



GRUPO I.S.I.S.
SEVILLA

**INFORME DEL MODELO DE INTERVENCIÓN
PSICOLÓGICA APLICADO SOBRE FAMILIARES DE
VÍCTIMAS DEL ATENTADO DE MADRID DEL 11M
- SEDE IFEMA -**

ORGANIZACIÓN:

GRUPO I.S.I.S.
C/ Luis Montoto, 25. Esq. Izq. 5ºA.
Tlfno. / Fax: 954. 53.65.57
Movil: 630. 950.105
www. grupoisis.com
Sevilla

**INFORME DE LA INTERVENCIÓN
REALIZADA POR:**

Javier Rodríguez Escobar.
Jefe de Unidad
Col. Nº: S- 783

Eduardo Abadía Orozco.
Jefe de Equipo
Col. Nº: S- 3343

Dioni Cobano Herrera.
Jefe de Equipo
Col. Nº: S-

FECHA:

17 de Marzo de 2004

**DIRIGIDO A:
MOTIVO DEL INFORME:**

**DISTRIBUCIÓN PÚBLICA
VALORACIÓN DE LA INTERVENCIÓN**

**PSICOLÓGICA A FAMILIARES DE
VÍCTIMAS DE LOS ATENTADOS DE MADRID
DEL 11M. (SEDE IFEMA), DURANTE
PERIODO 10.45 h. DEL VIERNES 12 DE
MARZO A LAS 02.15 h. DEL SÁBADO 13 DE
MARZO.**

El **Grupo ISIS** es uno de los grupos de intervención de la **Unidad Isis**, que es la unidad de intervención en desastres del **Instituto de Psicoterapia Psicoanalítica de Sevilla**. Está formado por un equipo de psicólogos especializados en la intervención psicológica en urgencias, emergencias y desastres; formados y entrenados para intervenir en las situaciones más difíciles y llegar a los lugares más inaccesibles; todos ellos psicoterapeutas profesionales. Dispone de un protocolo de intervención, basado en una técnica propia y específica desarrollada por la Unidad, diseñado para hacer más eficaz las intervenciones; así como, de un modelo técnico de coordinación también propio, pensado para su aplicación en situaciones de emergencias como la acontecida en el atentado de Madrid del 11M.

Por la magnitud del atentado de Madrid, el Grupo decide, prestar sus servicios gratuitamente y durante la mañana y tarde del **11 M**, establecemos contactos con los organismos e instituciones a cargo de las emergencias en general y de las emergencias psicológicas en concreto; esto es, **SAMUR, SUMMA, CRUZ ROJA, 112, CONSEJERÍA DE SALUD y COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS (C.O.P.)**, todos de Madrid.

Tras varias horas de gestiones, mientras se activa el dispositivo de emergencias y se designan responsables para la coordinación y con las dificultades normales para la comunicación vía telefónica, se contacta con los responsables de la intervención psicológica y grupos de desastres del **Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid** que el mismo designa para la coordinación de la atención de los familiares de las víctimas realizada en el **Parque Ferial IFEMA**.

Desde ese organismo, el COP, con contradicciones en cuanto a la necesidad de la intervención de equipos especializados, y tras reiteradas llamadas después de rechazarse nuestro ofrecimiento, por tener ya más de 1000 psicólogos que se habían ofrecido, se nos autorizó el desplazamiento y el acceso al recinto del IFEMA, indicándonos que nos acreditásemos como grupo especializado al responsable de la coordinación de la atención psicológica desplazado por el COP al lugar de intervención.

Estas dificultades para la coordinación, provocaron la demora de nuestra salida desde Sevilla, que no se produjo hasta ya avanzada la noche, lo que nos obligó a emprenderla utilizando nuestro propio vehículo.

A nuestra llegada al recinto del IFEMA, y tras contactar directamente con el responsable y coordinador desplazado por el COP para la atención psicológica a los familiares de víctimas, **Vicente Ibáñez**, se le expone nuestro protocolo y técnicas de intervención propias. La diferencia entre lo expuesto y lo que hasta entonces se estaba realizando, supusieron la validación de nuestras credenciales y la autorización explícita por parte del coordinador del COP para asumir, siempre junto a él, la intervención y atención psicológica en la sede del IFEMA. Se nos asigna la tarea de diseñar el dispositivo para prestar atención a los psicólogos que asistían a las familias, evitando que estos quedasen inoperativos y sufriesen posteriormente trastornos de personalidad, que según las investigaciones existentes les ocurriría, aproximadamente, al 56% de ellos

En ese momento, **10.45 h. del Viernes 12 de Marzo**, la situación era la siguiente:

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

Inmediatamente aplicamos nuestro **Protocolo de Planificación Estratégica de Intervención** (estamos redactando un artículo sobre su aplicación en este caso concreto) .Desde nuestro grupo y ante ese primer análisis, las primeras medidas a implantar fueron: establecer

- a) Implantar un sistema de turnos de tres horas de duración para cada uno de los psicólogos que intervinieran y que quedaban asignados durante todo su periodo de atención a una familia en la misma familia
- b) Establecer equipos de atención psicológica con los profesionales más experimentados de los que estaban actuando para aplicar dinámica grupal preventiva a los salientes de turno.

Esta medida hizo necesario aumentar la dotación de los profesionales

intervinientes. Así, se solicitó al coordinador del COP la llegada de nuevos psicólogos para poder cubrir los relevos de turno.

De la misma forma, con una media de familiares en torno a 2.500, se propuso y se ejecutó otra medida, incrementar el número de psicólogos por familia, pues éstas en ocasiones ascendían a más de veinte miembros por cada una de ellas. La necesidad de renovar los psicólogos intervinientes y de aumentar la dotación para mejorar el ratio psicólogo / familia, terminó por elevar el flujo de profesionales de la psicología a cifras que rondaban los 600 técnicos, aunque aún no nos ha facilitado el COP los datos exactos.

Junto a la inclusión de nuevos profesionales, se organizó un sistema por el que todos ellos, antes de iniciar su intervención, eran sometidos a un proceso de formación que incluía directrices claras y concisas de lo qué hacer, cómo hacerlo y con qué hacerlo, utilizándose el **Protocolo Isis de Formación Relámpago**. Como complemento, se facilitó un esquema, mediante fotocopias, a todos los profesionales para que estuviese a su disposición a lo largo de su periodo de intervención.

Este modelo de intervención técnica es el **Protocolo de Operativización de Agentes de Ayuda** propio del grupo ISIS, diseñado previamente y aplicado allí por nuestra Unidad. Este protocolo está siendo rediseñado actualmente, corrigiendo aquellos elementos que eran de difícil aplicación y contemplando aspectos que no estaban incluidos y que la realidad mostró que era necesario tener en cuenta, para hacerlo aun mas eficaz y operativo

Se fijó con los profesionales un encuadre al que, sin excepción, debían de someterse todos los técnicos, y, que contenía una localización, una familia asignada y sobre todo un periodo determinado y prefijado que había que cumplir escrupulosamente. Además, todos aquellos profesionales intervinientes debían someterse a una sesión de terapia de grupo al concluir su turno, utilizándose el **Protocolo ISIS de Amortiguación del Impacto Afectivo** para planificar dicho proceso. La atención directa a estos profesionales fue realizada por los profesores del Departamento de Psicología Clínica de la Universidad Complutense de Madrid: **Manuel Muñoz, Juan Miguel Tobar, Antonio Cano e Ixiar**, que realizaron un excelente trabajo.

Posteriormente, según su estado y la necesidad del dispositivo, se reintegraban tras un periodo obligatorio de descanso a la misma familia designada u otra función diferente si la coordinación lo creía necesario.

Con la consolidación del dispositivo, el incremento de la dotación de psicólogos formados en un modelo y las rotaciones de los turnos de profesionales, se elevó el nivel de la intervención estableciendo grupos de técnicos en función del tamaño de las familias con las que actuar. Así, grupos fijos de psicólogos permanecían asignados a familias y se disponían los turnos entre esos profesionales, con la intención de preservar los turnos y la vinculación afectiva de las familias con esos profesionales que pese a rotar siempre eran los mismos.

También era objetivo de nuestro diseño de intervención no fomentar vínculos afectivos dependientes y extremos en intensidad que posteriormente a la conclusión de la intervención y una vez desmontado el dispositivo supusieran enfrentar a las familias a una nueva pérdida de la figura que se había erigido en el soporte absoluto de su situación de duelo. De la misma manera, esta situación era necesaria prevenirla por la parte que también correspondía a los técnicos implicados por las posibles consecuencias patológicas que podrían derivar de ella.

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

Para ese fin, propusimos nuestro **Protocolo de Reconocimiento de Víctimas** y se acordó el siguiente sistema: las familias que se hallaban en las salas correspondientes eran acompañadas por sus psicólogos a otra sala, en la que solo esa única familia permanecía en intimidad el tiempo necesario para prepararlas para el reconocimiento de víctimas. Esta intervención fue realizada por otro nuevo grupo de profesionales preparados in situ para esa función concreta: explicar de antemano lo que iban a ver las familias, pues los profesionales ya estaban informados y conocían las fotografías o el estado de los cadáveres, y posteriormente acompañarlos en todo momento y el tiempo que durara y requiriese el procedimiento identificatorio. A la conclusión del mismo, se trasladaban a otra sala en las que se le ofrecía intervención de contención y elaboración de lo visto y vivido. El hecho de utilizar otros profesionales distintos a los que los atendían en sala era para que dicho profesional amortiguase la descarga afectiva de los afectados y el de acompañamiento pueda seguir sosteniendo un vínculo contenedor divalente

Un miembro del Grupo Isis velaba, con ayuda de las Fuerzas de Seguridad de que solo estuviesen en el pasillo de acceso a la sala de reconocimiento la familia implicada y otro de nuestros miembros permanecía a la salida, por si era necesaria una intervención de refuerzo. Queríamos evitar que se cruzasen con otros afectados y se produjese una reacción negativa, al comprobar el estado de aquellos que pudiesen haber reconocido a su familiar

En concreto, a lo largo de la tarde del Viernes, este procedimiento se ejecutó con 60 familias con mayor o menor éxito identificatorio.

Un aspecto especialmente relevante fue la dificultad de las familias para el reconocimiento e identificación de sus miembros fallecidos. Más allá de las normales por el estado en que se encontraban los cuerpos y que en algunos casos era imposible visualmente o través de elementos externos. Lo que en esos momentos aparecía activo era el mecanismo de la negación para reconocer que lo que se les mostraba eran imágenes o restos de sus propios familiares. Aparecía un fuerte mecanismo de negación que se vio necesario trabajar en las intervenciones psicológicas. Actualmente diseñamos un protocolo técnico para preparar a los

sujetos para el reconocimiento de víctimas que facilite la labor a la Policía Científica, obteniéndose un mayor número de identificaciones una vez trabajado el deseo de seguir manteniendo la esperanza de que su familiar o familiares no se encontrase allí que y venciendo la resistencia de asumir la cruda realidad

Este proceso identificatorio ocurría mientras el resto de las familias permanecían en sus lugares de estancia y constantemente atendidos por sus psicólogos de referencia. No obstante, el carecer por nuestra parte del control de las decisiones sobre las familias, hacía que indicaciones suministradas por otros equipos condujeran a situaciones de descontrol, acumulación en zonas de intervención y en general, de tensión incrementada para los familiares. Todo lo cual dificultaba el desarrollo del dispositivo y agravaba las expresiones afectivas de los familiares.

El diseño para la identificación se extendió durante cuatro horas con escaso éxito por la acción de la negación.

Otro aspecto relevante era la administración de la información que sobre el estado de las investigaciones realizaban **la policía científica y los forenses**. La demanda de comunicación por parte de los familiares era un elemento básico en la relación con los psicólogos, especialmente con la coordinación. De esa manera, la información cierta, veraz y directa, conseguida con diligencia, pactando con el familiar o familiares los tiempos necesarios para conseguirla e intentando acelerar trámites, se convertía en elemento de contención a la vez que precursor del inicio de la elaboración de un duelo con características normales.

Durante todo el tiempo que duró la intervención en el IFEMA el Jefe de la Unidad Isis recorría las salas y las distintas estancias y pasillos del Pabellón ferial para detectar los lugares donde eran necesarios psicólogos. Esta necesidad se comunicaba a través de teléfono móvil a los coordinadores del COP que los enviaban donde eran requeridos, y que solicitaban el envío de más psicólogos a la sede del COP cuando se preveía que nos podíamos quedar sin efectivos para intervenir, ya que además de los que eran necesarios para el relevo de los turnos se había previsto un reten de unos 30 psicólogos para cubrir las necesidades que fuesen surgiendo o para sustituir a aquellos que se nos quedaban inoperativos antes de finalizar su turno.

Una vez concluida la investigación forense y la de la policía científica, ante la imposibilidad para proseguir con los medios que el **IFEMA** disponía, se reunió a todos los familiares que aun no habían podido identificar el cadáver, con la intención de comunicarle el estado en que quedaba el estudio de su caso particular y las siguientes líneas de actuación. Todo este procedimiento, supuso el traslado de todos los familiares a otras salas en las que se llevó a cabo tal comunicación. No obstante, a instancias de la **policía científica y SAMUR**, ese traslado propició distintos ensayos en la ubicación de los familiares y que ocasionó repeticiones y la

necesidad de desalojar salas y volver a ubicar a los familiares, esto produjo una reacción agresiva en algunos de ellos y el descontento por parte de la mayoría.

Con esta comunicación, se puso fin al dispositivo en el **IFEMA**. Eran alrededor de las **once de la noche del viernes 12 de Marzo** y se comunicó a todos los familiares presentes que concluía el dispositivo de reconocimiento de cadáveres y que debían trasladarse a sus domicilios o a los hoteles que había a su disposición donde se pondrían en contacto con ellos. Pese a ello, no fue hasta las **02.15h.** cuando abandonó el recinto del **IFEMA** la última de las familias. Ese periodo de tiempo entre la comunicación de la finalización de la intervención hasta el abandono de las familias del recinto de más de tres horas solo se explica a partir del efecto contenedor que producía el dispositivo en funcionamiento. La manifestación más clara, fueron los ataques de angustia y desfallecimientos que se dieron y que se hizo necesario atender justo en el vestíbulo y coincidiendo con la salida de las familias, en este momento faltaron psicólogos para prestar atención a las familias.

Ante estas reacciones se acordó dejar operativo en cada uno de los hoteles en los que se alojaban familiares de víctimas dispositivos de atención psicológica durante toda la noche y mañana del sábado 13 de marzo mientras continuaran las labores de identificación de cadáveres que se estaban realizando en el **Instituto Anatómico Forense de Madrid**. Nuestro equipo se desplazó al hotel y permaneció de guardia hasta las **04.30h am**, como la situación estaba tranquila utilizamos las habitaciones que puso el hotel a nuestra disposición para descansar antes de iniciar el viaje de vuelta, dando instrucciones al conserje para que nos avisase si era necesario, aunque no hizo falta, ya que los psicólogos que se quedaron allí controlaron perfectamente la situación

En conclusión, el dispositivo de intervención psicológica fue eficaz. La capacidad de contención para ese volumen de familiares de víctimas demostró sus resultados ya que no se dieron de manifestaciones que fueran las propias de estas circunstancias. Se sentaron las bases para el inicio de duelos normales que evitaran la aparición de psicopatologías. En general, quedó patente como en gran medida *el principal elemento de contención pasaba por la estructura del dispositivo de atención*, por la ejecución coordinada de diferentes intervenciones que ofrecían a los beneficiarios un encuadre en el que se facilitaba el desempeño de funciones propias que el impacto afectivo dejaba en suspenso, comprobándose lo ya teóricamente se sabía, el encuadre es el principal elemento de contención.

Los protocolos que se utilizaron en esta intervención fueron:

- Protocolo Isis de Planificación Estratégica de Intervención
- Protocolo Isis de operativización de agentes de ayuda
- Protocolo Isis de formación relámpago

- Protocolo Isis de reconocimiento de víctimas
- Protocolo Isis de amortiguación de impacto afectivo en profesionales
- Protocolo Isis de control de calidad

No se pudieron poner en práctica, por no habérsenos otorgado la autoridad para ello:

- Protocolo de amortiguación de impacto afectivo en personal sanitario
- Protocolo de amortiguación de impacto afectivo en personal logístico
- Protocolo de coordinación general de intervención (en todas las zonas afectadas)

Echamos en falta y nos hemos puesto ya a diseñar:

- Protocolo de protección afectiva infantil
- Protocolo de acompañamiento externo de afectados (en los hoteles)
- Protocolo de recepción de familiares
- Protocolo de intervención con población presencial
- Protocolo de filtro de voluntarios de salud mental
- Programa informático de coordinación

A pesar de que el dispositivo, coordinación y organización resultó eficaz, también se pudieron apreciar deficiencias en el dispositivo de intervención psicológica que sería necesario e importante modificar para ganar en eficiencia y calidad de intervención en este tipo de situaciones.

En este sentido podemos destacar los siguientes aspectos:

1. Es imprescindible la existencia clara y sin confusiones de un máximo responsable de la intervención de salud mental en concreto y de todo el dispositivo de intervención en general. Que sea reconocido por todos los servicios implicados y al que se supeditan sin excepción todos ellos y del que todas las instrucciones han de partir. Este elemento dentro del plan de intervención **es esencial** para el resultado final, ya que una estructura jerarquizada es capaz de contener la dinámica que se genera desde los familiares de víctimas, mientras que las ordenes, contraordenes y descontrol produce un alto incremento de la ansiedad confusional que interfiere el adecuado proceso de elaboración del impacto traumático.. Este personal ha de estar claramente identificado por medio de distintivos claramente visibles. Desde este servicio de coordinación se ha de llevar un diario, por un equipo administrativo, de las medidas adoptadas, para que no se produzcan confusiones al ser relevados los coordinadores.

2. Las intervenciones respecto a la salud mental han de estar realizadas por profesionales de la salud mental, es decir, psicólogos y psiquiatras. Los profesionales de otras áreas deben limitarse a realizar las labores para las que están capacitados. Esta medida es necesaria por su propia seguridad, ya que no están capacitados para trabajar en situaciones que impliquen afectos muy intensos que para poder manejar hay que estar acostumbrado a ello, la intervención desde los profesionales especialistas garantiza la eficacia en la atención a los familiares de víctimas.
3. En cuanto al ofrecimiento de profesionales de la salud mental, se hace necesario establecer un filtro que seleccione profesionales con experiencia, con formación en este tipo de situaciones y como mínimo, experiencia clínica contrastada. Proponemos confeccionar directorios previos con estas características. En la situación de intervención concreta es necesario establecer un control de acceso por parte del personal de coordinación que exija la acreditación por carné colegial de todo el que llegue, ya que encontramos más de una persona que nos dijo ser psicólogo y después reconoció no serlo.
4. Es imprescindible la acreditación por distintivo permanentemente visible para todos los profesionales implicados. En algún momento no se distinguieron profesionales y familias con lo que eso suponía en cuanto a confusión y dificultad para la coordinación.
5. La intervención de todos los profesionales de la salud mental ha de estar limitada en el tiempo, para lo que se considera de extrema importancia la existencia de turnos rotatorios, que garantice el descanso de los profesionales y de la misma forma, mantener un nivel medio de rendimiento con las familias. Los turnos rotatorios han de estar controlados por un sistema de tarjetas que indiquen claramente la hora de entrada y salida de turno, ya que también se mentía en esta cuestión, para seguir acompañando a la familia, posiblemente porque se había creado una vinculación fusional (perjudicial, por tanto) con ellos.
6. Supone un incremento de la calidad del servicio contar con una unificación técnica. Para ello, y previo al inicio de la intervención con familiares es imprescindible que a todos los profesionales se les imparta las directrices técnicas consensuadas desde la coordinación. Para ello, el uso de videos de formación cíclicos, posters, fotocopias, etc son de una gran utilidad.
7. Los profesionales han de mantener un compromiso de estabilidad en la intervención y no pueden estar sujetos a los horarios de sus respectivos trabajos, para evitar que pasen demasiadas personas distintas por misma

familia, que los somete a procesos que agudizan las reacciones de duelo.

8. El dispositivo debe de contar con zonas habilitadas para el descanso del personal técnico.
9. Cada sala o cada espacio en el que se ubicaban las familias ha de estar coordinado por un profesional, que supervise la intervención y sea canal el canal de con la coordinación de un nivel superior, encargándose esté de que ningún agente de ayuda acceda a la sala, si no le corresponde por los turnos establecidos, ya que más de un profesional de la sala, que sacamos por colapso afectivo, volvía a entrar una y otra vez.
10. Todos los miembros del equipo de coordinación, junto a los coordinadores de sala ha de estar permanentemente conectados por intercomunicadores que agilicen el traslado de la información en aras de la calidad de la intervención. De la misma manera, han de establecerse reuniones periódicas - mesas de coordinación - .
11. Es imprescindible que toda la información necesaria que ha de darse a las familias pase por el dispositivo de salud mental, para trasladársela de la forma que produzca el menor impacto. Por ello, se necesita establecer un canal de comunicación con otros servicios implicados en el suministro de información sobre todo en lo que a las víctimas respecta. Así mismo, una vez que sea posible obtener cualquier tipo de información necesaria por cualquiera de los servicios, es importante remitir ésta a la coordinación de salud mental con la mayor celeridad posible para así, traspasarla por vía de los psicólogos asignados a las familias pertinentes.
12. Para aquellos casos que lo requieran, ha de contarse con salas especiales para familias con menores y en las que se disponga de un servicio de guardería con personal también especializado, de forma que los niños no estén expuestos a tal intensidad afectiva negativa.
13. Ha de establecerse la figura y la función del Jefe de Prensa que canalice la comunicación del dispositivo de salud mental con los medios de comunicación, para evitar informaciones contradictorias en los dichos medios y mantener informada a la población del estado de la situación de los familiares afectados.
14. En cuanto a los técnicos, desde el inicio del dispositivo se ha de contar con un

equipo de prevención de trastornos para los profesionales. Y posteriormente, establecer un diseño que evalúe los efectos del trauma de la intervención. En estas mismas reuniones se han de utilizar cuestionarios para detectar profesionales que han de ser retirados de la intervención

15. Si desde otros servicios implicados resulta imprescindible el cambio de emplazamiento de los familiares de víctimas, la medida ha de estar prevista con antelación para que se ejecute con diligencia y sin necesidad de cambios que repercutan en las familias. Bajo ningún concepto se deben de tomar decisiones sobre la marcha, ya que resulta muy perjudicial para los afectados, han de decidirse con antelación y no efectuar cambios a menos que resulte imprescindible
16. Es necesario extender el dispositivo de atención a las familias en las que han fallecido miembros a los heridos allí donde se encuentren; así mismo, hacer extensible la atención a los testigos del evento que origina la emergencia.
17. La intervención ha de disponer de un protocolo en fase de recuperación para los familiares de víctimas más allá de la fase de urgencia y que se extienda hasta la superación de la crisis.

En definitiva, estas son las consideraciones de cómo se desarrolló la atención psicológica en la sede del **IFEMA** de Madrid tras los atentados del 11 M y también las deficiencias que observamos y que creemos de vital importancia corregir. Queremos insistir en que el dispositivo funcionó y fue eficaz; además, de agradecer a todos los equipos y servicios implicados su enorme esfuerzo y trabajo, así como el clima humano en el que se desarrollaron las muchas horas en las que el dispositivo estuvo operativo.

Nuestro más sincero agradecimiento a **Vicente Ibáñez, Marisa Vecina, Maye Rey y Marisol**, coordinadores del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, por habernos permitido colaborar con ellos en la coordinación y poder poner en práctica nuestros protocolos de intervención y a **Concepción Chinchilla** de la Consejería de Salud. Y nuestra más profunda condolencia a los afectados por tan brutal y absurdo atentado

Sevilla, 17 de Marzo de 2004

GRUPO ISIS

GRUPO ISIS