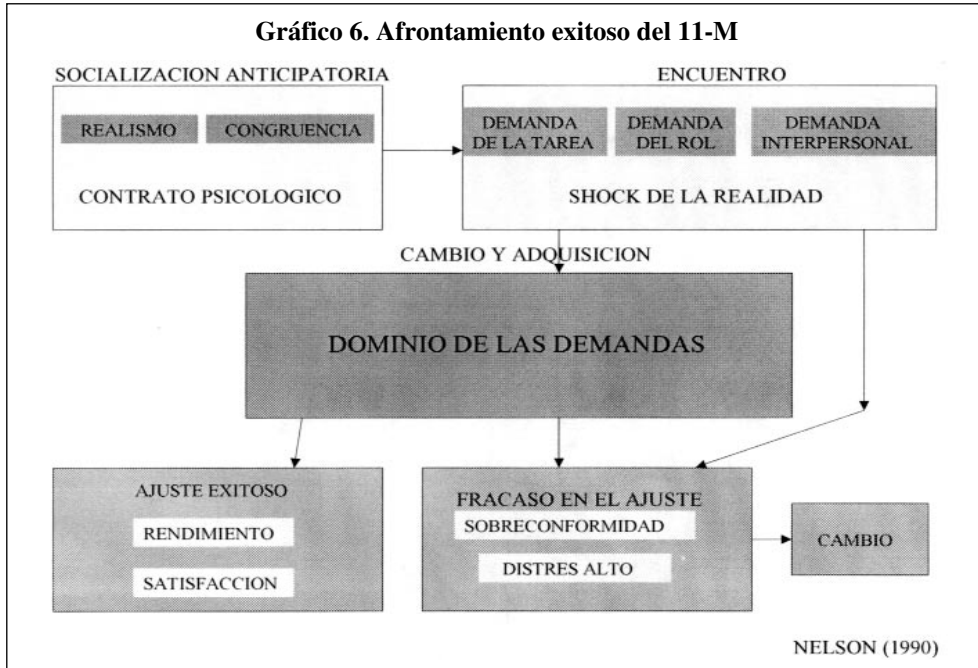
A modo de reflexión se debería mejorar lo siguiente:

I. Establecimiento claro de que la autoridad es la responsable del operativo y en caso de relevo o traspaso de responsabilidades que éste sea lo suficientemente divulgado para que todos los intervinientes estén bien informados.

II. La coordinación entre el CECOP (Centro de Coordinación Operativo) y las células de coordinación que se puedan crear por las instituciones tanto publicas como privadas que participen en un operativo de crisis, debe ser intenso y sin fricciones, tendiendo a un planteamiento del operativo lo más integrador posible.

III. El manejo y la obtención de la información debe ser en los dos sentidos, tanto ascendente (de los intervinientes hacia sus puntos de coordinación) como descendente (de los puntos de coordinación hacia los intervinientes).

IV. Elaboración de un perfil del Psicólogo interviniente en emergencias, urgencias y crisis, para que a la hora de activar un operativo la Coordinación tenga una herramienta de trabajo lo mas objetiva posible para la selección de los intervinientes.



V. Elaboración de una base de datos con los nombres y formación de los Psicólogos que se pueden alertar.

VI. Elaboración de protocolos de actuación para que el personal interviniente mantenga unos criterios de actuación homogéneos.

VII. Elaboración de herramientas fiables (registros, cuestionarios, estadillos o cualquier otra herramienta que nos permita reflejar la información), exhaustivas y precisas para la recogida de datos y poder obtener una información estadística que permita a la Coordinación una gran flexibilidad a la

hora de enfocar los objetivos de actuación.

VIII. Creación de un responsable de comunicación para elaborar toda la información que se deba hacer llegar a los Medios de Comunicación.

IX. Exigencia de elaboración de informes después de cada operativo, para poder extraer las consecuencias y enseñanzas para posteriores operativos.

X. Necesidad de autocrítica a todos los niveles de actuación, sin ella no aprenderemos de nuestros errores. Los posicionamientos políticos deberían quedar al margen.

3. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON FAMILIARES Y AMIGOS DE LOS AFECTADOS POR LOS ATENTADOS DEL 11-M EN IFEMA

3.1. PUESTA EN MARCHA DEL DISPOSITIVO DE ATENCIÓN A LAS FAMILIAS DE LOS DÍAS 11, 12 y 13 DE MARZO DE 2004

Fuimos muchos los profesionales (psiquiatras, médicos, ATS, cuerpos de seguridad, forenses, psicólogos, trabajadores sociales, traductores, personal IFEMA,...) y voluntarios en general que desarrollamos una gran labor de atención a los afectados por los atentados del 11-M. El propósito de este artículo es centrarnos en describir la labor realizada por los psicólogos. Hemos intentado reflejarla de la manera más fiel posible, consultando numerosas fuentes y siendo conscientes de las limitaciones que tiene el describir un acontecimiento tan complejo.

En un evento inesperado y de tal magnitud como el sucedido en el 11-M, en los primeros momentos se produce mucha confusión, miles de personas entre afectados y profesionales estábamos movilizados en numerosos escenarios, la información fue lenta, y poner orden es una cuestión de liderazgo, de planificación y de toma de decisiones acertadas. Pero mientras el nece-

sario orden llegaba, todos teníamos un mismo objetivo, solidarizarnos a través de numerosas acciones para cubrir desde las necesidades más básicas (hambre, frío...) hasta los momentos más difíciles (incertidumbre, la comunicación de fallecimiento, reconocimiento del cadáver).

Un equipo de psicólogos, tras hablar con el Coordinador del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid nos trasladamos a IFEMA, unos procedentes de la calle Antracita donde se encuentra el centro de coordinación de emergencias del 112, otros desde nuestros trabajos o casas. Desconocíamos exactamente cómo sería el escenario donde íbamos a intervenir ni cuántas personas serían susceptibles de una intervención psicológica.

Imaginábamos que nos encontraríamos con una población muy numerosa, confusa, llena de dolor, de rabia y llena de incertidumbre y de necesidad de ser ayudada. Pero al llegar a IFEMA hacia las doce de la mañana todos nuestros pronósticos se vieron superados por la realidad existente.

Al lugar habían llegado los primeros grupos de personas, que habiendo buscado sin éxito a su familiar desaparecido por todos los hospitales de Madrid, eran enviadas allí. Otros grupos de personas, per-

tenencia a familias que se habían dividido en la búsqueda de su familiar por los lugares de la explosión, diversos hospitales y el IFEMA.

A IFEMA se estaban trasladando los cadáveres de las víctimas del atentado en furgones de la Empresa Mixta de Servicios Funerarios.

La sala que se preparó para acoger a los familiares se encontraba en el primer piso del pabellón 10, la sala “Retiro”, mientras que los cadáveres de las víctimas sin identificar iban llegando a la planta baja del pabellón 6.

La sala habilitada para los familiares era grande, diáfana, con sillones y sillas alrededor y con una gran mesa al fondo. El espacio estaba ocupado por 5 ó 6 grupos de familiares que miraban expectantes, como buscando algo o a alguien que les pudiera dar alguna información sobre su familiar desaparecido. Pero, sobre todo, cuando llegamos había un gran número de profesionales que también buscaban, entre confusos y titubeantes, alguien o algo que les organizase.

3.1.1. Organización de la atención a las familias

La responsable de los Psicólogos de SAMUR organizó una improvisada reunión en un rincón

de la sala, apartados en la medida de lo posible de los familiares y nos dio la consigna de organizarnos por parejas y ponernos a trabajar con una familia. Había que recoger sus datos y acompañarles. En una mesa situada en un lado de la sala se apuntaba el nombre de los profesionales intervinientes y en otra lista se tomaba nota de las parejas que se habían formado para intervenir con las familias. Nuestra labor era de contención a la espera de poder dar noticias sobre las personas afectadas, en ningún momento debíamos mentir a los familiares y sólo se les daría la información que el SAMUR nos fuera haciendo llegar.

En poco tiempo comenzaron a llegar provisiones de todo tipo a la sala grande: comida, bebida, pañuelos de papel, mantas y, en general, todo lo que pudiera cubrir las necesidades básicas de cualquier persona que se encontrase allí.

A los profesionales nos proporcionaron una sala pequeña cerca de la grande donde se encontraban los familiares e intervinientes.

Estaban presentes diversas organizaciones, que ofrecían sus servicios y su personal, algunas de ellas son: Servicios de Salud Mental del Ayuntamiento de Madrid, Salud Mental de la Comunidad de

Madrid, SAMUR, Psicólogos de la Dirección General de PC, Cruz Roja, Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, Psicólogos de otros colegios, Psicólogos de la Fuerzas Armadas, SITADE, SEMSI (Servicio de Mediación Social Intercultural), ONGs (Víctimas del Terrorismo, Apoyo positivo, Psicólogos sin Fronteras, Solidarios para el desarrollo...), Traductores, Interpretes de sordos, Ejército de Salvación, Voluntarios Ayuntamiento de Madrid, Empresas privadas de intervención en Catástrofes (IPSE, ISIS, ICAS), Empresa Funeraria, Embajadas, estudiantes, educadores, sacerdotes, miembros de la Iglesia Evangelista, de la Cienciología... En varias ocasiones mantuvimos conversaciones con Salud Mental, SAMUR, Cruz Roja y otras organizaciones para intentar compartir información y organizarnos.

Una de las tareas, fue la de filiar a todos los profesionales que habían acudido al lugar para intervenir. Hasta que nos proporcionasen un ordenador e impresora para poder elaborar una base de datos tendríamos que anotar todos aquellos que considerábamos importantes a mano. Se habilitó una sala específica de “Recogida de Datos” para recoger datos y poner en marcha el equipo informático. Los profesionales podían dar los datos bien directamente en esta sala o en la sala donde se encontraban atendiendo

a la familia, en la que había una mesa donde podían entregar esta información y después era enviada a la sala de Registro de Profesionales.

Se intentó controlar el acceso al IFEMA de avalancha de voluntarios, de algunos periodistas que querían contactar directamente con los familiares, de curiosos, de personas que pertenecían a colectivos no profesionales y con métodos dudosos o no adecuados que querían intervenir directamente con las familias. El objetivo de este control era el de proteger la intimidad de las familias y de realizar lo más organizadamente posible nuestro trabajo. Para ello se alertó a la policía que se dispuso en la puerta de entrada, además de personal de IFEMA y de Cruz Roja.

Fue necesario Identificar a los intervinientes de manera que pudiésemos distinguirlos perfectamente de los familiares. Se solucionó con etiquetas adhesivas pegadas en un lugar visible. Además algunos profesionales se pusieron batas blancas, enviadas desde Salud Mental.

3.1.2. Tareas de la atención psicológica

Tras la presentación y el establecimiento de rapport, la primera

Cuadro IV: INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

- Presentación y establecimiento de rapport. La pareja (en algunos casos, era una sola persona) de profesionales se presenta a la familia (nombre, y profesión). Explicar de forma breve y concisa el motivo de tu presencia (que estas para ayudar en lo que sea necesario y para informales...). En los primeros momentos, la observación, el silencio, la comunicación no verbal y la escucha son fundamentales para ir recogiendo información sobre la familia (que miembros de la familia están presentes, que tipo de relación hay entre ellos, que nivel de apoyo van a necesitar, quienes son los que mas necesitan de nuestra intervención...)
- Recogida de datos. Se recogen los datos de la persona desaparecida, de los miembros de la familia y de los profesionales que están interviniendo. Se entrega en la sala de Filiación de Profesionales. En la medida de lo posible, estos datos los da la persona mas cercana al familiar desaparecido, de esta manera se inicia nuestra intervención.
- Ofrecer la información que fuéramos conociendo; informar de la labor de la policía científica, consultar las lista de heridos, que en cuanto tuviéramos información se la daríamos, que se estaba haciendo un esfuerzo muy grande para saber que había pasado con su familiar, que el tiempo que se estaba tardando era necesario para que la policía, los forenses, los jueces... hicieran de forma eficaz su trabajo... La labor de contención fue muy difícil debido al largo tiempo que pasaban las familias sin apenas información, a la incertidumbre; el cansancio y la desesperanza según pasaban las horas se iban adueñando de las familias.
- Invitar a la persona a relatar lo que ha pasado, permitir la expresión de vivencias y emociones experimentadas durante el evento. Mientras la persona habla, es importante atender a posibles signos de peligro (ideas de suicidio, antecedentes médicos y/o psiquiátricos importantes...)
- Disminuir el estrés proveniente de amenazas psicológicas, expectativas, exigencias, predicciones, distorsiones cognitivas.
- Activar recursos internos (capacidad de afrontamiento) y externos a la persona (identificar que miembros de la familia podían ayudar y ofrecer algunas pautas).
- Normalizar los síntomas que presentaba y darles legitimidad.

tarea de los profesionales encargados de la asistencia psicológica a los familiares estaba en recabar información acerca de quién era la persona a la que buscaban. Eran fundamentales para la identificación o la búsqueda datos como el nombre y apellidos, edad, sexo, color de pelo, ropa que llevaba en el momento en que salió de casa, dónde había cogido el tren y a qué hora aproximadamente y así mismo cualquier marca de nacimiento o no

que le pudiera distinguir de cualquier otra persona (tatuajes, lunares, piercings, cicatrices....). Esta recogida de información iba a servir a la policía científica para elaborar los cuestionarios ante-mortem, en los que se recoge toda la información que familiares, amigos o cualquier otro tipo de persona puede aportar en relación con las posibles víctimas. Estos cuestionarios se ponen luego en relación con los cuestionarios post-mortem que se

llevan a cabo en la mesa de autopsias, en las que en unión de los forenses trabajaban un fotógrafo, un lofoscopista y un especialista en antropología forense.

Con los medios de los que disponíamos comenzamos a trabajar. Al lugar que habíamos destinado a la filiación de profesionales comenzaron a llegar estos en un número cada vez mayor. A todos se les solicitaban los mismos datos y se les pedía que transmitiesen la información sobre la necesidad de filiarse y pasar por aquel lugar donde estábamos trabajando a aquellos que todavía no lo habían hecho, a los que seguían llegando y a los que habían comenzado a trabajar con las familias aproximadamente a las doce de la mañana cuando llegamos.

3.1.3. Base de datos de la atención en IFEMA

Tener organizada y accesible la información sobre los profesionales, los familiares, amigos y las personas buscadas, dado el gran número de personas afectadas, era muy importante para poder realizar una adecuada atención. Desde las primeras horas del día 11 se recogía en papel estos datos: del profesional (nombre y apellidos, profesión, teléfono móvil, organización a la que pertenecía), de algunos de

los familiares y amigos que el profesional atendía (nombre y apellidos, teléfonos) y el nombre y apellidos de la persona que buscaban. Estos datos había que informatizarlos para poderlos manejar. Saber si una persona era buscada, qué familiares les buscaban con sus teléfonos, qué profesional les atendía con sus teléfonos, era necesario para poder recabar información y comunicarles las noticias que se produjeran. Al estar implicadas centenares de personas, había centenares de papeles, y buscar un dato concreto en ellos era misión imposible. Al informatizarlo se podía buscar rápidamente cualquier dato, y se podían imprimir listados organizados y actualizados con la información.

Se acordó entre el personal de SAMUR, Salud Mental, Cruz Roja y Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (COPM) que existiera una única base de datos informatizada en una sala específica y varios puntos de recogida de datos, que posteriormente fueran enviados a esa sala.

La sala se habilitó y fue llamada “Retristo de Profesionales”, y el personal del IFEMA instaló en ella un ordenador con el programa gestor de bases de datos Microsoft Access y una impresora de gran capacidad de impresión. Una persona del equipo del COPM experta

en informática se encargó de realizar el diseño y la gestión de la base de datos.

El diseño consistió en una serie de tablas para recoger los datos de los profesionales, familiares atendidos y personas buscadas, y un informe que, al imprimirlo, listaba alfabéticamente por la persona que se buscaba, los familiares atendidos con sus teléfonos, y los profesionales que les atendían con sus teléfonos también. El diseño tenía cierta complejidad por la situación existente. Una persona era buscada por varios familiares, y estos familiares eran atendidos por varios profesionales.

La introducción de datos la coordinó el equipo del COPM, contando con la ayuda de otros voluntarios (de Cruz Roja, IFEMA y otros voluntarios) y también tenía su complejidad. Los datos que estaban en papel a veces tenían una letra poco legible o faltaba algún dato. Además, para no repetir la introducción de datos, antes de teclearlos, había que comprobar si ya se había registrado a la persona buscada y sus familiares, y a los profesionales que los atendían. El volumen de datos era enorme y, al disponer de un solo ordenador, la velocidad de introducción de los mismos no fue todo lo rápida que hubiera sido deseable. En las primeras horas del día 12 estas difi-

cultades se minimizaron, al instalarse un segundo ordenador en red y crear un formulario impreso para la recogida de datos, detallando instrucciones y categorías de datos a recoger.

Los listados impresos con los datos de las personas que se buscaban ordenadas alfabéticamente, sus familiares con sus teléfonos, y los profesionales que les atendían con sus teléfonos también, se proporcionaban periódicamente sólo a responsables de Policía Científica, SAMUR y Salud Mental. Así se facilitaba la localización de los profesionales y familiares para recabar información o comunicarles noticias. Unas veces se pudieron emplear los números de teléfono para localizarles, pero en otras no fue posible, porque se encontraron con que los datos no estaban actualizados (no se había introducido todavía el nuevo profesional que se había hecho cargo con el cambio de turno, por ejemplo) o porque los teléfonos no estaban operativos.

Hasta última hora del viernes día 12 (mientras estuvo en marcha el operativo de atención a los familiares) estuvo operativa la recogida e introducción de datos, así como la impresión de los listados.

En estos dos días se registraron en la base de datos 264 personas

buscadas por 324 grupos familiares, que fueron atendidas por 195 psicólogos, 23 psiquiatras y 32 trabajadores sociales. Hubo 75 profesionales que no registraron su profesión. Pareja de profesionales que solo se registraba uno de ellos y profesionales que asistieron a familias y que no se registraron ni ellos ni a la familia que asistían, tal vez por desconocer el proceso.

A raíz de esta experiencia, creemos destacable algunas conclusiones:

- Cuando el número de personas implicadas es elevado, disponer de una base de datos informatizada constituye una herramienta muy importante para facilitar una adecuada atención.

- Es necesario: a) disponer de un número suficiente de personal preparado para la gestión de bases de datos informáticas, b) tener un número adecuado de ordenadores en red, para que la actualización de los datos pueda ser rápida, y c) también se debe contar con una impresora de gran velocidad de impresión y papel suficiente.

- La adecuada organización general del dispositivo de atención determina que el diseño de la base de datos pueda ser acertado y útil, y debe facilitar el proceso de reco-

gida, introducción y distribución de los datos.

- Los profesionales deben comunicar inmediatamente los cambios que se produzcan (cambios de turno de profesionales, nuevos familiares que se atienden...) para poder tener actualizados los datos.

- Los teléfonos móviles deben estar siempre operativos. Se debe tener cargadores para sus baterías y siempre deben estar encendidos.

3.1.4. Desarrollo de la atención a las familias

Mientras se organizaba la recogida de información, escuchamos y atendimos las necesidades que se iban generando en la sala grande que para cerca del mediodía del jueves se habían convertido en seis salas que ocupaban las primeras plantas de los pabellones 7,8,9 y 10 dado el número tan importante de familiares y amigos que acudían al lugar en busca de noticias. Las salas se clasificaron alfabéticamente en relación con el primer apellido de las víctimas. Esta organización ayudaría a buscar a los familiares en una sala y no tener que recorrerlas todas. Mientras en la planta baja del pabellón 6, en una nave de las que habitualmente se utilizan para

las exposiciones o las ferias, seguían llegando los cuerpos para proceder a su identificación por parte de los forenses y la policía científica.

La tarea del psicólogo en la intervención era clara, pero no siempre fue llevada a cabo por profesionales de salud mental o por psicólogos lo suficientemente experimentados y familiarizados con situaciones de crisis como la que nos ocupaba en esos momentos. Por ello, teníamos otra labor muy importante que hacer, vigilar que entre los profesionales no se dieran situaciones

de contagio y desbordamiento emocional.

3.1.5. Comunicación de la noticia del fallecimiento y reconocimiento del cadáver

Durante todo el día 11, en un principio, las noticias del fallecimiento de las personas que eran buscadas por sus familiares se fueron produciendo con relativa calma y dentro de las pautas en las que se supone la comunicación de malas noticias. El sistema que el SAMUR determinó en un principio

Cuadro V: Comunicación del Fallecimiento

1. Recepción por fax en el gabinete de crisis (IFEMA) del acta de comunicación de fallecimiento, firmado por el Juez y con todos los datos de filiación de la persona.
2. Uno de los sistemas utilizados para la comunicación fue el empleo del listado de la base de datos para contactar e informar al profesional que iba a dar la comunicación. Este profesional, en la mayoría de los casos, era el que había estado con la familia. En algunas ocasiones (si no se sentían preparados o por motivos de organización) la noticia la daba otro profesional. En otro momento se utilizó el megáfono para buscar a la familia. También pudimos comprobar como, algunas veces, un miembro de la familia junto con el profesional se dirigía al responsable de comunicación del SAMUR en busca de la noticia para que ésta no fuese anunciada por el megáfono sino que fuese comunicada por la persona que realizaba la intervención psicológica al resto de los integrantes del grupo familiar.
3. El interviniente debía prepararse para la intervención, repasar si todo lo necesario está preparado, y mentalizarse de la situación. Poner en marcha las habilidades de empatía, autocontrol, manejo de la comunicación no verbal, tener claro no ofrecer está información a otras personas que no sean familia directa o a menores de edad, memorizar el nombre exacto de la persona fallecida...
4. Se valoró el elegir un lugar apropiado, sin presencia de otras personas ajenas, tranquilo, sin ruidos y donde las personas se pudieran sentar. A veces se utilizó una sala específica para este fin, en otras ocasiones la noticia se daba en la sala donde estaban las familias.
5. Al llegar a la familia había que hacer una rápida recogida y valoración de información relevante (otros familiares presentes, existencia de menores en el lugar, presencia de patologías graves que puedan empeorar tras la comunicación...).

6. Comunicación de la Noticia. Se parte del nombre completo de la persona fallecida. En pocas ocasiones disponíamos de información para describir lo ocurrido de forma breve, sencilla y concisa. En algunas ocasiones era el forense, en la identificación del cadáver el que explicaba las circunstancias de la muerte. Se facilitaba la información que nos solicitaran (en ocasiones volver a repetir las circunstancias del fallecimiento y garantizar haber dado toda la atención medica posible), así como bebida, pañuelos... Se entregaba el escrito del Juez.
7. Preparación para el reconocimiento del cadáver.
8. Intervención en crisis. (Slaikeu, 1994). Tras el contacto psicológico, examinar las dimensiones del problema, analizar posibles soluciones, asistir en la ejecución de la acción concreta y realizar seguimiento.

consistía en llamar al psicólogo o a uno de los profesionales implicados en la atención a la familia y comunicarle que la persona de la que esperaban noticias estaba fallecida. El profesional se encargaba de comunicarlo a la familia y de acompañar a los familiares a reconocer el cadáver a la planta de abajo.

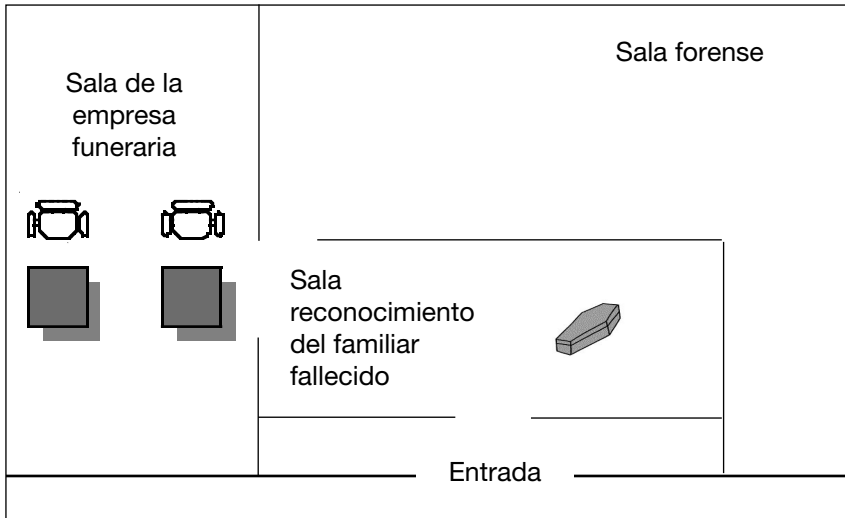
Este sistema de comunicación de malas noticias cambió repentinamente y, para nuestra sorpresa y desacuerdo, los fallecimientos comenzaron a anunciarse a través de un megáfono. El que portaba el megáfono era el responsable de comunicaciones de SAMUR. Se optó por nombrar por megafonía al fallecido reclamando así la presencia de la familia y de su psicólogo para comunicarle la mala noticia. A medida que los nombres fueron anunciándose a lo largo de la noche, las familias ya sabían cuál era la noticia que llegaba con el nuevo nombre: el fallecimiento. Por ello, cuando el megáfono funciona-

ba y una nueva víctima era nombrada, se escuchaban inmediatamente después gritos desgarradores de dolor, llantos incontenibles...

Durante toda la noche del jueves se dió esta situación y poco a poco fueron siendo reconocidas nuevas víctimas y sus familias pudieron, por fin, hacerse cargo del cuerpo de su ser querido, para iniciar así de una manera definitiva su proceso de duelo.

Tras comunicar la noticia de fallecimiento, informábamos a la familia sobre el procedimiento del **reconocimiento del cadáver** de su familiar.

Muchas familias deseaban poder ver a su familiar, poder despedirse, comprobar que era ella y empezar a elaborar el proceso del duelo. Con infinita tristeza y dolor, los familiares más directos (normalmente 2 personas) se dirigían acompañados en todo momento por el psicólogo al pabellón 6. El



Pabellón 6

resto de la familia se quedaba en la sala de espera o acompañaban a sus familiares hasta la entrada del pabellón 6.

Existía un control policial a unos 10 metros de la entrada. Los familiares enseñaban el acta de la comunicación de fallecimiento. Una vez en la entrada, se entregaba este mismo papel y al cabo de poco tiempo, podíamos pasar a la sala de reconocimiento del cadáver. Nos recibía la/el forense, que tras verificar el nombre de los familiares, les explicaba de forma breve y concisa lo que iba a ver, cómo había fallecido... Nos acompañaba al ataúd correspondiente, donde se encontraba personal sanitario y una persona abría el ataúd. Las reacciones de las personas fueron variadas, pero la

mayoría dedicaba tiempo a verificar que era la persona que buscaban (identificar los rasgos de la cara, el color de pelo...), realizaba preguntas en torno al cómo había fallecido, si había sufrido, si murió en el momento, si le faltaban partes del cuerpo, repetían el nombre, se preguntaban porque, relataban lo que había hecho antes de salir de casa. Entre llantos besaban la cara de su familiar, querían buscar las manos (lo normal es que solo se viera la cara del fallecido, el resto del cuerpo estaba cubierto por un sudario). Tras un tiempo (unos 5 minutos) de estar con su familiar, se les iba sugiriendo que se despidieran y que pasáramos a la sala de los servicios funerarios, para poder decidir donde iban a velar y a enterrar a su ser querido.

Una vez reconocido el cadáver los familiares podían pasar a hacer la contratación de los servicios funerarios a las mesas que la Empresa mixta había dispuesto para tal fin. En un primer momento en las antecámaras de las dos salas grandes donde se encontraban los familiares y, más tarde, ante la falta de intimidad del lugar (era un espacio de paso) y para evitar que los familiares se desplazasen de una planta a otra, a la salida del reconocimiento del cadáver en la planta baja en un espacio que, mediante cortinas y biombos se habilitó a la espera de una noche larga en la que muchos familiares, con gran angustia, con mucho dolor y con la confirmación oficial de la muerte de su ser querido habían de pasar por ese lugar. Los psicólogos que acompañaban en el reconocimiento del cadáver lo hacían también en la contratación de los servicios funerarios.

En la mañana del viernes continuaba lloviendo. Amaneció un día gris, triste. Las caras de los familiares y de los intervinientes reflejaban un tremendo cansancio. La noche había sido muy dura.

Hacia las doce del mediodía del viernes la policía científica nos pidió que transmitiésemos a los profesionales que intervenían con las familias que necesitaban más datos acerca de las víctimas. Cual-

quier pequeño detalle que se les hubiese escapado anteriormente acerca de su aspecto físico podía serles de utilidad para darle nombres y apellidos a los cuerpos que aún quedaban sin identificar. Uno a uno les fuimos transmitiendo a todos esa petición de la policía científica. Llamábamos al profesional a un aparte y le contábamos qué necesitábamos que transmitiera a la familia. Sabíamos que los familiares estaban muy cansados, que habían repetidos muchas veces el nombre y apellidos de su ser querido desaparecido, sus marcas de nacimiento, sus tatuajes, su color de pelo, sus ropas, alguna característica especial de su dentadura, sus cicatrices. Pero necesitábamos que recordasen todavía más. La labor del psicólogo era muy importante para hacerles recordar hasta el más mínimo detalle. Además queríamos de ellos objetos personales de la víctima, como cepillos de dientes, peines, o alguna otra cosa de la que pudiera extraerse su ADN. Cuando el familiar creía tener algún dato nuevo que pudiera ayudar en la tarea de la identificación era acompañado por el profesional que con él intervenía a la sala de la policía científica para comunicar lo que pudieran haber recordado de nuevo.

Era necesario que los profesionales fuesen relevados en sus intervenciones. Se hacía extrema-

damente importante descansar para comer, beber, dormir y recomponerse emocionalmente. Se produjeron situaciones de resistencia a abandonar la intervención en las que la “adopción” por parte del profesional interviniente de la familia como si fuera suya y les perteneciese hizo muy difícil el relevo. Algunos pensaban que ningún otro les podía ayudar como ellos, otros querían llegar hasta el final siendo capaces de esperar las horas que fueran necesarias y otros pretendían pedir el móvil a las familias para preguntarles unos días después como andaba todo. Pero en todos y cada uno de los rostros de esas personas se reflejaba un tremendo cansancio físico y emocional. Necesitaban descansar o retirarse definitivamente para seguir siendo útiles y no romperse.

En ocasiones se hizo necesaria una actitud muy directiva en el remplazo del profesional que efectuaba la intervención, si bien nunca en presencia de la familia.

Fueron necesarias intervenciones con algunos profesionales absolutamente desbordados emocionalmente a los que no se les permitió que siguieran trabajando.

A media tarde la policía científica nos pidió nuestra colaboración para organizar una rueda de reco-

nocimiento mediante fotografías. Era fundamental que las condiciones en las que se plantease fueran lo más favorables posibles tanto a la identificación como al máximo respeto hacia los familiares. La organización y disposición del dispositivo fue llevado a cabo por SAMUR contando en todo momento con nuestra colaboración.

La sala donde se dispusieron las fotografías se encontraba al final de un pasillo. La entrada del mismo era controlada por la policía, sólo tenían acceso dos familiares y su profesional de referencia. Un par de familiares entraba en la habitación y tras examinar las fotografías eran acompañados nuevamente hacia la salida por el profesional que les asistía y trasladados a la sala de la que habían partido en un principio. El dispositivo se organizó de tal forma que las familias no se cruzaban en el camino hacia la sala donde estaban dispuestas las fotografías y ninguna persona podía permanecer en el pasillo mientras durase la rueda de reconocimiento de fotografías.

Se tomaron dos fotografías de cada cuerpo de un tamaño algo menor que un folio y en las que aparecían detalles de un tatuaje, un anillo, una marca de nacimiento o el rostro entero cuando esto era posible. Transcurridas varias horas

y sin grandes éxitos en la identificación de las víctimas se dio por terminado el dispositivo descrito anteriormente.

A las nueve de la noche aproximadamente se tomó la decisión de trasladar los restos de las víctimas que aún quedaban por identificar al Instituto Anatómico Forense. Más tarde, por un problema de espacio, se consideró más conveniente que el lugar del traslado fuese el cementerio de la Almudena, donde se completarían las autopsias así como los análisis de ADN y la comparación de los datos pre y post mortem.

El problema en esos momentos era cómo comunicar a todos los familiares que aún se encontraban allí y que no habían tenido aún noticias de la persona que buscaban que debían abandonar el IFEMA para marcharse a descansar a los hoteles que se pusieron a su disposición o a sus domicilios. La resistencia a abandonar el espacio fue elevada, no sólo por parte de los familiares sino de los profesionales. Era como si marcharse de allí acabase con las esperanzas de encontrar al marido, al hijo, al padre, al amigo desaparecido.

Hasta las dos de la madrugada no salió la última persona del pabellón diez de IFEMA...Profesionales

de la salud mental acompañaron a familiares en los hoteles, tanatorios e hicieron así mismo asistencia en domicilios.

Al día siguiente el escenario se trasladaría a la Puerta Este del pabellón seis donde se dispondría, junto con la Policía Científica, el dispositivo de identificación de objetos personales.

3.2. RUEDA DE RECONOCIMIENTO DE OBJETOS EN EL IFEMA

El sábado 13 de marzo (hasta el 16 de marzo) la Policía Científica puso en marcha un dispositivo de Reconocimiento de Objetos, para que los afectados directos, familiares de heridos, familiares de desaparecidos y familiares de fallecidos, pudieran recoger las pertenencias que perdieron el día de los atentados que allí pudieran encontrarse.

La Policía Científica demandó la presencia de psicólogos para poder atender y acompañar a los familiares en este dispositivo.

Mayoritariamente los dos primeros días 13 y 14, estuvimos psicólogos de Samur, Cruz Roja y Colegio oficial de Psicólogos. En menor número hubo psicólogos de otras instituciones, de Salud Mental,

Ministerio de Interior y Guardia Civil. Cruz Roja se hizo cargo hasta el día 17. De cada institución había un/a coordinador/a y realizamos las reuniones necesarias para poder realizar de forma adecuada nuestras intervenciones.

Era el tercer día después de los atentados. Durante esos días vimos personas que presentaba signos de estrés agudo, familiares que estaban iniciando el proceso del duelo, otras presentaban entereza y buena capacidad de afrontamiento ante la situación. Para muchos estos atentados habían supuesto un ataque a su integridad, una fractura de sus esquemas presentes y futuros, un colapso en sus pensamientos, una hemorragia de sentimientos. Sentían que su vida se había paralizado. Pese a este ambiente, fue grato comprobar cómo muchos profesionales y voluntarios tomamos la iniciativa y la decisión de acompañarles, comunicarles nuestro afecto, solidaridad, y apoyarles en estos momentos tan trágicos y adversos. Lo hacíamos porque como psicólogos, somos conscientes de que las personas también se recuperan, afrontan los problemas, los resuelven y terminan aceptando su situación. De las crisis se pueden obtener resultados no sólo negativos, se puede salir y con el tiempo y con los apoyos necesarios, realizando una intervención en crisis y prestando los primeros auxilios psi-

cológicos, se pueden reducir los efectos debilitadores de la crisis, prevenir trastornos y producirse cambios positivos. La crisis significa peligro pero también oportunidad. Para Freedy, Kilpatrick y Resnick (1993) las situaciones de estrés extremo pueden también producir unos resultados neutrales o bajo ciertas circunstancias fomentar el crecimiento personal.

3.2.1. La exposición de los objetos

Al llegar al pabellón a primera hora de la mañana nos pusimos en contacto con el Inspector a cargo en ese momento del operativo. Nos explicó cómo iba a estar organizada la rueda y el recorrido que tenían que hacer los familiares. El dispositivo estaba situado en el pabellón 6 de IFEMA, en la gran sala para exposiciones con una superficie de 10.800 m² y una altura de 9.9 m.

Los efectos personales de cada víctima se sucedían en espacios de aproximadamente un metro cuadrado, delimitado por cinta aislante, en hileras de unos 40 metros de largo sobre el suelo. Las dos primeras correspondían a los viajeros del tren de la calle Téllez; las dos siguientes al de El Pozo; las siguientes, al de Atocha y la última, al de Santa Eugenia. Cada uno de los espacios que contenían

Cuadro VI: Criterios para el diagnóstico de F43.0 trastorno por estrés agudo (308.3) DSM-IV-TR

- 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 y no constituyen una mera exacerbación de un trastorno preexistente de los Ejes I o II.

pequeños grupos de objetos personales tenía un folio en el que estaba numerado dicho grupo y el nombre y apellidos del propietario de los objetos, en el supuesto de que entre estos hubiese encontrado alguna agenda o carnet que hubie-

se posibilitado la identificación. Habría un número aproximado de 400 grupos, y un total también aproximado de 4000 objetos. Los objetos eran muy diversos; zapatos, bolsos, mochilas, carteras, termos, mantas, llaveros, móviles,

libros, apuntes, documentos, gafas, estuches, tarjetas, cazadoras, carrito de niño, cepillos, CD, pañuelos, fotos, relojes, agendas, paquetes de tabaco, mecheros, monederos, monedas, bolígrafos.... Un policía, el psicólogo acompañante y las personas que acudían a reconocer los objetos, recorrían las filas observándolos y, si identificaban alguno se lo indicaban al policía. En el caso de identificarlos como objetos de la persona afectada, los objetos se recogían y, tras finalizar el recorrido que se estimara necesario, se iba a una mesa en las que se redactaba y firmaba un acta judicial de reconocimiento y entrega. En ella se declaraba el reconocimiento de dichos objetos y la persona o personas que se hacían cargo de ellos.

La Policía Científica guardaba numerosos objetos que quedaron tan lejos de los cuerpos que fue imposible relacionarlos con ellos, u objetos que se encontraron en otros escenarios (ambulancias, hospitales...). Los familiares o los propios afectados debían mirar entre ellos por si encontraban algo que les perteneciera a ellos o a sus familiares fallecidos o heridos.

En otro apartado, en un recuadro como de unos cinco metros cuadrados, se exponían Documentos Nacionales de Identidad encontra-

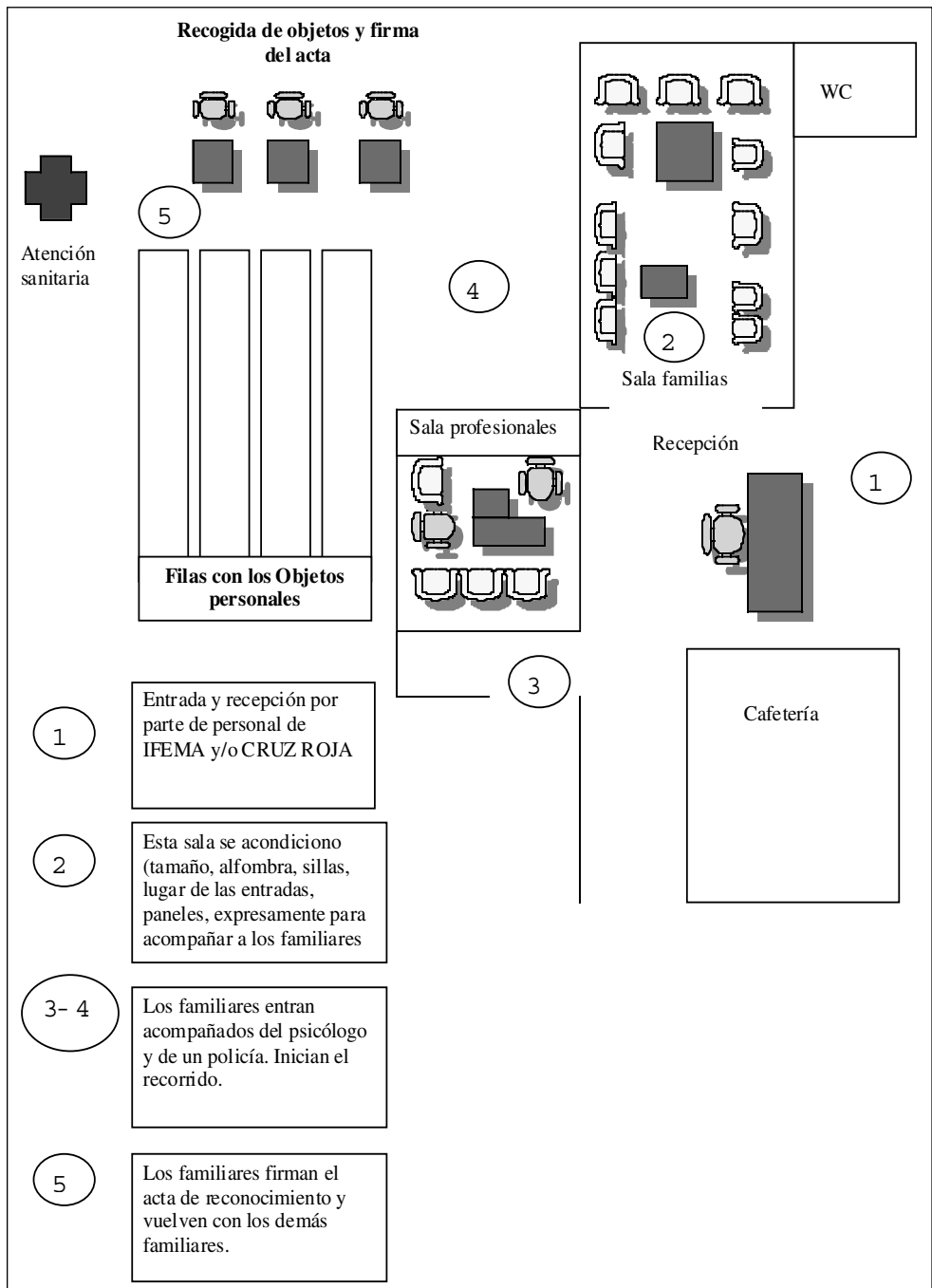
dos que supuestamente correspondían a los restos aún sin identificar.

3.2.2. Espacios y medios para la atención

La sala de Reconocimiento de objetos se utilizó los días anteriores para el trabajo de los forenses y el reconocimiento de cadáveres. Fue importante dejar la sala acondicionada para esta nueva función. Se retiraron todos los ataúdes y demás mobiliario utilizado para el anterior fin.

La exposición de los objetos estaba separada de la parte de recepción del público por unos paneles de aproximadamente 3 m. de altura, con un espacio abierto a modo de puerta con una cortina, de forma que no era posible la visión del espacio donde estaban colocados los efectos personales de las víctimas.

Con un responsable del IFEMA decidimos cómo organizar el espacio para la sala de espera de los familiares, la sala de atención sanitaria, la sala de los profesionales con líneas telefónicas y ordenador. El personal del IFEMA, en un breve periodo de tiempo, acondicionó de forma acogedora y operativa la sala de los familiares; dispusieron paneles, sillas, mesas, alfombra... (ver plano).



Se instaló la base de datos de los días anteriores, aunque hubo que realizar alguna modificación en el diseño de las tablas, para indicar qué familiares acudían a la rueda de reconocimiento de objetos. Disponer de los datos de los familiares que habían acudido los dos días anteriores fue muy importante posteriormente. Por un lado nos permitió que se les pudiera llamar para informarles del dispositivo como más tarde comentaremos. Por otro, nos permitió aportar luz a algún problema, como el planteado desde la Consejería de Interior de la Comunidad de Madrid, al informarnos de la existencia de dos cadáveres de los cuales no disponían de datos sobre las familias. Nos facilitaron los nombres y al cotejarlos con la base de datos, pudimos comprobar que teníamos los datos de filiación de sus familiares. Estos fueron facilitados a la Consejería de Interior.

Además, se elaboró una hoja de recogida de datos de la atención. En ella se indicaban los datos personales de la persona atendida, su hora de llegada, el número de personas que acudían con ella, con qué persona afectada estaba relacionada, su tipo de relación (amigo, familiar...) y los datos del profesional que les atendían.

En los días 12 y 13, un total de 672 personas acudieron a este dis-

positivo buscando objetos de 226 personas. A continuación presentamos el número de personas por familia, que acudían:

Grupo de	N.º de grupos
1	50
2	63
3	54
4	24
5	15
6	4
7	9
8	2
9	1
10	2
11	1
20	1

Hubo 50 personas que acudieron solas, 63 personas que vinieron acompañadas de otra personas, 53 personas en grupos de 3, etc. Incluso una familia de 20 personas.

3.2.3. Trabajo en colaboración de los psicólogos con la Policía Científica

Después de explicarnos a los psicólogos cómo estaba organizado el dispositivo de reconocimiento, se acordó que no pasaran más de 10 familias a la vez. Nos encargaríamos de ir avisando a las familias según el tiempo de espera,

para que, acompañados del psicólogo, se fueran dirigiendo al punto de entrada (el 3 en el plano). Pasada la cortina, un policía se presentaba y solicitaba el nombre completo de la persona de la que buscaban los objetos. Cotejaba su nombre en unos listados y se iniciaba el reconocimiento.

La mañana del 13 de marzo todavía había unas 50 personas desaparecidas. El reconocimiento de objetos iba a ayudar a saber si alguna de esas personas se había visto involucrada en los atentados. Además, para poder identificar los restos humanos no reconocibles, la policía científica necesitaba realizar pruebas de ADN a los familiares. Inicialmente, se nos facilitó unos números de teléfono para que los familiares llamaran y les explicasen qué tenían que hacer. Tras comprobar con una familia que este procedimiento no era adecuado, nos pusimos en contacto con los responsables de la Policía Científica que estaban en el IFEMA para clarificar la información. Estos nos pusieron en contacto telefónico con el responsable de las pruebas de ADN. Tras comprobar los datos con él, elaboramos una nota informativa en la que se explicaba quién podía facilitar ADN y en qué preferencia. En primer lugar, era más adecuado que lo hicieran el padre y la madre biológicos del desaparecido. Si ello no era posible, en segundo lugar,

todos los hijos biológicos y la pareja con los que los tuvo. Si tampoco era posible, en tercer lugar, uno de los progenitores. Si tampoco era posible, debía acudir un hermano. En último lugar, si nada de lo anterior era posible, había que facilitar objetos de uso personal e intransferible de la persona desaparecida (cepillos de dientes, ropa íntima no lavada...). En la nota informativa se indicaba exactamente dónde debían acudir los familiares. Esta nota la emplearon los profesionales para informar sobre estas pruebas a los familiares con personas desaparecidas, entregándoles una copia impresa de la misma.

La Policía pidió nuestra colaboración para dar a conocer este dispositivo a la población afectada. Realizamos dos acciones:

- Poner en contacto a los responsables de prensa del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid con los Responsables de SAMUR. Se encargaron de distribuir notas de prensa a los principales medios de comunicación. Así mismo, hablamos con el departamento de Prensa del IFEMA para el mismo fin.
- Realizar llamadas a los familiares que teníamos registrados en la base de datos que pusimos en funcionamiento desde el 11-M, para informarles de la existencia del dis-

positivo. Esta tarea tuvo cierta complejidad. Primero había que asegurarse que los datos estaban bien, sobre todo el estado de la persona buscada (si se había confirmado el fallecimiento, si estaba herida, o si seguía desaparecida...), y había que ir indicando los familiares que acudían para no cometer el error de volver a llamarlos. Se decidió llamar primero a los que todavía estaban desaparecidos, ya que el reconocimiento de objetos y el facilitarles las pruebas de ADN clarificaría el estado de su ser querido. Después se llamó a los familiares de los que se había confirmado su fallecimiento. Y en tercer lugar se llamó a los familiares de los heridos o de los que desconocíamos el estado de la persona buscada. Para poder realizarlo se emitieron tres listados de la base de datos con los datos de la persona buscada, su estado y los datos de los familiares con sus teléfonos. Además, antes de llamar se elaboró un protocolo específico para cada tipo de llamada, estableciendo el esquema de la conversación telefónica y las frases claves a emplear. Para realizar las llamadas, IFEMA facilitó un espacio con 10 líneas telefónicas, con sus respectivas 10 mesas y sillas. En cada tanda de llamadas se encargaba de realizarlas un equipo de psicólogos, con un coordinador nombrado para ese conjunto de llamadas. En general, los familiares a los que llamamos se

mostraron agradecidos por la información y la atención prestada. Las llamadas permitieron comprobar que algunos casos de desaparecidos ya se habían resuelto, ya que afortunadamente no tenían nada que ver con los atentados y la persona había aparecido.

3.2.4. Preparación de los profesionales

Antes de que los profesionales actuaran y se encargaran de acompañar a una familia, se mantuvieron reuniones con ellos en las que se facilitaba:

1. Información de cómo estaba organizado el dispositivo. Se les explicaba el funcionamiento y la tarea que tenían que realizar. La mayoría de los profesionales pasamos sin familiares para ver cómo estaba organizado y de esa manera dar mejor la información a las familias, además de servirnos para prepararnos y afrontar de forma eficaz nuestra intervención.

2. Información de los diferentes documentos y listados que teníamos para informar a los familiares:

- Listados de fallecidos y heridos actualizados.
- Listados de nombres asociados al lugar donde se encontró algún objeto personal.

- Hoja de recogida de datos de la atención.

- Nota informativa sobre las pruebas de ADN.

- Listado con los Centros de Atención, para poder recibir apoyo y orientación psicológica.

- Información del Ministerio del Interior con los diferentes recursos de ayuda.

- Folletos sobre el duelo, elaborados por SAMUR.

- Folletos de primeros auxilios psicológicos de CRUZ ROJA.

- Información de que la cafetería estaba a su disposición y podían consumir en ella sin coste alguno.

- Teléfonos (móviles de Cruz Roja y fijos que dispusieron personal de IFEMA) para realizar gestiones, consultar información, etc.

- Conexión a Internet.

- Pañuelos, identificadores...

3. Explicación de la organización de la atención. Los profesionales nos poníamos en pareja. Se insistió mucho en que, como mínimo, una de las dos personas tuviera bastantes conocimientos y experiencia en el manejo de estas situaciones críticas. Dispusimos 2 turnos, uno de mañana y otro de tarde. Se mantuvieron varias reuniones informativas y de reparto de tareas con los profesionales. Al finalizar la jornada se hizo *De-fusing* al personal interviniendo.

3.2.5. Atención integral a los familiares

Las personas que venían a la Rueda de Reconocimiento eran recibidas en la entrada del Pabellón 6 por una persona del IFEMA o de Cruz Roja, que las acompañaba a la sala de espera, y las ponía en contacto con una pareja de profesionales (psicólogos en la mayoría de los casos).

En la sala de espera los profesionales encargados de la intervención recogían los datos y explicaban a la familia cómo estaba organizado el dispositivo de reconocimiento de objetos. El adelantar lo que iban a ver era fundamental para minimizar el impacto que suponía ver tal cantidad de objetos que pertenecían a personas afectadas por el atentado. En varias ocasiones tuvimos que avisar que los objetos no presentaban manchas de sangre ni restos humanos. Era importante encuadrar nuestra intervención en función del resultado de la búsqueda del familiar; si ya lo habían encontrado y estaba herido, si seguía desaparecido, si falleció... Muchas de las personas que atendimos ya habían pasado por el IFEMA, hospitales, tanatorios...en los días anteriores. Ya habían sido atendidas por otros profesionales, estaban muy cansadas, algunas venían de enterrar a su familiar, otras seguían pendientes de saber

dónde estaba (el día 13 había unas 50 personas fallecidas sin identificar), algunas eran víctimas directas a las que habían dado el alta médica recientemente y otras, sobre todo inmigrantes, era el primer dispositivo al que acudían, antes no lo habían hecho por miedo ya que carecían de papeles.

Se intentó que no hubiera tiempos de espera largos, aunque éstos estaban determinados por la afluencia de familias y el número de policías que acompañaban en la identificación.

Cuando llegaba el momento se iniciaba la rueda de reconocimiento, tal y como ya hemos explicado. Para las familias que habían perdido un familiar o todavía no había aparecido, significó reactivar oleadas de dolor y sufrimiento. En algunos casos parábamos y cuando la persona se encontraba con fuerzas, reiniciábamos el reconocimiento. El encontrar algún objeto suponía para la persona el confirmar de nuevo el fallecimiento, de nuevo otro dato incompatible con la vida de la persona amada, un nuevo golpe contra la negación, un paso más en la elaboración de su duelo. Entre llantos miraban el objeto, repasaban la documentación, decidían qué guardar como recuerdo de su ser querido, hacían preguntas a la policía (a veces desconocían si había muerto en el acto, el lugar, si

ya había detenciones, maldecían a los culpables, se preguntaban por qué, nos comentaban sus planes de futuro, su vida en el presente...). Tras firmar el acta les acompañábamos a la sala de familiares, donde poder compartir con el resto de amigos y parientes, la experiencia y enseñar el objeto.

En casi todas las ocasiones pudimos observar cómo la persona que portaba las pertenencias, dentro de una bolsa que facilitaba la Policía Científica, abandonaba el dispositivo con ella aferrada a su pecho como si pudiese abrazar así al familiar, al amigo que definitivamente ya no estaban, como guardando celosamente un tesoro que nadie le podía arrebatar.

En la siguiente tabla se reflejan algunas de las funciones realizadas por los psicólogos.

3.3. CONCLUSIONES

Es necesario tener claro una estructura **organizativa** que coordine a los profesionales, con pautas claras en relación con la atención integral a las familias, control de los voluntarios e identificación y gestión de los recursos materiales necesarios.

Debe haber un enlace centralizado con los medios de comunicación.

Cuadro VII: Funciones realizadas

- Identificar en qué punto se encontraban en relación con el resultado de la búsqueda de su familiar; estaba herido (leve o grave), inicio del duelo, seguía sin aparecer, sin heridas físicas, sin papeles...para adecuar la intervención y poder identificar los apoyos inmediatos que necesitaban las personas afectadas.
- Evaluación y análisis de necesidades durante el desarrollo del suceso, para detectar necesidades de tipo psicosocial. Por ejemplo derivar a: recursos de atención psicológica, específicos de atención al inmigrante, embajadas...
- Atención psicológica y apoyo social a víctimas y familiares, transmitiendo información sobre la normalidad de las reacciones que estaban experimentando, ayudando a su asimilación.
- Mediación en conflictos familiares. En ocasiones se producían discrepancias en relación a la conveniencia o no de comunicar la noticia a determinados miembros de la familia (abuela), cómo decírselo a los niños, sentimientos de culpa, episodios de agresividad...
- Resolver problemas en el ámbito individual, grupal y comunitario.
- Comunicación de malas noticias.
- Información sobre el duelo.
- Derivaciones a la red de salud mental.
- Planificar y coordinar al equipo de psicólogos intervinientes, organizando la intervención y los turnos de descanso.
- Proporcionar información y actuar como mediadores con los medios de comunicación (televisores españolas, de otros países, radio, prensa)
- Ayuda en la toma de decisiones.
- Ayuda en la utilización de los recursos existentes. Facilitar la comunicación entre las personas en crisis y de éstas con las instituciones (inmigrantes que desconocen el contexto...).
- Contribuir a la coordinación de todos los implicados.
- Colaborar en la organización de los espacios de acogida y espera de los familiares y profesionales.
- Conversaciones con otros profesionales.
- Recoger y elaborar un listado de recursos disponibles: alojamiento, comida, médico, traductores, embajadas, tanatorios etc.
- Gestionar la Base de datos

En relación con los profesionales que prestamos ayuda, tener en consideración los siguientes aspectos:

1. Tener experiencia clínica y formación en comunicación de malas noticias, duelo, manejo de situacio-

nes de estrés agudo e intervención en crisis.

2. Los psicólogos deben recibir pautas claras sobre las tareas a realizar, información sobre la existencia de protocolos.

3. En los lugares de actuación los psicólogos se deben acreditar, impidiendo suplantaciones profesionales y psicólogos sin cualificar, graduando sus intervenciones según su formación y experiencia.

4. Ser capaz de darse cuenta del desgaste emocional que supone una intervención en crisis de larga duración y saber retirarse a tiempo de ésta evitando así el riesgo de complicaciones posteriores.

5. No abandonar el lugar de la intervención sin informar a las personas responsables de la coordinación de ello, para asegurar así la continuidad del trabajo por parte de otro profesional y el intercambio de información entre el interviniente saliente y entrante.

6. Ser conscientes de la necesidad de la filiación de los profesionales y de los familiares.

7. Necesidad de tomar conciencia del propio cuerpo y de escuchar las señales que éste nos demanda en cuanto a descanso, alimentación, sueño, etc. Es importante respetar los turnos rotatorios.

8. Participar en grupos en los que poder compartir con otros intervinientes la experiencia en la realización de la intervención y las emociones vividas. Realizar *De-fusing* y *Debriefing*.

4. ATENCIÓN TELEFONICA TRAS EL 11-M

En este artículo se describe la intervención psicológica realizada desde el Centro de Emergencias 112 y desde el Centro de Coordinación SUMMA 112 tras el atentado.

El apoyo psicológico inmediato y accesible parece ser cada vez más necesario. El teléfono juega un papel facilitador, tanto para informar como para realizar intervenciones; en este sentido, se analizan las diferentes intervenciones realizadas así como la afluencia de llamadas en este servicio.

4.1. INTRODUCCIÓN

El apoyo psicológico a las víctimas de emergencias masivas y desastres parece ser en la actualidad cada vez más necesario. Es a raíz del desastre del camping "las Nieves" de Biescas en 1996, cuando se hace patente la importancia de dar una respuesta a las necesidades psicosociales de la población afectada.

Cuanto más rápido sea el acceso de la población afectada a los servicios, más precoz será la atención que se preste, siendo, por tanto, la accesibilidad al servicio una cuestión crucial. La intervención en crisis por teléfono empezó en los últi-

mos años de 1950 (Slaikeu, 1988) resaltándose a partir de este momento la importancia que tiene la atención telefónica en cualquier situación de crisis.

La intervención psicológica inmediata en las distintas emergencias está fundamentalmente orientada a mitigar las consecuencias del suceso y ayudar a la persona a que tome las medidas concretas hacia el enfrentamiento de la crisis, que incluye el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación, e iniciar el proceso de solución de problemas (Lazarus, 1980).

El teléfono es un instrumento facilitador de la relación de ayuda en la intervención en crisis, siendo las características más significativas las siguientes (Cuadro 1):

1. No visibilidad del interlocutor: No podemos beneficiarnos de la comunicación no verbal como gestos, postura corporal, mirada, etc., aspectos de la comunicación en muchas ocasiones esenciales, enfatizando la importancia de la palabra y sobre todo del paralingüaje.

Estas circunstancias fuerzan a la persona que atiende al teléfono a una mayor atención para poder captar las pequeñas y grandes variaciones del que llama. La

ausencia de la corporalidad puede favorecer la verbalización de sentimientos vergonzosos u hostiles.

2. Anonimato: Tanto para la persona que solicita la ayuda como para el que atiende la llamada. Son muchos los autores que defienden que el anonimato facilita la comunicación y el contacto en profundidad (Norman y Faberow, 1968; Solomon, 1981; Wark, 1982), así como la transferencia positiva y el cumplimiento de las fantasías del usuario respecto al que atiende la llamada como el “profesional ideal” (Slaikeu, 1988)

3. Accesibilidad y servicio permanente: El teléfono se puede utilizar en cualquier momento. Permite a cualquier persona acceder a la información y a la ayuda que requiera por muy bajo coste económico y durante las 24 horas del día. La accesibilidad y permanencia proporciona seguridad a toda persona que necesita ayuda, por ser un servicio siempre disponible y con un tiempo de espera mínimo. No obstante, para el orientador esta cualidad de permanencia puede ser vivida como estresante: no puede seleccionar los problemas y desconoce cuál va a ser el contenido de la siguiente llamada o si habrá llamada o no. Este aspecto es un dato claramente diferenciador con la relación cara-

cara convencional: el profesional conoce previamente quién será el siguiente paciente.

La escucha telefónica exige por parte del orientador una gran capacidad para asumir toda la problemática que se presente.

en función de la mejoría del usuario, sino que, por el contrario, es una intervención en la que no cabe el análisis ni la planificación del caso. La intervención será un éxito si maneja correctamente esa llamada concreta, y así sucesivamente una tras otra.

Cuadro I: ATENCON TELEFONICA. CARACTERISTICAS

- No visibilidad de los interlocutores.
- Anonimato.
- Accesibilidad y servicio permanente.
- Reducción del espacio y del tiempo.
- Intervención puntual.

4. Reducción del tiempo y del espacio. El teléfono aproxima a dos personas físicamente separadas. La distancia física es superada y el llamante se siente acompañado.

Pero además, la asistencia está disponible con un tiempo de espera mínimo. El intervalo de tiempo entre “el deseo de consulta” y su realización es muy breve.

5. Intervención puntual. La intervención es puntual, no es un procedimiento a medio o largo plazo a través de sesiones en las que se puede planificar y corregir

4.2. ATENCIÓN TELEFÓNICA REALIZADA EN EL CENTRO DE EMERGENCIAS MADRID-112.

La atención que se realizó en el Centro de Emergencias se inició el día 11 existiendo dos momentos claramente diferenciados:

1. Producido el atentado, se procede a confeccionar una lista de heridos. Esta refleja, junto al nombre de la víctima, el hospital en que se encuentra.

Cuando se produce la llamada de un usuario, ésta es recibida en primera instancia por un teleopera-

dor, procediéndose de la siguiente manera:

– Presentación e identificación: E.J. Emergencias 112 dígame.....

– Atención de la demanda e información después de revisar el listado ordenado alfabéticamente por apellidos del hospital donde se encuentra la persona por la que se solicita información. Si dicha persona no se encuentra en el listado, se anima al usuario a que continúe llamando todas las veces que necesite, informándoles que existe una actualización de la información periódica y permanentemente. El lenguaje utilizado debe ser en todo momento sencillo y claro.

2. Aparición de la lista de fallecidos. Esta lista aparece en un momento posterior. Ya no solo existe una lista genérica de víctimas o afectados sino una lista con heridos y otra con fallecidos. Desde ese momento las llamadas entrantes son recibidas en primera instancia por un teleoperador y la transfiere a un psicólogo que le dará curso, estableciéndose tres momentos:

– Si el usuario por el que se pregunta está en el listado, se informa del hospital donde se encuentra.

– Si no aparece en ninguno de los listados (Son listados en papel

que periódicamente van actualizándose), se le comunica que se le llamará cuando se tenga alguna información solicitándoles teléfono de contacto y parentesco con el afectado.

– Si aparece en el listado de fallecidos se notifica el fallecimiento. Respecto a la comunicación de este hecho es fundamental cómo se informe existiendo una serie de aspectos a tener en cuenta:

– Solo se informa de este extremo a aquellos que se identifican como familiares directos.

– Antes de notificarlo se le pregunta por su nombre, parentesco, dónde se encuentra y con quién. A ser posible se informa estando varios miembros de la familia presentes con objeto de posibilitar la posterior comunicación y apoyo.

– La información se ofrece gradualmente y con un lenguaje claro.

– Expresar nuestra disponibilidad para responder a las demandas y a los problemas concretos que nos puedan plantear.

– Prestar especial atención a los aspectos verbales y paraverbales.

– Se les comunica a la mayor

brevidad, desde que se reciben las listas de fallecidos, informándoles que hemos recibido en ese momento dicha información.

- Se facilita cualquier otra información que soliciten. Comunicándoles el lugar donde se encuentra

el fallecido y como puede acceder al mismo. (autobuses especiales.....)

Es muy importante transmitirles seguridad, para ello es fundamental hablar tranquilo, y no mentir. Adoptar una actitud serena y tranquilizadora.

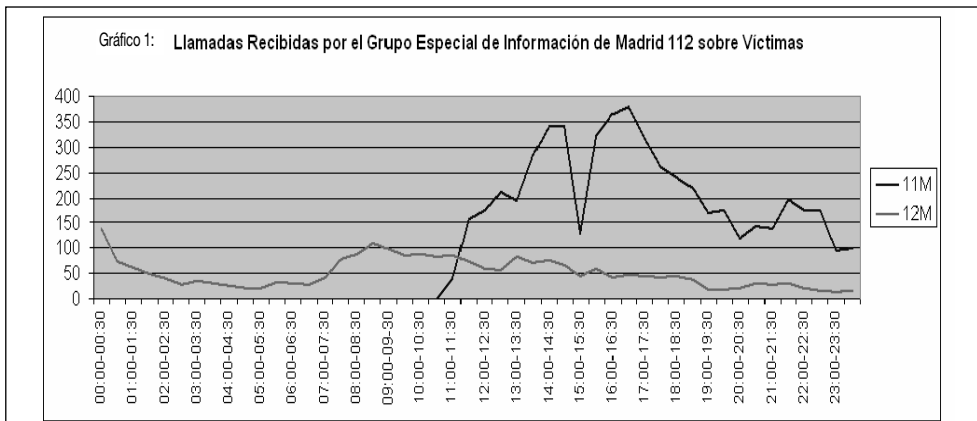
Cuadro II: ATENCIÓN TELEFÓNICA EN EL CENTRO DE EMERGENCIAS MADRID-112

- Información.
- Comunicación de fallecimientos.

Respecto a las características de las llamadas recibidas por el Grupo Especial de información de Madrid 112 sobre víctimas observamos que el flujo de llamadas recibidas sobre el atentado se inició a las 11 de la mañana, con dos picos significativos a las 14,00 – 14,30 y a las

17,00 -17,30. A partir de este momento van descendiendo progresivamente siendo el día 12 el flujo de llamadas significativamente menor

Respecto a las llamadas recibidas por día y tiempo de conversación:



Observamos que:

- El mayor flujo de llamadas se realizó el día 11 disminuyendo progresivamente hasta el día 14.

- El tiempo medio de conversación fue significativamente menor el día 11 respecto al resto de los días posiblemente porque el día 11 prácticamente sólo se proporcionó información mientras que del día 12 en adelante ya se comunicaba fallecimientos y la ubicación de los mismos, así como el acceso

En relación a la distribución de los profesionales en el Grupo Especial de Información de Madrid 112 obser-

vamos que el día 11 los puestos de información activos llegaron a 20 disminuyendo progresivamente hasta el día 15 que se situaron en 4-5.

Por otro lado, respecto a los puestos que atiende un operador comienza con 11- 14 finalizando el día 15 con 1-2.

Los puestos atendidos por psicólogos descienden paulatinamente, estando activados un mayor número de psicólogos el día 11 reduciéndose progresivamente hasta el día 15.

También observamos que la intervención del psicólogo se hace más específica y más relevante a partir del día 12.

Gráfico 2: LLAMADAS RECIBIDAS POR DEGA Y TIEMPO DE CONVERSACION

Fecha	Llamadas recibidas	Tiempo medio de conversación
11/04/2004	5661	1:28
12/04/2004	2466	2:03
13/04/2004	450	3:13
14/04/2004	131	3:51
15/04/2004	78	n/d
Total	8786	

Gráfico 3: DISTRIBUCION DE LOS PROFESIONALES EN EL GRUPO ESPECIAL DE INFORMACION DE MADRID 112

	Total Puestos de Información Activos (Variable según franja horaria)	Puestos de Operador 112	Puestos de Psicólogos (*)
11/04/2004	Hasta 20	11-14	6-9
12/04/2004	14-19	8-13	6
13/04/2004	5-10	2-7	3
14/04/2004	5-9	2-6	3
15/04/2004	4-5	1-2	3

* Los puestos de Psicólogos fueron cubiertos por personal del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, del Ayuntamiento de Madrid y de algunas Oficinas de Atención a las Víctimas de municipios del área metropolitana.

4.3. ATENCIÓN TELEFÓNICA REALIZADA EN EL CENTRO DE COORDINACIÓN SUMMA 112.

Cuando se recibe una llamada, en primera instancia la recepciona un teleoperador; si está relacionada con el atentado la deriva a los psicólogos. En caso de que las líneas estén ocupadas, el teleoperador recoge el número de teléfono de contacto de la persona que llama y el problema que presenta para con posterioridad devolverle la llamada al psicólogo. El objetivo de una pronta intervención psicológica es paliar, mejorar y contribuir al restablecimiento físico y psicológico, así como prevenir la aparición de graves trastornos. La intervención del psicólogo se realiza de la siguiente manera:

– En primer lugar se ha de **presentar e identificar**. Del mismo modo preguntarle quien es y el motivo de su llamada.

- **Expresión de lo ocurrido**. Escuchar y preguntar. En un primer momento es fundamental que la persona afectada cuente lo que ha pasado y lo que está sintiendo. Se intenta clarificar la situación haciéndoles preguntas sobre la situación que ha vivido y como se siente. Se le pide que trate de recordar con detalle la secuencia de sucesos desde que empezó hasta el final, recordándole la importancia de cualquier sensa-

ción y pensamientos. Se le pregunta:

- ¿cómo describirías lo que ocurrió?.
- ¿dónde te encontrabas?.
- ¿con quién?.
- ¿qué hacías en ese momento?.
- ¿qué sentías en esos momentos?.
- ¿en qué pensabas cuando te evacuaban?.
- ¿qué pensamientos persisten en la actualidad?.
- ¿qué sentiste después de que ocurriera todo?.
- ¿cómo te sientes ahora?.

Es fundamental facilitar la expresión verbal y el relato de los acontecimientos; pensar y recordar es muy importante para poder asimilar e integrar. Hay que animar a la víctima a contar lo ocurrido, con las palabras, expresiones y manifestaciones que desee. A medida que escuchan, piensan o hablan de lo sucedido podrán comprobar cómo las emociones van siendo más llevaderas y podrán comprobar que pueden controlar, reducir y eliminar muchos síntomas. Al dejarles que se expliquen, les das la oportunidad de aclararse sobre lo que ha ocurrido y que se den cuenta de que hay cosas que han pasado pero otras que realmente no han pasado. El relato de las circunstancias también les permite ordenarlas, colocándolas en la sucesión apropiada en su memoria.

Es fundamental que el sujeto se sienta escuchado, atendido y aceptado; por ello, el psicólogo tiene que desarrollar una serie de habilidades como la escucha activa, prestarles apoyo emocional, facilitarles la expresión verbal y emocional, empatizar, evitar negar, juzgar o discutir los sentimientos de la víctima, soportar los momentos de silencio, hablar sosegadamente y en tono sereno. Decirle claramente que tienes todo el tiempo que sea necesario para ayudarla. Mantener una actitud de paciencia muy prolongada ya que las personas tienden a contar una y otra vez lo que les ha pasado. Estar preparado para invertir tiempo con la víctima.

En el caso de extranjeros, hablarles lentamente con un vocabulario sencillo asegurándonos que nos han entendido.

Es importante crear seguridad y un ambiente tranquilo (el hecho traumático ya se ha terminado), así como informar sobre las reacciones de estrés normales y anormales.

Las reacciones habituales son:

- Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusivos que provocan malestar.

- Sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones y/o alucinaciones.

- Malestar intenso al exponerse a estímulos que recuerdan un aspecto del acontecimiento.

- Evitación de estímulos asociados al atentado.

- Dificultades para conciliar o mantener el sueño.

- Irritabilidad.

- Dificultad para concentrarse.

- Pérdida de apetito.

- Sentimientos de culpabilidad.

Cuando la víctima ha contado lo ocurrido, es conveniente escuchar y posteriormente volver atrás por detalles (si se considera necesario). Es importante señalar que solamente se tiene que hacer preguntas si aclaran aspectos que puedan mejorar la ayuda.

- **Instrucciones y pautas de actuación para reducir los síntomas:** El objetivo principal es un ordenamiento del grado de las necesidades de la persona dentro de dos categorías: problemas que deben tratarse de inmediato, y problemas que se pueden posponer. (Slaikeu, 1988), así como el entrenamiento en diferentes técnicas:

- Entrenamiento en respuestas incompatibles con la ansiedad.

Entrenamiento en Respiración Diafragmática (Davis, Mckay y Eshelman, 1985) y Relajación Progresiva de Jacobson (Davis, Mckay y Eshelman, 1985) con autoinstrucciones de relajación.

– Reestructuración Cognitiva. Explicación racional de lo que ocurre con objeto de facilitar un control cognitivo de la situación, así como Reevaluación de los pensamientos de culpabilidad (Mckay, Davis y Fanning, 1988).

– Normalizar la situación. Información y explicación de las reacciones psicológicas habituales y normales, explicarles que ésta es una “*Respuesta normal ante un hecho anormal o inesperado*”.

– Importancia de la búsqueda de apoyo social. Implicar y hablar con personas cercanas para intercambiar información y planificar las actuaciones a seguir.

– Superación de los pensamientos intrusivos: Parada de pensamiento y aserción encubierta (Mckay, Davis y Fanning, 1988)..

– Recuperación de las actividades cotidianas.

– Si se considera necesario:

Movilización de otros recursos si se requieren; visitas a domicilio y/o proporcionar información sobre otros recursos de ayuda: Centro de salud mental, Ayuntamiento, Centro de salud de su zona.

– **Seguimiento:** contacto telefónico posterior con el sujeto con el objeto de:

– Valorar su estado y los resultados de la intervención, o sea, si la crisis que condujo a la llamada se está manejando adecuadamente.

– Puesta en marcha de nuevas acciones si se requieren.

Según Lazarus (1980) el seguimiento debe tener acceso a:

a) la habilidad del usuario para manejar los aspectos subjetivos o sentimientos relacionados con la crisis.

b) la habilidad del usuario para tomar los pasos hacia la solución de los problemas inmediatos.

Respecto a las llamadas que atendieron los psicólogos en el SUMMA 112 observamos que el mayor flujo de llamadas se produjo de los días 15 al 18.

Cuadro III: ATENCIÓN TELEFÓNICA EN EL CENTRO DE COORDINACIÓN SUMMA 112

- Presentación y motivo de la llamada.
- Expresión de lo ocurrido.
 - ¿Qué ha ocurrido?
 - ¿Dónde se encontraba?
 - ¿Con quién?
- Reacciones habituales.
 - Recuerdos recurrentes del acontecimiento.
 - Sensación de estar reviviendo la experiencia.
 - Malestar intenso al exponerse a EE que recuerden el acontecimiento.
 - Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
 - Pérdida de apetito.
 - Sentimientos de culpabilidad.
- Instrucciones y pautas de actuación.
 - Entrenamiento en relajación.
 - reestructuración cognitiva.
 - Normalizar la situación.
 - Implicar a personas cercanas.
 - Proporcionar información sobre otros recursos.
- Seguimiento.

Gráfico 4: LLAMADAS ENTRANTES PASADAS A GRUPO DE PSIC LOGOS

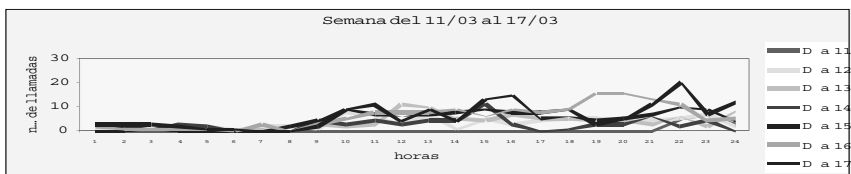


Gráfico 5: LLAMADAS ENTRANTES PASADAS A GRUPO DE PSIC LOGOS

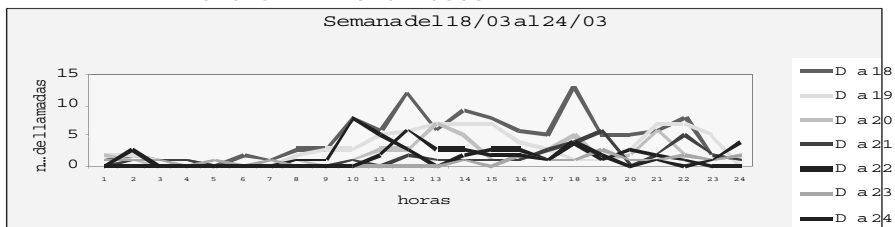


Gráfico 6: LLAMADAS ENTRANTES PASADAS A GRUPO DE PSIC LOGOS

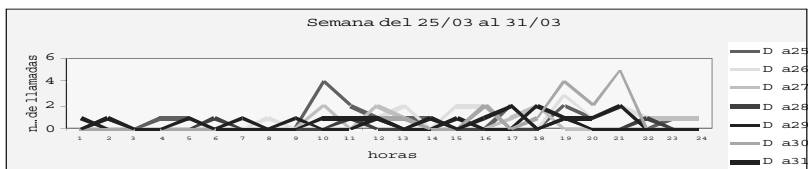


Gráfico 7: LLAMADAS REALIZADAS POR LOS PSIC LOGOS

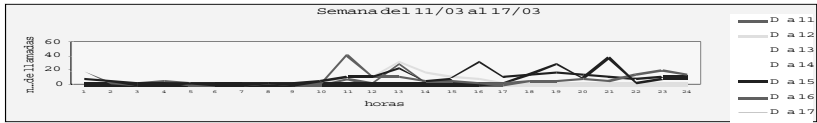


Gráfico 8: LLAMADAS REALIZADAS POR LOS PSIC LOGOS

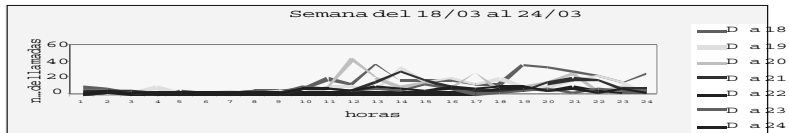


Gráfico 9: LLAMADAS REALIZADAS POR LOS PSIC LOGOS

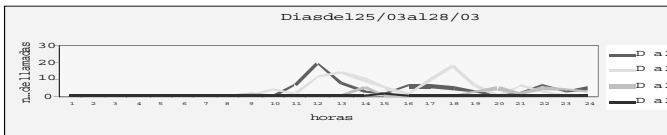


Gráfico 10: LLAMADAS REALIZADAS POR LOS PSIC LOGOS

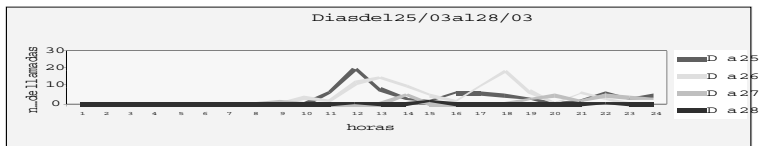


Gráfico 11: LLAMADAS REALIZADAS POR LOS PSIC LOGOS

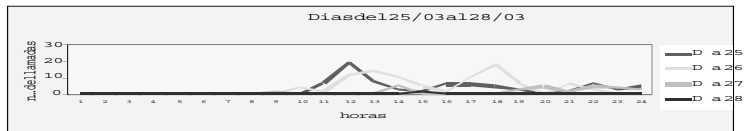


Gráfico 12: LLAMADAS REALIZADAS POR LOS PSIC LOGOS



Respecto al horario de las llamadas, nos parece relevante comentar que no comienzan hasta las 9-10 horas, horario en el que se produce una subida significativa de las mismas; siendo sobre todo relevante el día 16 de 19 a 20h; el día 17 de 21 a 22 h; el día 12 de 12 a 18 h; el día 25 a las 10h y el día 30 a las 18 y 21h.

En relación a las llamadas realizadas por los psicólogos a las víctimas, cabe resaltar que el mayor número se produjo del día 16 al 21.

Respecto al horario en el que los psicólogos realizaron las llamadas fueron a las 11h el día 16; a las 12h los días 20 y 25; a las 19h el día 17 y el día 18; y a las 18h el día 26. Por tanto el mayor flujo de llamadas que los psicólogos efectuaron fue a media mañana: 11-12h y a media tarde 18-19h.

4. 4. CONCLUSIONES

La intervención psicológica debe ser inmediata y realizarse lo antes posible para mitigar las consecuencias del suceso en los afectados y evitar la aparición del trastorno por estrés postraumático.

El servicio de atención telefónica es una forma de llegar a la población rápida, accesible, permanente y fácil, además de proporcionar información periódica, directa y actualizada. Esto contribuye a evitar la aparición de un mayor número de conductas desadaptativas.

La atención telefónica realizada por el psicólogo al tener que requerir mucha más concentración que la convencional, por no poder observar las conductas no verbales, tener que controlar más el tono de voz, ser sereno y alentador, tener que prestar mayor atención al papel fundamental que juega el silencio y estar muy pendiente de una serie de aspectos no verbales y paraverbales, produce mayor cansancio y desgaste al psicólogo. Por otro lado, el no poder anticipar el contenido de la siguiente llamada añade un nuevo factor estresante a este tipo de intervención.

Por último, merece reseñarse que el tiempo medio destinado a atender las llamadas de los usuarios en el Centro de Emergencias 112, en el mejor de los casos apenas llega a los 4 minutos, mientras que el tiempo dedicado a la atención telefónica en el Centro de Coordinación SUMMA 112 superaban normalmente los 45 minutos.

En relación a la comunicación de fallecimientos, es importante reflexionar sobre la forma de dar la información, ya que, la utilización del teléfono para éste tipo de comunicación no nos parece que sea la más adecuada.

5. ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN OTROS ESCENARIOS

5.1. ASISTENCIA EN LOS HOTELES A LAS FAMILIAS

Debido a la dificultad del recono-

cimiento de algunas de las víctimas mortales de los atentados, el equipo médico forense decidió trasladarse al Instituto Anatómico Forense de Madrid, donde los medios para su labor eran mucho más apropiados.

Ante la imposibilidad de acoger de un modo apropiado al gran número de personas que esperaban noticias de sus seres queridos, en un primer momento se dispusieron dos aulas en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid en las que se preparó la acogida para aquellas personas que no querían esperar en sus domicilios, o bien residían fuera de la ciudad.

Allí fueron emplazados 30 psicólogos movilizados por el Colegio Oficial de Madrid, con la consigna de ponerse a disposición del responsable de salud mental de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Algunas horas después, y tras saber que lo que quedaba por hacer eran las pruebas de ADN a los fallecidos (lo que supondría varios días de espera), nos comunicaron que se había decidido trasladar a los familiares a dos hoteles de la capital, ofreciéndoles habitaciones o salas de descanso para facilitar la espera.

Ante esta nueva información, los responsables del dispositivo deci-

dieron hacer dos grupos de trabajo con los profesionales que nos encontrábamos en la Facultad de Medicina. Su previsión era que no tendríamos que hacer ninguna intervención psicológica, *“como mucho darles algo para dormir”*. De esta manera, el equipo desplazado por Salud Mental quedó dividido en dos grupos formados por tres Psiquiatras, una trabajadora social y una psicóloga; a los que se unían 5 psicólogos en cada grupo. La Cruz roja desplazó un vehículo a cada hotel.

La consigna era recibir a los familiares, hacerles saber que estábamos allí, recomendarles que fueran a dormir, darles las guías creadas por los diferentes profesionales para ayudar a superar el duelo en situaciones de desastres y catástrofes y, por último, esperar a que ellos requirieran nuestra ayuda. En todo momento los psiquiatras se harían cargo de la situación.

Salvo alguna intervención psiquiátrica, no se realizó ninguna actuación psicológica en crisis durante el tiempo que se mantuvo este dispositivo.

5.2. ASISTENCIA EN TANATORIOS

Durante los días posteriores al 11 de marzo, y como dispositivo pre-

ventivo, se desplazó un equipo de psicólogos movilizado por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid a los tanatorios que acogían los velatorios de las víctimas de los atentados.

Los profesionales se pasaban por las diferentes salas de velación, presentándose a las familias, recogiendo información y ofreciendo asistencia a los familiares. Se realizaba la intervención (en la mayoría de los casos) a petición de algún miembro de la familia.

Fue muy importante que los profesionales que allí estábamos pudiéramos en marcha los conocimientos y experiencia en el tema del DUELO. Saber que es una respuesta normal y natural, que es algo personal y único, que cada persona lo experimenta de manera diferente, pero produce reacciones humanas comunes. Que es una experiencia global, que afecta a la persona en su totalidad: es decir, a sus aspectos psicológicos, emotivos, mentales, sociales, físicos y espirituales (Montoya).

En las intervenciones con las familias, se ofrecía un espacio y un tiempo para la expresión de las emociones, se ayudaba a identificar sentimientos, se aclaraban temores de las diferentes etapas de la elaboración del duelo, informándoles que contarán con el apoyo de

familias y amigos, y se informaba de los recursos (Salud Mental, Servicios para los Inmigrantes, Dispositivos judiciales...) que existían.

Había familias que tenían otras nacionalidades, y fue importante conocer y respetar el proceso de velación y entierro que se producen en sus culturas.

5.3. ASISTENCIA PSICOLÓGICA DOMICILIARIA PARA LOS AFECTADOS Y SUS FAMILIARES

Dentro del dispositivo de atención psicológica telefónica se detectó la necesidad de extender la asistencia a los domicilios de las personas afectadas.

Tres fueron las motivaciones que impulsaron esta decisión:

- La imposibilidad de la intervención telefónica debido a que la llamada la realizaban familiares o allegados que no se sentían capaces de convencer a su ser querido de que hablara con el psicólogo.

- Especiales circunstancias: intensidad de la sintomatología, dificultades para el establecimiento de la relación empática, dificultades de comunicación...

- Petición de los propios afectados

SUMMA-112 puso a disposición de los psicólogos del Colegio Oficial de Psicólogos un Vehículo de Intervención Rápida dotado de O.T.S. (conductor) y enfermero para acompañar al psicólogo que necesitase desplazarse.

Cuando un profesional consideraba necesaria la intervención en el domicilio, lo ponía en común con el coordinador del dispositivo; ambos lo valoraban y se tomaba la decisión de desplazar la unidad de atención al lugar solicitado.

El coordinador y el psicólogo que había realizado la asistencia telefónica decidían quién sería el profesional que se trasladará. En virtud de la experiencia profesional y las capacidades de los psicólogos que encontraban en ese turno de intervención.

5.4. INFORMACIÓN RECOGIDA TELEFÓNICAMENTE

En el desplazamiento hacia el domicilio del afectado, el psicólogo contaba, al menos, con la siguiente información:

- Persona que necesita la intervención: Edad, sexo, relación con los atentados (víctima, familiar, testigo...).
- Sintomatología destacada.

- Presencia/ ausencia de patologías previas.

- Existencia de apoyos en el domicilio (familia, vecinos, otros profesionales...).

- Motivo de consulta: ¿Qué nos están pidiendo?

5.5. PROCEDIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN

La intervención tiene el siguiente esquema:

- **Toma de contacto con el entorno de la intervención**

- Repasar la información que se tiene y comprobar su veracidad.

- Conocer cuáles han sido los métodos de afrontamiento hasta la actualidad.

- Averiguar las búsquedas previas de apoyo.

- Saber si han recibido asistencias domiciliarias previas de este dispositivo.

- Explorar la sintomatología que presenta en esos momentos

- **Valoración del entorno**

- Analizar la consistencia de los apoyos familiares y sociales.

- Valorar los riesgos inmediatos (problemas médicos, ideación o intentos autolíticos...).

- Evaluar el entorno físico (intentar localizar el lugar más adecuado para realizar la intervención).

- **Acercamiento al afectado**

(Véase cuadro I).

- Mostrarse cercano al afectado: contacto físico (mano en el hombro e, incluso abrazar).

- Realizar una escucha activa.

- Permitir la expresión de emociones (dejar llorar, gritar, descarga emocional...).

- Facilitar y favorecer la descarga emocional (preguntar, escuchar, no interrumpir, aceptar que la situación se desborda).

- Normalizar: Explicar al afectado y a los familiares que su reacción era normal ante esa situación.

- Salvaguardar la seguridad: controlar la inquietud excesiva y los comportamientos que pudieran ser peligrosos para la propia persona y/o para los demás.

- Utilizar comunicación no verbal: hablar despacio, tono de voz suave, mirar a los ojos, trabajar con los silencios...).

- Introducir pautas de relajación mediante respiración abdominal en caso de necesitarlas.

- Atender a sus dudas y ofrecer alternativas: dar siempre información veraz, hablar en positivo.

- En caso de necesidad valorar la capacidad para recibir malas noticias y seguir la guía de comunicación de malas noticias (Véase cuadro II).

- **Transmisión de información**

- Explicar al/ los familiar/es (con mejor disposición) para escuchar qué es lo que puede esperar que ocurra en los próximos días.

Información sobre el proceso de duelo (Véase cuadro III).

Evolución de la sintomatología: la evolución esperable y la que puede resultar preocupante.

- Informar sobre los recursos disponibles y accesibles a largo plazo: médicos, de salud mental, jurídicos...

- Aconsejar sobre pautas de actuación/ afrontamiento: con niños (véase cuadro IV), personas mayores (véase cuadro V).

- **Cierre de la intervención**

- Reducción del nivel de ansiedad.

- Asegurarse de que las pautas de actuación presentadas están interiorizadas.

- Cerrar la sesión con el afectado.

- Trabajar en el momento de la despedida: asegurar la disponibilidad permanente por vía telefónica, reforzar la toma de decisiones y el afrontamiento normalizado.

- **Valoración del seguimiento**

- Repasar la intervención y valorar si es necesario establecer seguimiento telefónico del caso.

- **Exposición del caso al coordinador/ventilación emocional del interviniente**

- Informar al coordinador del dispositivo de las características de la intervención.

- Comunicar la decisión de intervención.

- Repasar el proceso y valorar la actuación.

- Cerrar el caso y retomar el trabajo en la asistencia telefónica.

5.6. LA POBLACIÓN ATENDIDA

La población que ha requerido la asistencia domiciliaria prestada

por este servicio ha sido heterogénea en cuanto a edad, sexo, nacionalidad y relación con los atendados.

Hemos podido destacar cuatro grandes grupos de intervención:

- Familiares de fallecidos: padres/madres, hijos/as, parejas, etc.

- Víctimas directas sin lesiones físicas.

- Testigos.

- Población con patologías previas exacerbadas por la vivencia de los hechos.

Debido a lo aparatoso de la sintomatología los familiares se sienten confusos e incapaces de asumir y controlar la situación, por lo que recurren a la petición de ayuda profesional.

La sintomatología que presentaban los afectados provocaba confusión e inquietud en sus familiares, debido a su desconocimiento de las reacciones habituales en situaciones de pérdida con características como la que nos ocupa.

Las reacciones más habituales que presentaban los usuarios de este servicio fueron:

Alteraciones del nivel de conciencia:

– *Desorientación*: alteración de la orientación en tiempo, espacio y persona.

– *Obnubilación de la conciencia*: Estado de claridad mental incompleta, con alteraciones en la percepción y las actitudes.

– *Estupor*: Falta de reacción, desconexión del medio. Falta de respuesta, sólo se produce ante estímulos vigorosos y repetidos.

– *Estados crepusculares*: estrechamiento de la conciencia que se fija en estímulos concretos o parciales, generalmente con actividad motora dirigida hacia ese estímulo y, a veces, con trastornos sensorio-perceptivos añadidos.

– *Delirium*: reacción caracterizada por aturdimiento, inquietud, confusión y desorientación, que se asocia con miedo y alucinaciones.

Se manifestaron mayoritariamente **Síndromes confuso-oníricos** (Obnubilación, desorientación, pensamiento incoherente y ofuscado, manifestaciones neurovegetativas) y **estados crepusculares** (estado de estrechamiento de la conciencia. Se focaliza en un estado de ánimo y una situación concreta, los demás estímulos permanecen fuera de su alcance).

Alteraciones de la emoción

– *Ánimo irritable*: estado en el que el sujeto se enfada fácilmente y se comporta con ira.

– *Alexitimia*: incapacidad o dificultad para describir o reconocer las emociones o el propio estado de ánimo.

– *Crisis de angustia*: (pánico) Crisis de ansiedad intensa y aguda, de carácter esporádico que se asocia a sentimientos de terror sobrecogedores o descarga del sistema nervioso autónomo.

– *Culpa*: Emoción secundaria a la realización (real o imaginada) de algo que se percibe como malo.

Alteraciones de la psicomotricidad

– *Negativismo*: Resistencia a todos los intentos de ser movilizado o a obedecer cualquier orden.

– *Cataplejía*: Pérdida transitoria del tono muscular y debilidad precipitada por diversos estados emocionales.

– *Mutismo*: El sujeto no emite ningún sonido sin que haya anomalías estructurales.

– *Agitación psicomotriz*: excesiva actividad motora y cognoscitiva,

generalmente no productiva, que se produce en respuesta a tensión interna.

– *Ataxia*: fallo de la coordinación muscular, irregularidad en la acción muscular.

– *Hipocinesia*: disminución de la actividad motora y cognoscitiva, como en el retraso psicomotor; enlentecimiento visible del pensamiento, lenguaje y movimientos.

En un importante número de casos, la sintomatología por la que se consulta es una exacerbación de trastornos psicopatológicos anteriores o latentes que se ven sobrepasados con la tensión propia de la situación por la que atraviesan.

La intervención del profesional en el domicilio es una continuación de la realizada a través del teléfono

en la que se ha tratado de reducir los niveles de ansiedad, introducir pautas de respiración, autoinstrucciones para la relajación...

En la atención domiciliaria la finalidad de la intervención se dirige a *normalizar* ante los familiares las reacciones del ser querido (se trata de reacciones normales ante situaciones anormales), ayudar al paciente a permitirse *iniciar* su *duelo* y actuar como *canalizador* de la ansiedad, la angustia y la rabia.

Cuando la intervención sobrepasaba la esfera psicológica y requería atención médica, se recurría a SUMMA-112 para que enviara una unidad médica.

Con posterioridad a la intervención se realizaban seguimientos a fin de prevenir la instauración de patologías más duraderas.

CUADRO I. TÉCNICAS Y HABILIDADES DE INTERVENCIÓN

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| • Empatía.. | • Técnicas distractivas. |
| • Técnicas operantes. | • Parada de pensamiento. |
| • Reestructuración cognitiva breve. | • Toma de decisiones. |
| • Solución de problemas en crisis. | • Asesoramiento y/u orientación. |
| • Feedback. | • Técnicas de autocontrol. |
| • Frases útiles. | • Desensibilización sistemática. |
| • Negociación. | • Otras. |

Modificado de Aranda Romero J. A. (1997), Montoya, J. (2001) y Organización Panamericana de la Salud (2002).

CUADRO II: GUÍA DE COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

HABILIDADES PREVIAS

- Recopilar toda la información posible.
- Estar absolutamente seguros de lo que vamos a decir
- Saber como dirigirse al otro (persona y/o familiares 1 ó 2)
- Comunicarlo a la mayor brevedad
- Mostrarse seguro, sin prisas, sin temores
- Actitud de dar respuesta a todas sus preguntas
- Tener en cuenta sus reacciones
- Garantizar que se ha hecho todo lo posible y que no está solo
- Legitimar sus sentimientos= normalizar
- Valorar la posibilidad de suicidio

ELABORACIÓN DEL MENSAJE

- Individualizar. Fijarse: edad, gravedad lesión, rol social...
- Mensaje: YO ("yo creo"); DESCRIPTIVO (¿qué está ocurriendo?)
- Tratar el silencio y observar la conducta no verbal
- No dar excesiva información al principio. Responder sus preguntas
- Evitar:
 - Tecnicismos (usar la simplicidad)
 - Palabras con contenido emocional (dolor, sufrir...)
 - Juzgar, usar la lógica, dar consejos
 - Quitar la esperanza
 - Retractarnos de nuestras palabras
 - Mentir (siempre la verdad)
 - Formular muchas preguntas
 - Luchar contra la negación
 - Establecer plazos de tiempo
 - Expresiones: "no llore, tranquilícese, no se preocupe"
 - Conductas paternalistas

LUGAR Y TIEMPO ADECUADOS

- Bien ventilado, iluminado y sin ruidos exteriores
- Confortable
- Lejos de elementos potencialmente peligrosos (armas, ventanas...)
- Mostrar una disponibilidad de tiempo total. No existen prisas, generará mayor confianza

HABILIDADES IMPRESCINDIBLES

HABILIDADES PSICOLÓGICAS

- Autocontrol emocional = evitar excesiva implicación
- Autocontrol de estrés, la ansiedad y la angustia y reconocerlos
- Reconocer nuestros propios límites = hasta donde puedo llegar
- Capacidad de toma de decisiones y solución de problemas
- Ser realistas, reforzando los propios recursos de la persona
- Establecer metas a corto y medio plazo

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

- Escucha activa
- Empatía
- Debemos:
 - Concretar objetivos
 - Preguntar
 - Escuchar activamente
 - Empatizar activamente
 - Sintetizar
 - Retroalimentar
 - Reforzar

HABILIDADES SOCIALES

- Actuar de intermediario entre la familia y el afectado
- Facilitar la comunicación entre ellos = buscar apoyos y su participación en todo el proceso
- Manejo de emociones negativas (ira, sentimientos de culpa), normalizándolas y permitiendo su expresión.

HABILIDADES TÉCNICAS

- Amplio conocimiento de los recursos sociales y asistenciales de la comunidad
- Facilitar los recursos médicos
- Ofrecer asistencia psicológica
- Si la persona es creyente, ofrecer asistencia religiosa

Modificado por Anguera, S. de, Kübler Ross, E. (1989), Gómez, S. (1998) y Montoya, J. (2001).

CUADRO III. LAS FASES DEL DUELO

1. AFLICCIÓN AGUDA

Incredulidad, inquietud, oleadas de angustia aguda, pensamientos obsesivos y algunos síntomas físicos.

II. CONCIENCIA DE LA PÉRDIDA

Ansiedad de separación, estrés prolongado, culpa, rabia, agresividad, comportamiento de búsqueda y sentimiento de la presencia del muerto, ensoñación, otras reacciones (incredulidad y negación, frustración, trastornos del sueño, alivio, miedo a la muerte, añoranza, llanto).

III. CONSERVACIÓN- AISLAMIENTO

Aislamiento, fatiga y debilidad, repaso obsesivo, apoyo social disminuido, necesidad de sueño, desesperación, desamparo e impotencia.

IV. CICATRIZACIÓN

Reconstruir la forma de ser, retomar el control de la propia vida, abandono de roles anteriores, búsqueda de un significado, cerrando el círculo, perdonando y olvidando, otras reacciones (disminución gradual de los efectos del estrés prolongado y un aumento de la energía física y emocional; se restaura el patrón de sueño normal).

V. RENOVACIÓN

Viviendo para sí mismo, aprendiendo a vivir sin reacciones de aniversario.

Montoya Carrasquilla, J.E. *Guía para el duelo*. Medellín Ed. Piloto (2001).

CUADRO IV. COMUNICACIÓN EN NIÑOS

- Valorar la importancia de la edad.
- No ocultar la noticia, decir la verdad (responder sus preguntas/ dudas).
- Lenguaje sencillo. Utilizar: "No vivir más, ausencia de vida".
- Mensajes YO.
- Permitir la expresión de emociones según su forma de ser.
- Buscar apoyo familiar y participación en la pena familiar = tareas.
- Corregir sentimientos de culpa, miedos....
- Permitir que la vida siga su curso normal.
- Evitar separación de los padres o cuidadores.
- Recomendar que se pase más tiempo con ellos, contacto físico, abrazos.
- Hablar con ellos del desastre. No minimizar ni magnificar.
- Decirle a los niños como se siente el adulto.
- Mostrar seguridad y esperanza de futuro.
- Aceptar los sentimientos del pequeño. Permitirles expresar sus emociones.
- Animarlos a que dibujen, coloreen escriban o jueguen acerca del desastre. Animarles a poner un final feliz al juego.
- Ser pacientes con conductas regresivas.
- Ayudarles a que cuenten sus sueños. Explicarles que es normal que tengan pesadillas durante un tiempo.

Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la O.M.S. (2002).

CUADRO V. COMUNICACIÓN EN NIÑOS

- Respuesta emocional menor (menos exteriorización de la tristeza, de culpa...).
- Más quejas físicas.
- Idealización del fallecido o miembro/ función corporal perdida.
- Mayor irritabilidad.
- Mayor aislamiento.
- Mayor tiempo en la elaboración del duelo.
- Por todo lo anterior, se debe normalizar y buscar apoyo familiar.
- Acudir al médico para prevenir enfermedades o agravamientos de ellas.

Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la O.M.S. (2002).

5.7. Conclusiones

La complejidad de la intervención en diferentes escenarios se ha hecho patente tras los atentados del 11 de Marzo.

Los afectados necesitan una atención integral y multiprofesional.

La asistencia psicológica adecuada in situ, se orienta hacia la facilitación del proceso psicológico en el que la persona, se encuentra.

Entre otras acciones que se realizaron, la amortiguación del impacto psicológico inmediato, la determinación de las situaciones de riesgo, conductas desadaptativas o psicodisfuncionales graves, y la facilitación del proceso en el que se encontraban, ha sido complejo y difícil, en múltiples ocasiones.

Al igual que ayudamos a los afectados a prevenir para el futuro, también nosotros hemos de apren-

der de las situaciones vividas y plantear una mejora para posibles intervenciones futuras.

La coordinación de todos los profesionales bajo un mismo equipo directivo, cuya creación y dirección ante situaciones como el 11M es competencia de la Administración.

Desde cada uno de los profesionales deberíamos, asimismo, hacer una reflexión valorativa sobre nuestra capacidad (formación, experiencia y personalidad adecuadas) de intervención y ser suficientemente profesionales como para decidir NO intervenir si no estamos o no nos encontramos capacitados.

Para que esta intervención sea la mejor posible debería promocionarse la formación de psicología de emergencias y una mayor integración de los psicólogos en los servicios de emergencia sanitaria hospitalarios y extrahospitalarios.

De la misma manera, mejoraría la

intervención si se realizaran equipos de gestión inter-institucionales de crisis en cada escenario para decidir la necesidad de la intervención y las estrategias comunes de actuación de todos los profesionales que van a participar en cada uno de los escenarios y contextos.

6. EL DEBRIEFING PSICOLÓGICO: Intervención con profesionales del MADRID 112 / SUMMA 112

6.1. INTRODUCCIÓN

Las labores de asistencia sanitaria desarrolladas el 11-M en las inmediaciones de los trenes por el personal sanitario del SUMMA 112 y las de atención telefónica a las personas afectadas, realizada por operadores/as del MADRID 112 y SUMMA 112, situaron a estos/as profesionales en una situación laboral de alto impacto psicológico.

Por el hecho de ser profesionales de la emergencia, estos/as trabajadores/as tienen más probabilidad de verse expuestos a situaciones que denominamos *críticas* (Alexander, 1993; Mitchell, y Dyregrov, 1993; Deangelis, 1995; Mc Cammon, 1996; Wagner, Heinrichs, Ehlert, 1998; Al-Naser, y Everly, 1999)

Ante las consecuencias que puede tener el hecho de verse

inmerso en situaciones críticas, ya en los años cuarenta, se empezó a tomar conciencia de la importancia de afrontar cuanto antes las crisis derivadas de la exposición a estas situaciones, incluyendo el contexto y afección de profesionales.

Grinker y Spiegel (1945) enfatizaron los principios de inmediatez, proximidad y esperanza (*expectancy*) como claves de la intervención en crisis. Caplan (1964) fundamentó los principios de prevención, segmentando las actuaciones en tareas de prevención primaria, secundaria y terciaria. La intervención en crisis (Miguel y Muñoz, 1988) se sitúa en el 2º nivel de prevención.

Aunque no hay un modelo único de intervención en crisis, intervenir inmediatamente, escuchar los hechos concernientes a la situación, reflejar los sentimientos de la víctima, tomar acciones directas y facilitar el apoyo social, son estrategias comunes que se emplean para estabilizar la situación actual, proveer atención a los síntomas, reducir los niveles de hiperactivación fisiológica, consolar y confortar al afectado/a y movilizar los recursos necesarios para responder de forma adecuada (Everly, Flannery y Mitchell, 2000).

Tras los atentados del 11-M, el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid organizó un dispositivo

asistencial junto al SUMMA-112 y MADRID 112 para prestar asistencia a las personas afectadas por el desastre. Esta asistencia incluía a los intervinientes, en este caso, del SUMMA-112 y MADRID 112.

6.2. INTERVENCIÓN MULTICOMPONENTE CON INTERVINIENTES DEL MADRID 112 Y SUMMA 112 TRAS EL 11-M

La intervención inmediata en situaciones críticas se desarrolla desde el marco de la intervención en crisis y no del de la terapia. Las acciones que se plantean, son acciones de apoyo psicológico con efectos terapéuticos tal y como se ha detallado en el punto anterior, si bien lo habitual es no formalizar encuentros de terapia, ni individuales ni grupales, tal y como en contextos de prevención terciaria podemos encontrar.

La intervención psicológica inmediata necesita un abordaje en el que la persona afectada, en este caso los intervinientes, se vean atendidos en su afección psicológica y en su impacto sobre los diferentes niveles de respuesta (fisiológico, cognitivo, motor y afectivo) y la interacción de éstos sobre su núcleo social significativo (familia, trabajo, comunidad, etc.).

Una intervención psicológica inmediata va a ser más eficaz si

existe la posibilidad de poner a disposición de los/as intervinientes afectado/as diversas vías de afrontamiento (intervención multi-componente) de las que se beneficiarán en mayor o menor medida en función del estado psicológico y el momento en el que se encuentran.

El Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid puso a disposición de los intervinientes las siguientes vías de apoyo psicológico inmediato:

- **Primeros Auxilios Psicológicos**

Durante once días, fueron destacados en la sede del SUMMA-112, 6 psicólogos/as más un/a coordinador/a (psicólogo también) presentes 24 horas al día. Su principal cometido era atender la Línea de Atención Psicológica Telefónica, que detallaremos inmediatamente. En aquellas ocasiones en que fueron requeridos por personal afectado, actuaron en una base de Primeros Auxilios Psicológicos, individual.

- **Línea de Atención Psicológica Telefónica**

Los intervinientes dispusieron al igual que el resto de la población afectada, durante once días 24 horas al día, de un servicio de counselling telefónico atendido por psicólogos/as.

- **Debriefing psicológico**

El *debriefing* psicológico constituye un encuentro grupal con intervinientes afectados/as por situaciones críticas. En el siguiente punto detallamos sus principios, objetivos y estructura.

Para la realización de los *debriefings* psicológicos, se decidió dejar pasar un tiempo conveniente como para considerar que la intervención de los profesionales a los que nos referimos, tras el 11-M había finalizado (muchos sanitarios durante varios días, siguieron trabajando estrechamente en situaciones relacionadas con el 11-M, p.e. cobertura de asistencia en tanatorios, entierros, etc. Por otro lado, los/as operadores/as continuaron recibiendo llamadas de personas en estado de estrés agudo, directamente afectadas por los atentados).

Por la razón apuntada, los *debriefings* psicológicos se comenzaron pasados once días de los atentados.

6.3. EL DEBRIEFING PSICOLÓGICO

6.3.1. Marco General

La intervención psicológica grupal, conceptualizada como *debriefing* por sus primeros propulsores

(Mitchell, 1983; Raphael, 1986; Dyregrov, 1989, Armstrong, O'Callahan y Marmar, 1991), constituye una estrategia altamente estructurada e ideada, en principio, para ser empleada con profesionales de emergencia. Los resultados satisfactorios obtenidos (Everly, Boyle y Lating, 1999), la han llevado a ser empleada con otro tipo de víctimas secundarias (personal hospitalario, trabajadores de entidades bancarias, militares y educadores). Incluso, se ha dado el salto hacia su empleo con víctimas directas y familiares de éstas.

El *debriefing* se encuadra dentro de las estrategias empleadas de forma inmediata para atender el estrés por situación crítica. Dada la parte de trabajo cognitivo que tiene lugar en algunos puntos del desarrollo del *debriefing*, conviene que este encuentro tenga lugar al menos a las 48-72 horas de la situación. Si esta aún no está estabilizada técnicamente una vez transcurrido este periodo (p.e. en interrogatorios o búsquedas de evidencias policiales, o en desastres que prolongan el trabajo durante días o semanas), conviene esperar para la organización de esta intervención. (*Debriefing* demorado).

6.3.2. Objetivos del Debriefing

El foco de atención principal de esta intervención grupal, se dirige a:

- Procurar el alivio del estrés sufrido tras un incidente crítico.
- Mitigar las consecuencias indeseables de la exposición a este tipo de situaciones.
- Facilitar la integración de la experiencia por parte de la persona afectada.
- Motivar hacia la movilización de recursos de afrontamiento funcionales.

Otros objetivos de la intervención se encaminan a:

- Asegurar que se cubren las necesidades básicas.
- Legitimar y animar la expresión de sentimientos y emociones en torno al evento.
- Neutralizar la falacia de “caso único y extraordinario”.
- Neutralizar la falacia de anormalidad.
- Consolar.
- Fomentar el apoyo intragrupal.
- Ensalzar la cooperación y cohesión grupal.
- Redireccionar la racionalización del evento hacia la supervivencia sobre la victimización.

- Prevenir en la medida de lo posible el desarrollo de Estrés Post-traumático.
- Discriminar personas necesitadas de apoyo adicional.
- Facilitar el contacto con los sistemas de atención psicológica si se considera necesario.

6.3.3. Principios Generales del Debriefing

Los siguientes principios sirven para aclarar los fundamentos, objetivos, estructura y aplicaciones del *Debriefing*:

- El *debriefing* busca acelerar la recuperación normal, en gente normal, que tiene reacciones inusuales pero normales, ante eventos inusuales o anormales.
- El *debriefing* no es una psicoterapia. Es una estrategia de prevención secundaria.
- El *debriefing* no es un sustituto de la psicoterapia (o al menos no se plantea como tal).
- El *debriefing* está basado en principios de intervención en crisis y educacionales más que psicoterapéuticos.
- Generalmente es mejor plante-

ar la participación voluntaria y sólo ante incidentes extremos hacer la participación obligatoria.

- El *debriefing* no se plantea para solucionar los problemas relacionados con el incidente, que puedan mostrar los intervinientes, sino para mitigarlos y servir de trampolín para el afrontamiento.

- A veces es necesario prestar atención psicológica adicional a participantes en el *debriefing*.

- El *debriefing* se provee mejor si quien lo dirige no tiene una relación estrecha con los que lo necesitan.

- En el desarrollo del *debriefing*

siempre debe haber un psicólogo.

- En el desarrollo del *debriefing* resulta positivo que el psicólogo, si no conoce la cultura organizacional de los profesionales afectados, sea auxiliado por un miembro del servicio de emergencia del tipo de personal afectado, convenientemente entrenado en primeros auxilios psicológicos y en el *debriefing* propiamente dicho.

6.3.4. Estructura del *Debriefing*

El *debriefing* psicológico avanza a través de varias fases que varían en función del modelo de *debriefing* adoptado.

El modelo mayormente emplea-

<p>Modelo de J.T. Mitchell (1983, Mitchell y Everly, 1996) Critical Incident Stress Debriefing</p>	<p>Modelo de A. Dyregrov (2003) Psychological Debriefing</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. INTRODUCCIÓN 2. HECHOS 3. PENSAMIENTOS 4. REACCIONES 5. SÍNTOMAS 6. ENSEÑANZA 7. ENTRADA 	<ol style="list-style-type: none"> 1. INTRODUCCIÓN 2. EXPECTATIVAS Y HECHOS 3. PENSAMIENTOS 4. IMPRESIONES SENSORIALES 5. REACCIONES EMOCIONALES 6. NORMALIZACIÓN 7. PLANIFICACIÓN FUTURA Y CIERRE
<p>Modelo de F. Parkinson (1997) Three Stages Revised Debriefing Model</p>	<p>Modelo de K. Armstrong (1991) Múltiple Stressor Debriefing Model</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. INTRODUCCIÓN 2. HECHOS 3. SENTIMIENTOS 4. FUTURO 5. FINALIZACIÓN 	<ol style="list-style-type: none"> 1. DISCUSIÓN DE EVENTOS 2. SENTIMIENTOS Y REACCIONES 3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO 4. TERMINACIÓN

Estructura del *Debriefing* según el modelo de T. Mitchell: (Utilizado por nosotros)

do con profesionales de emergencia ha sido el Critical Incident Stress Debriefing (CISD) desarrollado por Mitchell (detallado más adelante). Otros modelos ampliamente utilizados han sido el de Armstrong (con intervinientes en desastres) y en Europa, el modelo de Dyregrov y el de Parkinson.

1. FASE INTRODUCTORIA.

Es una fase muy importante que va a condicionar el desarrollo de las fases posteriores, especialmente si los participantes no están familiarizados con el de-briefing.

Las acciones básicas que se realizan son:

- Presentación de los monitores
- Presentación del grupo (solo nombre de pila).
- Empatía de los monitores con el grupo ante el acontecimiento.
- Presentación de los objetivos de la sesión.
- Reglas de la reunión:

2. FASE DE LOS HECHOS.

En esta fase se pretende que la

persona describa su papel o implicación en la situación crítica. Los facilitadores colaboran planteando preguntas abiertas y cerradas, para conseguir que el grupo obtenga una visión amplia y detallada del desarrollo de la situación crítica.

3. FASE DE PENSAMIENTO (COGNITIVA).

Durante esta fase, el debriefing se focaliza en los pensamientos y valoraciones que los participantes hicieron en la situación crítica.

* Tras esta fase, decidimos introducir la fase del modelo de Dyregrov (2003) referida a las impresiones sensoriales. En ella, los facilitadores instigamos a los/as participantes a poner en palabras aspectos sensoriales (visuales, auditivos, olfativos, etc.) de estímulos que destacaron por su impacto o llamada de atención y que incluso pueden estar reexperimentando.

4. FASE DE REACCIÓN.

Esta es la fase con mayor carga emocional. Ira, miedo, frustración, culpa, sentimientos de pérdida, son algunas de las manifestaciones esperables. Su acogida, reconoci-

miento y validación son fundamentales en esta parte del proceso de debriefing.

5. FASE DE SÍNTOMAS.

Esta fase supone el regreso hacia un trabajo más descriptivo y por tanto, más cognitivo que la fase anterior, en la que la expresión de sentimientos cobraba protagonismo. En la fase de síntomas se procura que reconozcan las manifestaciones de estrés sufridas en los distintos niveles de respuesta, tanto durante la situación crítica, como posteriormente hasta el momento actual.

6. FASE DE ENSEÑANZA (EDUCACIONAL).

Esta fase comienza resumiendo las manifestaciones expuestas por los participantes y se orienta hacia acciones de afrontamiento de estas (tanto identificadas por los participantes como propuestas posteriormente por los facilitadores).

7. FASE DE REENTRADA.

Esta última fase proporciona la oportunidad de preguntar dudas o revisar aspectos relevantes presentados durante el debriefing.

6.3.5. Consideraciones en torno al Debriefing

Existen una serie de aspectos a tener en cuenta para potenciar los efectos positivos de la intervención psicológica grupal y prevenir cometer errores o procesos de retraumatización (Armstrong et al., 1995; Mitchell y Everly, 1996; Dyregrov, 1997; Parkinson, 2001; Galliano, 2002).

Una que cabe destacar es la conveniencia de que haya dos facilitadores en el grupo y al menos uno de ellos, concretamente el líder, sea un profesional de la salud mental.

Los principios de Intervención en crisis que se ponen en marcha en la dinámica del debriefing, las verbalizaciones de los participantes que pueden hacer deducir la existencia de valoraciones irracionales o esquemas disfuncionales, determinadas reacciones que pueden poner de manifiesto los participantes (p.e. disociaciones, flashbacks, despersonalización, etc.), relatos de hechos que pueden hacer deducir la formación de condicionamientos clásicos aversivos, etc., hacen necesaria la presencia y dirección del debriefing de una persona con el perfil profesional adecuado.

En otros países encontramos

que hay figuras que sin ser psicólogos, lideran los debriefings (en este sentido sólo cabe decir que su formación en salud mental les respalda) de esta forma, encontramos a personal de enfermería, trabajo social, counseling, etc. especializados en Salud Mental, liderando debriefings gracias a una formación de la que en nuestro país, *carecen* los profesionales de este tipo.

Son varias las críticas y dudas planteadas sobre si el debriefing resulta o no útil para cumplir el objetivo que justifica su organización (Bisson y Deahl, 1994; Rose y Bisson, 1998; Rose, Berwin, Andrews y Kirk, 1999; Rose, Bisson y Wessely, 2002; Van Emmerik, Kamphuis, Hulsbosch y Emmelkamp, 2002). Del mismo modo, se ha planteado la retraumatización como consecuencia de la participación en el debriefing (Kenardy, 2000). Como se ha comprobado, estas provienen en muchos casos de la interpretación del debriefing sin una base de conocimiento sólida, que lleva a plantear diseños de investigación erróneos o al establecimiento de conclusiones sesgadas, tal y como diversos estudios han identificado (Everly, G.S.; Boyle, S.; Lating, J., 1999; Everly, G.S.; Flannery, R.B.; Mitchell, J.T., 2000; Mitchell, 2002a, 2002b, 2003.)

Se pueden encontrar meta-análisis en los que se revisan un buen número de estudios realizados en los últimos años, en los que el debriefing sirvió para aliviar las manifestaciones de estrés postincidente crítico (Mitchell y Everly, 1997; Everly, Boyle y Lating, 1999). Las poblaciones sobre las que se aplicó la estrategia fueron principalmente personal de rescate en desastres, paramédicos, técnicos de emergencias médicas, profesionales de enfermería y personal hospitalario y otros profesionales no sanitarios como bomberos, militares, policías y empleados de entidades bancarias.

Los resultados obtenidos motivan hacia la obtención de un mayor conocimiento de la utilidad de esta técnica y por otra parte a dominar su empleo dadas las numerosas evidencias de su eficacia para alcanzar los objetivos que pretende.

6.4. EL DEBRIEFING PSICOLÓGICO EN INTERVINIENTES DE MADRID 112/SUMMA 112

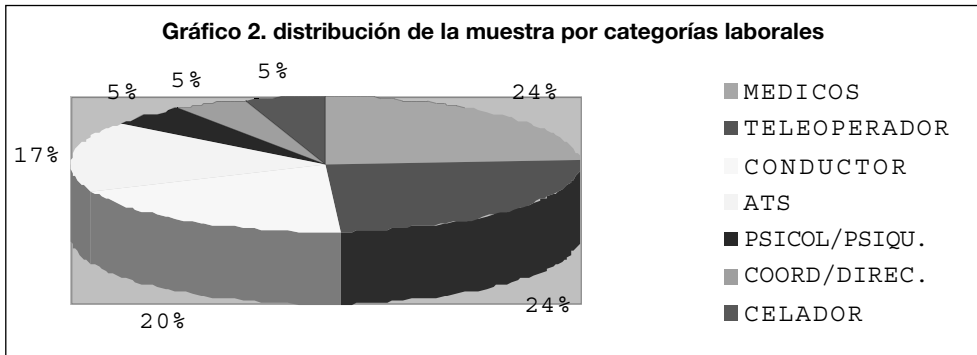
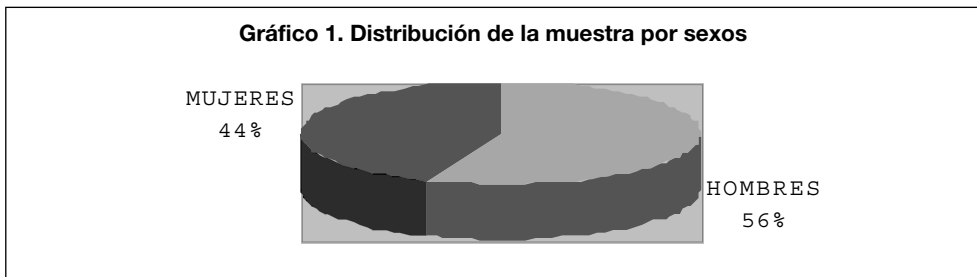
6.4.1. Participantes

Como quedó dicho anterior-

mente se utilizó un debriefing demorado con los profesionales de los mencionados servicios. La participación en los mismos fue voluntaria.

La muestra total estuvo compuesta por 41 personas. Se diseñaron 6 grupos de trabajo y la inclu-

sión en los mismos siguió el principio general de la homogeneidad. (Categorías laborales iguales o similares). La media fue de 7 /personas grupo, con un mínimo de 6 y un máximo de 10 individuos. Los gráficos 1 y 2 establecen los porcentajes por sexo y por categorías laborales.



6.4.2. Medidas

Se utilizó una batería de test doble (con mediciones pre y post) compuesta por 3 escalas independientes tipo autoinforme, la primera de sintomatología de estrés agudo, la segunda de bienestar psicológico (obtención de una visión más genérica del estado

emocional), y la tercera de evaluación del debriefing (esta última medida solo fue tomada en la versión post).

Los sujetos contestaron al primero de los cuestionarios (pre) antes del debriefing, y al segundo (post) al menos a las 48-72 horas de la sesión.

6.4.3. Procedimiento

En los debriefings realizados con el personal de MADRID 112 y SUMMA-112 adoptamos el modelo de Mitchell, introduciendo la parte referida a “impresiones sensoriales” empleada por Dyregrov. (Modelo expuesto en el apartado anterior)

6.4.4. Resultados

De forma preliminar se detallarán a continuación los resultados correspondientes a la evaluación de la técnica del *debriefing* por parte de los integrantes en los mismos.

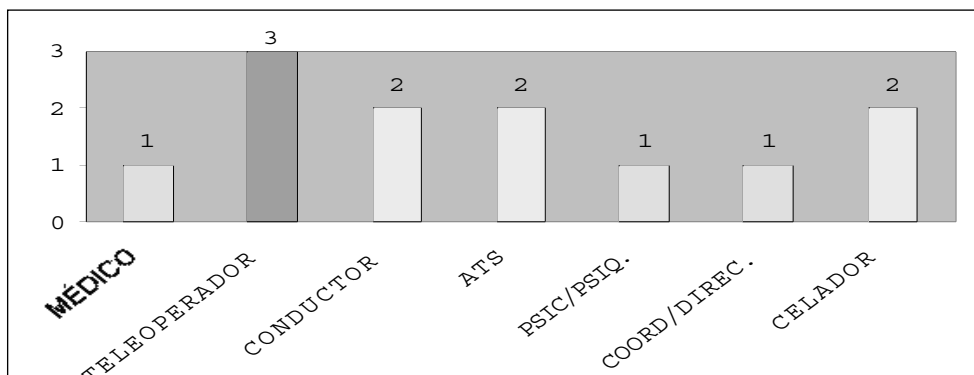
Dado que se utilizó una escala autoinforme tipo likert, de 4 puntos; para el análisis de los datos se efectuó una transformación de los mismos, de manera que los valores asignados oscilan de 0 a 3 :

- **En absoluto** = valor 0
- **Algo** = valor 1
- **Bastante** = valor 2
- **Mucho** = valor 3

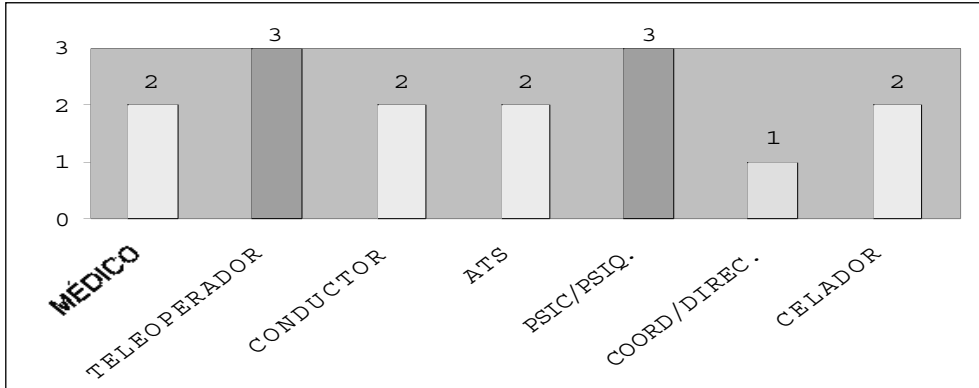
En el citado cuestionario de 7 ítems, se obtuvieron los siguientes resultados, expuestos de forma gráfica, por puntuaciones y categorías:

7 preguntas básicas: VALORACIONES MEDIAS POR GRUPOS

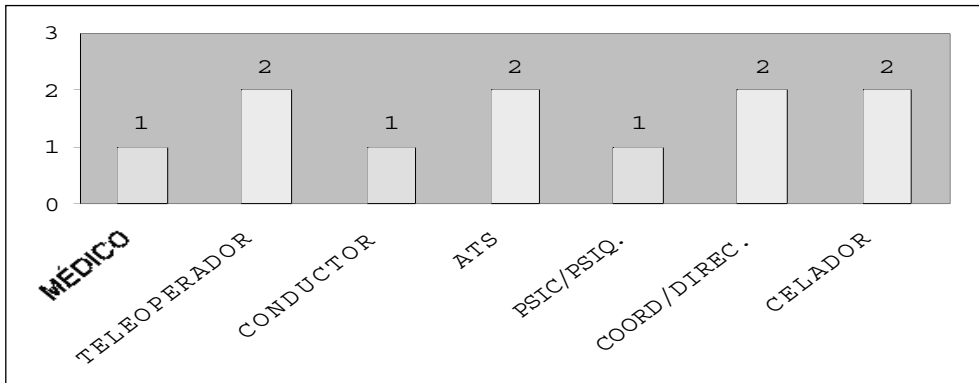
1. Ventilación de emociones



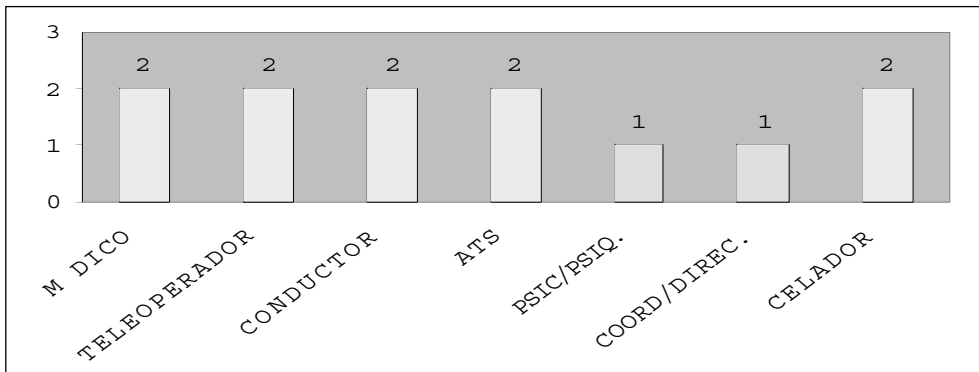
2. Racionalización del incidente crítico



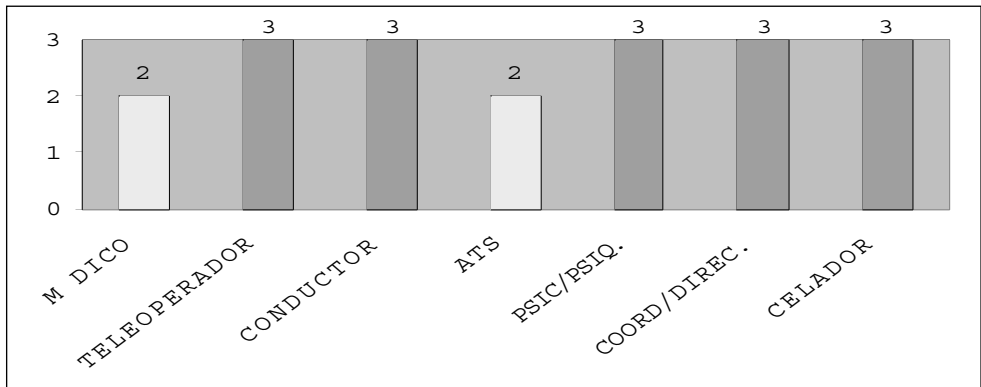
3. Facilitación de la empatía cognitiva



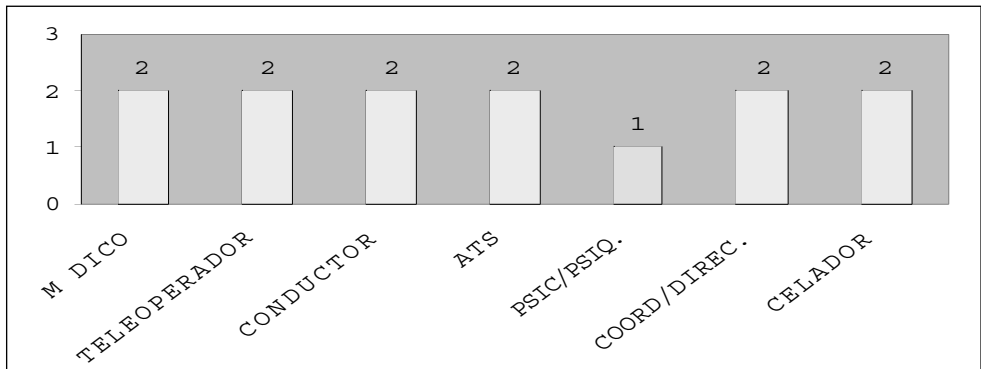
4. Afrontamiento del estrés post-incidente



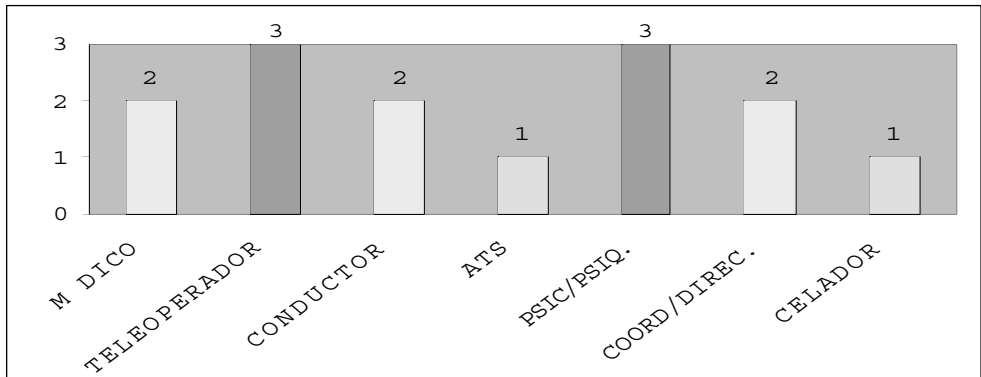
5. Valoración sobre efecto en el Grupo



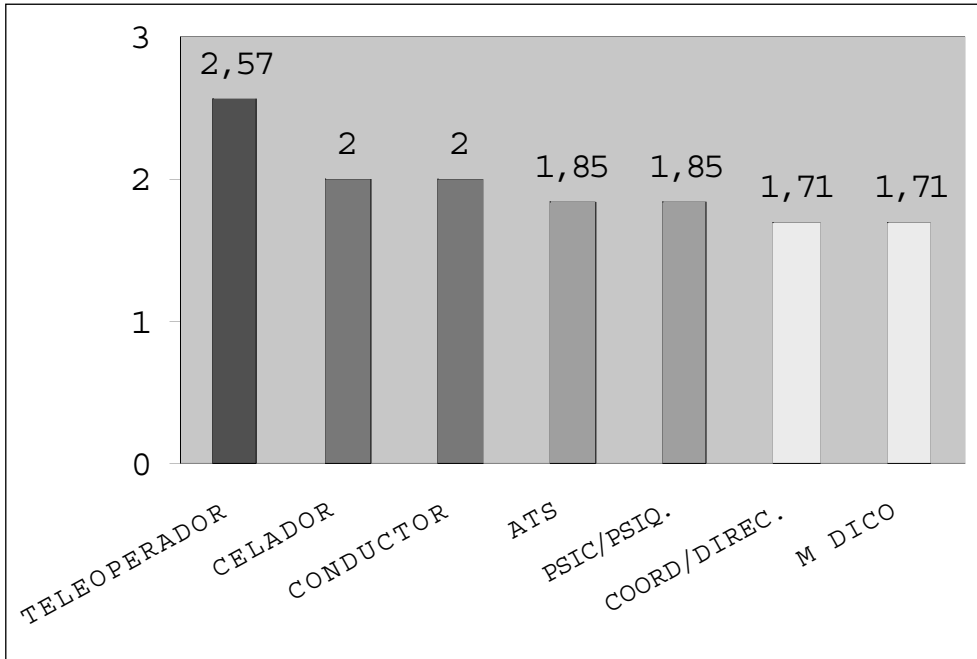
6. Valoración personal



7. Aumento de cohesión grupal



8. Escala de valoración global de la técnica por grupos



VALORES:

0= EN ABSOLUTO

1= ALGO

2= BASTANTE

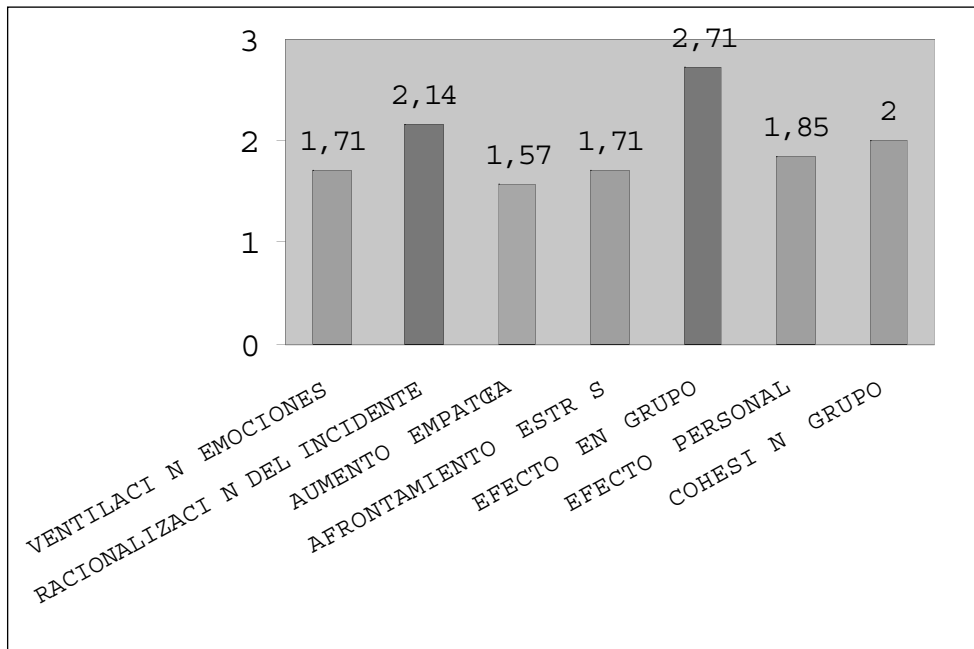
3= MUCHO

Los resultados indican una alta valoración global de la técnica utilizada (*debriefing*), por todos los grupos que participaron en ella.

De forma específica, los efectos

son valorados positivamente, destacándose: el impacto positivo sobre el grupo de compañeros, la obtención de una imagen más clara de la actuación llevada a cabo en el incidente, y el sentimiento de cercanía con el resto del equipo de trabajo (por este orden); figurando como efecto menos valorado la ayuda a no sentirse solo en lo que se siente o piensa con relación al incidente (aunque con valores medios aceptables).

9. Escala de valoración de efectos globales



VALORES:

0= EN ABSOLUTO

1= ALGO

2= BASTANTE

3= MUCHO

Cuando se mide el análisis de la eficacia de esta técnica (*debrifig*) ya existe alguna evidencia, aunque avalada por escasos estudios realizados, de la incidencia positiva como mecanismo reductor de los trastornos de estrés. Su valor terapéutico vendría dado parcialmente por el reconocimiento de la existencia de sentimientos similares entre

los integrantes de su equipo de trabajo, emociones estas que habrían podido estar ocultas por temor a dar la impresión de parecer débiles.

En el actual estudio existen diferencias significativas entre las medidas pre y post, cuando se analiza la sintomatología del estrés agudo, resultando al menos intuitivamente, a la espera de un análisis más exhaustivo de los datos obtenidos, que una parte de esa evolución positiva (desaparición de síntomas) se vio favorecida por la sesión de recuperación que se llevó a cabo.

En resumen, el trabajo de apoyo psicológico realizado con intervinientes del SUMMA 112 y el Centro de Coordinación MADRID 112 ha destacado por su utilidad y valoración positiva por aquellos que lo recibieron.

La participación discreta, en cuanto a número de intervinientes receptores de apoyo psicológico, puede ser muestra del camino iniciado pero aun incipiente. Un camino en el que el personal interviniente vea en el apoyo psicológico postincidente crítico, un recurso más en la gestión de su salud laboral.

En estos sistemas de apoyo, hay que destacar el despliegue de una atención multicomponente en el que el debriefing psicológico sea una técnica a la que prestar una destacada atención, junto a otros procedimientos de apoyo a intervinientes como los primeros auxilios psicológicos, el defusing o la línea de counselling telefónico.

La valoración que los intervinientes hacen en concreto, del debrie-

ing psicológico recibido, refuerza la motivación por seguir destacando la necesidad de prestar apoyo a este colectivo y seguir avanzando en disponer las mejores vías para realizarlo.

AGRADECIMIENTOS

A cada una de las miles de personas voluntarias y de profesionales que ofrecieron su ayuda y colaboración.

A los 948 Psicólogos Intervinientes y los 1.415 Psicólogos Alertados que hicieron posible la asistencia psicológica dentro del dispositivo del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, así como a todos aquellos que mostraron su disponibilidad para la atención y ayuda.

A los Profesionales y Directivos de los Servicios de Emergencia y en especial del SUMMA 112 y MADRID 112, por su colaboración total en el dispositivo y la facilitación para la realización del mismo.

Mil gracias

RECONOCIMIENTOS POR LA LABOR REALIZADA

El Colegio de Psicólogos de Madrid en nombre de todos los psicólogos que intervinieron ha recibido numerosos reconocimientos:

— Placa de Reconocimiento de la Comunidad de Madrid.

— Medalla de Honor del Excmo. Ayuntamiento de Madrid.

— Medalla de Oro de la Cruz Roja Española.

— Premio Compromiso Social

de la Confederación de Jóvenes Empresarios.

— Galardón del Colegio Oficial de Psicólogos de Murcia.

— Mención de la Federación Española de Asociaciones de Psicología.

“Gracias a todos los psicólogos por la solidaridad y el enorme esfuerzo que habéis realizado tras los atentados terroristas de Madrid. Vuestra ayuda estará para siempre en la memoria de los afectados y de toda la sociedad madrileña y española”.

Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

REFERENCIAS

Alexander, D. (1993). Stress among police body handlers. A long-term follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 163, 806-808.

Al-Naser, F. y Everly, G.S. (1999). Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder among Kuwaiti firefighters. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2 (1), 99-103.

Alvarez Leyva, C. (1999). La atención de víctimas en masa. *Puesta al día en urgencias, emergencias y catástrofes*, 1 (1), 48-54.

Altet Forné, J. y Beatas Enjuanes, F. Reacciones de duelo. *Informaciones psiquiátricas 2000*, 159, 17-29

Anguera Pleite, S. *Guía para comunicar malas noticias y fallecimientos en situaciones de emergencias: ¿Una herramienta eficaz?*. 2002. No publicado.

Aranda, J.A. (1997). Intervención psicológica inmediata con víctimas de una catástrofe natural. *Papeles del Psicólogo*, 68, 20-29.

Armstrong, K. y O'callahan, W., Marmar, C. (1991). Debriefing Red Cross disaster personnel: The Multiple Stressor Debriefing Model. *Journal of Traumatic Stress*, 4 (4), 581-593.

Armstrong, K.; Lund, P.E., Townsend, L. Y Tichenor, V. (1995). Multiple Stressor Debriefing and the American Red Cross: The East Bay Hills fire experience. *Social Work*, 40 (1), 83-90.

Baco, E. y Cabanas, M.L. y Baca-García, E. (2002). Impacto de los atentados terroristas en la morbilidad psiquiátrica a corto y largo plazo. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30 (2), 85-90

Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona, Martínez Roca.

Bellack, L. (1988). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México, Pax.

Bisson, J.I. y Deahl, M. (1994). Psychological debriefing and prevention of post-traumatic stress: More research is needed. *British Journal of Psychiatry*, 165, 717-720.

Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. NY, Basic Books.

Cárcamo, J., Sánchez-Lacay, A.; y Laguéis-Fernández, R. (2002). El impacto psicológico de los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 en la ciudad de Nueva York: El trastorno por Estrés Post-traumático y la recuperación de una ciudad traumatizada. *Revista chilena de neuropsiquiatría*. Vol. 40 (2), Santiago.

Casarett, D., Kutner, J.S. y Abraham, J. (2001). Life after death: a Practical approach to grief and bereavement. *Annals of Internal Medicine*; 134, 3, 208-215

Colell, G. y Fontanels, R. (1997). Principios de comunicación: Cómo dar malas noticias. *Clínica rural*, 486, 12-22.

Cortés, B.; en E Garrido y C Herrero (1995). Acerca de la dinámica psicosocial en dos crisis urbanas. Un análisis comparativo. *Psicología Jurídica Ambiental*. Madrid: Eudema

De Angelis, T. (1995). Firefighters PTSD at dangerous levels. *APA Monitor*, 26, 36-37.

Duch Orleans, M. L., Fortuño Sancerni, C y Locambra Gambau, V.M. (1997). Apoyo psicológico: Formación e intervención con el voluntariado en desastres. *Papeles del Psicólogo*. 68, 1997.

Dyregrov, A. (1989). Caring for helping in disaster situations: Psychological debriefing. *Disaster Management*, 3, 123-128.

Dyregrov, A. (1997). The process of psychological debriefing. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 589-606.

Dyregrov, A. (2003). *Psychological Debriefing: A leader's guide to small group crisis interventions*. Ellicott City, MD, Chevron Publishing Corp.

Everly, G.S., Boyle, S. y Lating, J. (1999). The effectiveness of psychological debriefing with vicarious trauma: A meta-analysis. *Stress Medicine*, 15, 229-233.

Everly, G.S., Flannery, R.B. y Mitchell, J.T. (2000). Critical incidents stress management (CISM): A review of the literature. *Aggression and violent behavior*, 1 (4), 23-40.

Fernández, J.M. (1999). *Manual práctico de apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Granada, Grupo editorial universitario.

Freedy, J., Shaw, D., Jarrell, M., y Masters, C. (1992). Towards An Understanding Of The Psychological Impact Of Natural Disasters: An Application Of The Conservation Of Resources Stress Model. *Journal Of Traumatic Stress*, 5, 441-454.

Freedy, J.R., Kilpatrick, D.G., y Resnick, H.Ls. (1993). Natural Disasters And Mental Health: Theory, Assessment, And Intervention. *Journal Of Social Behavior And Personality*, 8(5), 49-103

Galliano, S. (2002). Debriefing reconsidered. *Counseling and Psychotherapy Journal*, 3 (2), 20-21.

García Caballero, A.; García Lado, I.; Lamas Crego, S. Hacia una neurobiología de los procesos de duelo. *Archivos de psiquiatría*, 63 (4), 317-326

García- García, J.A., Landa Petralanda, V., Triguero Manzano, M.C. y Gamanide Inada, I. (2001). Inventario de experiencias en duelo (IED): adaptación al castellano, fiabilidad y validez. *Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina de Familia y comunitaria*, 27 (2), 86-93

Gobierno Vasco. (2000). Intervención psicológica en situaciones de emergencia y desastres. *Vitoria-Gasteiz: Servicio Central*

de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Gómez L. y Canto J Masas, (1.995). Emergencias y desastres colectivos. *Psicología Social*, Madrid: Eudema

Grinker, R.R. y Spiegel, J.P. (1945). *Men under stress*, NY. Mc Graw-Hill.

Hyman, S.E. Editor. (1987). *Manual de urgencias psiquiátricas*, Barcelona: Salvat.

Kenardy (2000). The current status of psychological debriefing. It may do more harm than good. *BMJ.com. British Medical Journey*, 28.

Landa Petralanda, V. y García- García, J. *Guía clínica del Duelo [on line]* 10-03-03. www.fisterra.com/guias2/duelo.htm

Mc Cammon, S.L. (1996). Emergency medical Service Workers: Occupational Stress and Traumatic Stress. En: Paton, D. y Violanti, J.M. *Traumatic stress in critical occupations*. Maryland: Charles C. Thomas Publishers.

Méndez Carrillo, F.X., Maciá Antón, D. y Olivares Rodríguez, J. (1993). *Intervención conductual en contextos comunitarios, programas aplicados de prevención*, Madrid: Pirámide

Miguel, A. y Muñoz, F.A. (1998). Aspectos conceptuales de la intervención en crisis. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 6, 177-181.

Mitchell, J. y Bray, G. (1990). *Emergency Services stress*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.

Mitchell, J.T. (2002). It is neither new nor news. Recuperado el 11/04/02. http://www.icisf.org/articles/not_new_nor_news.pdf.

Mitchell, J.T. (2003a). *Crisis Intervention & CISM: A research summary*. Maryland: International Critical Incident Stress Foundation.

Mitchell, J.T. (2003b). Major misconcep-

tions in crisis intervention. *International Journal of Emergency Mental Health*, 5. (4). 185-197

Mitchell, J. (1983). When disaster strikes...The Critical Incident Stress Debriefing. *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36-39.

Mitchell, J., Dyregrov, A. (1993). *Traumatic stress in disaster workers and emergency personnel. Prevention and intervention*. En Wilson, J. P. y Raphael, B. *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York: Plenum Press.

Mitchell, J., Everly, G.S. (1996). *Critical Incident Stress Debriefing: An operations manual for the prevention of Traumatic Stress among Emergency Services and Disaster workers*. Ellicott City, Md: Chevron Publishing Corp.

Montoya Carrasquilla, J. (1993). *Respuestas a la noticia de muerte*. Madrid. *Anales de medicina interna*, 10(9), 461-4.

Montoya Carrasquilla, J.E (2001). *Guía para el duelo*. Medellín. Piloto

Montoya Carrasquilla, J.E. (2002). Unidades de duelo en el marco funerario: abordaje psicoterapéutico desde el primer nivel de atención. *Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid*.

Muñoz, F.A. (1998). *Psicólogo en Urgencias, Expectativas e Integración. Emergencias*, 1, 53-54.

Muñoz, F. A. (1999). Atención psicológica extrahospitalaria de la crisis de angustia: Panic attack. *Anales de psiquiatría*, 7, 311-313.

Muñoz, F.A. (2000). *Aspectos Psicosociales de la información a la población en emergencias. Intervención Psicosocial*, 3, 371-377.

Muñoz, F. A., Fernández de Liger, S., Parada, E., Martínez de Aramayona, M.J. y García, A. (2001). Comunicación de malas noticias. *Revista de Psiquiatría de la Facultad*

de Medicina de Barcelona, 28(6), 350-356.

Navado, M., Losada, D., Martínez, R., Hdez.-Coronado, A., Fouce, G. y Lillo, A. (1998). Valoración de la calidad de un servicio de intervención en emergencias cotidianas de una gran ciudad española, con respecto a accidentes de tráfico. *Clínica y Salud*, 2, 489-508.

Nicolás, L. De, Aartetxe, A.I.; Jáuregui, M.A. (1993). Psicología y desastres en el siglo XX: Un reto de futuro para la planificación comunitaria. *Letras Deusto*, Vol. 23, 59, 193-214.

Nicolás, L. de., Artetxe, A.I., Jáuregui, A. y López, S.(2000). *Intervención psicológica en situaciones de emergencia y desastres*. Vitoria: Gobierno Vasco.

Okun, B. F. (2001). *Ayudar de forma efectiva*. Barcelona, Paidós.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Consecuencias psicológicas y sociales de las catástrofes. Prevención y tratamiento*, División de Salud Mental.

Organización Paramericana de la Salud, Oficina Regional de la OMS. (2002). *Protección de la Salud Mental en Situaciones de desastres y emergencias*. Serie de manuales y Guías sobre desastres. Washington D. C.: Biblioteca OPS.

Paños, J. , Parada Torres, E. (1999). *Curso de monitor de apoyo psicológico*. Cruz Roja Española. Documento interno.

Parkinson, F. (1997). *Critical Incident Debriefing*, London: Souvenir Press.

Parkinson, F. (2001). Debriefing and research. *Counseling and Psychotherapy Research*. 1 (3), 177-180.

Paton, D. Y Violanti, J.M. (1996). *Traumatic stress in critical occupations*. Springfield (Illinois): Charles C. Thomas Publishers.

Peiró, Jose M. y Prieto F. (1996). *Tratado de Psicología del Trabajo*. Madrid: Síntesis Psicológica.

Raphael, B. (1986). *When disaster strikes: How individuals and communities cope with catastrophe*. Basic books, Inc., New York, Publishers.

Rodríguez Fernández, M. (1997). Intervención psicológica en desastres: Un proyecto de trabajo. *Papeles del psicólogo*, 68, 3-7.

Rose, S. y Bisson, J. (1998). Brief early psychological interventions following trauma: A systematic review of literature. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 697-710.

Rose, S., Berwin, C.R., Andrews, B. y Kirk, M. (1999). A randomised controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime. *Psychological Medicine*, 29, 793-799.

Rose, S., Bisson, J., y Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *The Cochrane Library*, 1, Oxford, UK: Update Software.

Sánchez, F. (2000). Proceso de duelo. En F. Sánchez, *Atención primaria y salud mental*, 3 40-41.

Seligman, Martin E. P. (1981). *Indefensión*. Madrid, Debate.

Slakieuv Kart, A. (1989). *Intervención en*

crisis: Manual para la práctica e investigación. México, Manual moderno.

Slakieuv, A. (1999). *Intervención en crisis: Manual para la práctica y la investigación*. México: Manual Moderno.

Trujillo, M. (2002). *Psicología para después de una crisis*. Madrid: Aguilar

Van Emmerik, A.A.P., Kamphuis, J.H., Hulsbosch, A.M. y Emmelkamp, P.M.G. (2002) Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet*, 360, 766-771.

Valero, S. (1998). El manejo psicológico del duelo en situaciones de emergencias y desastres. *Guía para el psicólogo emergencista*. Perú: Lima.

Wagner, D., Heinrichs, M. y Ehlert, U. (1998). Prevalence of symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in german professional firefighters. *American Journal of Psychiatry*, 155, (12). 1727-1732.

Wilson, J. P. y Raphael, B. (1993). *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes*. New York: Plenum Press.

Worden, J.W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.