

ESTUDIO DE CASOS

Una experiencia traumática en el 11-M: Intervención aplicada a un cuadro de estrés agudo con reacciones disociadas

A traumatic experience on Madrid 3/11: Intervention in a case of acute stress disorder with dissociative symptoms

OLGA FLORES LÓPEZ¹
MIGUEL ÁNGEL CARRASCO ORTIZ¹

Fecha de Recepción: 23-11-2004

Fecha de Aceptación: 02-12-2004

RESUMEN

El trabajo que recoge este artículo expone la historia clínica, evaluación y tratamiento llevado a cabo sobre uno de los afectados directos del suceso acontecido en Madrid el pasado once de marzo. Se trata de un varón de 35 años cuya sintomatología responde a un cuadro de Estrés Agudo en el que destacó la aparición de amnesia disociativa. La intervención incluyó diferentes técnicas a lo largo del proceso terapéutico entre las que figura la aplicación modificada de la Entrevista Cognitiva como herramienta elegida para la recuperación de la información disociada. Los resultados tras 24 sesiones de intervención indicaron una notable mejora de la sintomatología aparecida. Actualmente el paciente se encuentra en seguimiento. Se discuten las implicaciones de la intervención y los resultados de la misma.

ABSTRACT

This paper reports the clinical history, assessment and treatment of a Madrid March 11 survivor. A 35 years old male, the patient presented an acute stress disorder with dissociative amnesia (ASD), according to DSM-IV (APA, 2000). Intervention encompassed a number of techniques, including a modi-

¹ Servicio de Psicología Aplicada. Facultad de Psicología. UNED.

fied version of the Cognitive Interview aimed at increasing event recall. After 24 sessions, results showed a significant decrease of symptoms. The patient is currently under follow-up. Finally, practical implications of treatment are discussed.

PALABRAS CLAVE

Amnesia disociativa, Estrés postraumático, Entrevista cognitiva.

KEY WORDS

Dissociative amnesia, Traumatic stress disorder, Cognitive interview.

1. INTRODUCCIÓN

La experiencia de un acontecimiento traumático tiene importantes consecuencias sobre la salud psicológica. Los desgraciados sucesos acontecidos el pasado 11 de Marzo del 2004 en la ciudad de Madrid dejaron una clara constancia de ello y en breve se reflejaron en muchos de los servicios de atención psicológica de esta ciudad. Un claro ejemplo de ello es uno de los casos que relatamos a continuación y que fue atendido en el Servicio de Psicología Aplicada de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Entre las citadas consecuencias podrían mencionarse una amplia gama de efectos psicopatológicos, entre los más frecuentes, destacan efectos a corto plazo como reac-

ciones intensas de estrés, crisis de pánico, reacciones disociativas, respuestas psicóticas o alteraciones del sueño, hasta reacciones a largo plazo tales como estrés postraumático, fobias específicas, depresión, suicidio o adicción a sustancias tóxicas como el alcohol o los sedantes (Echeburúa, 1995; Weaver y Clum, 1995; Berliner y Briere, 1999).

Uno de los síntomas que suelen estar presentes en las personas que han pasado por intensas experiencias emocionales son las reacciones disociadas, generalmente formando parte, en un principio, de reacciones agudas de estrés y más tarde, en caso de que el problema perdure, de un Trastorno de Estrés postraumático (APA, 2000). Los eventos traumáticos, por su relevancia y valencia personal parecen

alterar el foco de atención y el nivel de arousal haciendo que se fijen en la memoria durante décadas, especialmente aquella información de carácter emocional o sensorial (Wagenaar y Grownweg, 1990; Terr, 1993; Kolk, 1996). Sin embargo, la aversión y carga emocional de estos eventos almacena la información en componentes fragmentados de contenido sensorial, somático o emocional que escapan a la conciencia y que generan la llamada amnesia disociativa: el sujeto se muestra incapaz de recordar determinados componentes esenciales de la experiencia traumática impidiendo la recuperación en su memoria de la totalidad de la misma. Dependiendo de los distintos estudios las tasas de olvido informadas por pacientes adultos con una experiencia traumática han oscilado entre el 20 y 60% (Williams y Banyard, 1999). Aparecen manifestaciones tales como entumecimiento, aturdimiento de la conciencia, estrechamiento de la atención, inhabilidad para comprender los estímulos, desorientación, ira, agitación, sobreactividad y la evitación de todos aquellos estímulos (pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares o personas...) que les recuerdan el evento traumático.

La facilitación del acceso a la información disociada es un proceso de recuerdo progresivo, no exento de dolor, que permite la construcción de un relato coherente y la narración de la totalidad del suceso percibido. Esto posibilita una notable mejora emocional del paciente y el contacto con un

importante material aversivo que es necesario abordar terapéuticamente para la completa recuperación del paciente (Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock, 1991; Resik y Shnicke, 1993; Smucker, Dancu, Foa y Niederee, 1995). La ausencia de respuesta terapéutica eficaz a las quejas amnésicas, puede generar cierta incertidumbre e insatisfacción en los pacientes y el añadido riesgo de completar los vacíos amnésicos con ideas erróneas o distorsionadas.

La intervención sobre los problemas de estrés postraumático contempla este fenómeno pero no se han ideado estrategias específicas para ello. Diversas técnicas procedentes de la terapia cognitiva conductual tales como exposición, desensibilización sistemática, inculcación de estrés, entrenamiento en relajación o incluso el controvertido tratamiento EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) han mostrado su eficacia, sin embargo no siempre ha sido suficientes para que revierta la disociación (Lohr, Kleinknecht, Tolin y Barret, 1995; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Rothbaum, Meadows, Resik y Foy, 2000; Foa, 2003). Por tanto, no podemos afirmar que se haya concluido sobre su eficacia entre pacientes que presentan problemas de memoria tras haber experimentado un evento traumático (Lindsay y Briere, 1997).

La entrevista cognitiva ha sido una de las técnicas específicas empleadas para el uso de recuperación de información. Aunque esta herramienta se ha usado principal-

mente en el contexto forense (Fisher y Geiselman, 1992), específicamente en el testimonio de testigos, algún trabajo ha informado de su utilidad en el ámbito terapéutico como herramienta para maximizar la revelación y expresión de contenidos disociados (Shepherd, Mortimer, Turner y Watson, 1999). Basándose en la propuesta inicial de Fisher y Geiselman (1992), diversos autores han aplicado variaciones de esta técnica incorporando algunas modificaciones en la secuencia o el número de aplicación de las estrategias aplicadas (Fisher y McCaulley, 1995; Shepherd et al., 1999). En todos los casos se ha puesto de manifiesto su eficacia clínica. En esencia, la técnica consiste en la aplicación de diferentes estrategias para el aumento de la memoria basadas en el procesamiento de la información, tales como recuerdo libre o narración abierta, recuerdo libre con cambio de orden, recuerdo libre cambiando la perspectiva (con diferentes modalidades sensoriales), sondeo sobre el relato expresado o recuerdo detallado del contexto.

De acuerdo con estas premisas, exponemos a continuación la intervención detallada sobre un paciente que vivió una experiencia lo suficientemente traumática como para tener que fragmentar sus contenidos y desplazarlos de su conciencia. La intervención nuclear combinó estrategias de aumento de memoria con Desensibilización Sistemática para rebajar la valencia aversiva de los contenidos recuperados y permitir el completo acceso a la información percibida.

2. DESCRIPCIÓN, ANÁLISIS E INTERVENCIÓN DEL CASO

2.1. Antecedentes personales y familiares: historia clínica

S. tiene 35 años, está casado y tiene un hijo de dos años de edad. La relación con su mujer es muy buena y para él es uno de sus principales pilares de apoyo psicológico. Su hijo es junto a su mujer una de sus grandes motivaciones vitales y manifiesta que estar con él le transmite mucha paz y tranquilidad.

En cuanto a su familia de origen, mantiene una relación estrecha y fluida con su padres (madre de 63 años y padre de 65) y hermanos (dos hermanas de 27 y 30 años respectivamente). No destaca la presencia de acontecimientos vitales a lo largo de su historia que hayan tenido un importante impacto. Su infancia transcurrió sin ningún problema destacable, según sus palabras, *con normalidad, fue un niño querido y normal*.

No hay antecedentes médicos ni psicopatológicos en su historia clínica y no ha necesitado en ninguna ocasión apoyo o intervención terapéutica al igual que el resto de sus familiares más cercanos. No obstante, aparece un dato relevante con su problema actual, ha mostrado siempre un elevado miedo a la sangre y a los heridos.

Tanto él como su mujer son empleados de banca, los que les proporciona una situación económica y laboral estable.

Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo, lo que está siendo una importante fuente de apoyo a raíz del accidente sufrido. Su nivel de estudios es medio y trabaja desde los 20 años.

Entre los recursos personales con los que cuenta Sergio, destacamos el importante apoyo social y su elevada capacidad de relajación y visualización, los cuales fueron muy útiles para el desarrollo de la intervención posterior. A lo que se une, como comentaremos en los párrafos siguientes su motivación al tratamiento y su participación activa en el mismo.

Desde el pasado 11 de marzo, tras la experiencia traumática del atentado sufrido, su vida ha cambiado y su estado psicológico actual a raíz de este acontecimiento le ha llevado a solicitar ayuda terapéutica. Se encuentra muy motivado para el tratamiento y su gran preocupación es recordar exactamente lo que vivió.

2.2. Demandas y problemas actuales

S. solicita ayuda psicológica tras la experiencia sufrida en el atentado del 11 de marzo ocurrido en Madrid, que vivió muy de cerca mientras viajaba camino a su trabajo en uno de los vagones del tren de cercanías que fue explotado. No consigue recordar gran parte de lo acontecido lo que le genera una gran angustia. Añadido a esto, muestra numerosos síntomas de ansiedad que detallaremos a lo

largo de esta exposición. Su enorme preocupación es recordar lo que presenció durante las explosiones en uno de los vagones en los que se encontraba camino a su trabajo. Quiere abordar las secuelas que pudiera haberle ocasionado tal acontecimiento y reducir sus problemas de ansiedad y malestar actuales aparecidos a raíz del acontecimiento.

2.3. Fuentes de contrastación utilizadas en la evaluación

La evaluación de S. no pudo seguir la secuencia que en la mayoría de los casos clínicos es realizada. Previamente a la evaluación fue necesario hacer una intervención urgente sobre la crisis, que retrasó la aplicación habitual de una evaluación inicial. Como detallaremos en el transcurso de la intervención, las primeras sesiones estuvieron dedicadas al abordaje del impacto inicial y a la facilitación de la expresión emocional. Por tanto, las puntuaciones reflejadas en los distintos instrumentos fueron posteriores a la superación de este momento inicial en el que la sintomatología era más florida. Hecha esta salvedad, los instrumentos aplicados para la evaluación fueron los siguientes:

— Entrevista clínica

La entrevista clínica recogió diferentes aspectos de su historia biográfica y personal, tales como datos sociodemográficos, información sobre su infancia, sus relaciones familiares y laborales, antecedentes médicos y psicopatológi-

cos. Posteriores entrevistas fueron conducidas para la exploración de la sintomatología y la psicopatología.

— Autorregistros

A lo largo de toda la intervención S. fue completando registros de situación, pensamiento, emoción y conducta. Se le indicó que registrara aquellas situaciones problemáticas o que le generaban malestar y los momentos en los que experimentara emociones positivas. De estos registros se extrajeron las más relevantes situaciones estimulantes y recuerdos ansiógenos que intentaba evitar y/o que le suscitaban una elevada activación emocional.

Los autorregistros cumplimentados durante las primeras semanas marcaron emociones tales como tensión, miedo, inquietud, ansiedad y, en menor medida, tristeza y desesperanza. Durante las primeras semanas predominan emociones referidas a *nervios, tensión, miedo, intranquilidad, cansancio y angustia*. En los registros de semanas posteriores (a partir de la quinta sesión) comienzan a aparecer también sensaciones como *tristeza, desilusión, apatía y desesperanza*. Es también relevante la aparición, poco antes de comenzar la entrevista cognitiva modificada (ECM), de sensaciones *déjà vu* al ver imágenes del suceso en los medios de comunicación. Las situaciones relacionadas con estas emociones tenían que ver, por una parte, con situaciones vinculadas directamente con el evento tra-

mático, tales como estímulos asociados a él, sonidos, imágenes y noticias en los medios de comunicación, y por otra, con situaciones de separación familiar y de cambios de rutina, las cuales generaban en Sergio una elevada sensación de inseguridad. Los registros también recogieron situaciones positivas, entre las que destacaron fundamentalmente momentos con su mujer y su hijo asociados a emociones de felicidad y tranquilidad.

Una relación más detallada de los contenidos aparecidos en los registros a lo largo de las sesiones aparece en la tabla 1.

Un segundo tipo de registros fueron las narraciones sobre los recuerdos realizados a veces como tareas para casa o a veces en las sesiones con ayuda del terapeuta. Las narraciones y su análisis posterior con la terapeuta permitieron extraer, además de las escenas del suceso, los significados atribuidos, las ideas, valores y creencias suscitadas sobre el mismo en distintas situaciones de la intervención. El contenido genérico de los recuerdos así como el proceso de desensibilización de los mismos está recogido en la tabla 3.

— Listado de síntomas SCL-90-R de Derogatis (González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez, Rodríguez, 2002)

Las puntuaciones resultantes de este cuestionario en las distintas dimensiones y en los índices globales están recogidos en la gráfica 1.

Tabla 1: Descripción resumida de los contenidos trabajados por sesión, objetivos y técnicas aplicadas

Sesión	Objetivos	Contenido de la Sesión y Técnicas Aplicadas entre paréntesis
1, 2,	1, 2, 3, 4	Evaluación. Establecimiento de una relación de ayuda, de confianza, respetando ritmo personal de S (en el relato del suceso, en la expresión de emociones). (<i>Ejercicios de Respiración y psicoeducación</i>)
2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	1, 2, 3, 4	Repaso de autorregistros ; Estrategias urgentes de afrontamiento: respiración, manejo de pensamientos intrusivos, mantenimiento de actividades cotidianas placenteras (respetando el ritmo de S.); Psicoeducación sobre la sintomatología emergente: lo que le ocurre es una respuesta normal a una situación anormal, normalización (todos los sufrimos), explicación de la funcionalidad de la amnesia (como mecanismo de defensa para procesar lo sucedido gradualmente), de los pensamientos intrusivos (intento del cerebro de asimilar y dar sentido a la experiencia) y sentimientos de ira (puede movilizar recursos que energicen los esfuerzos de afrontamiento), efectos del trauma en distintas áreas de la vida de S. (<i>Ejercicios de respiración, entrenamiento en manejo de ansiedad y psicoeducación</i>)
2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	1, 2, 3, 4	Repaso de autorregistros; Búsqueda a través de registros y de entrevista de las conexiones entre sintomatología y estímulos externos o internos (para fomentar la sensación de control); Refuerzo de enfrentamiento a situaciones temidas, permitiendo a S. la toma de decisiones tanto en este como en otros aspectos, proporcionando información para facilitar dicha toma de decisiones, y de modo que pueda permitirse también la experimentación de emociones negativas o demorar algunos de estos afrontamientos. (<i>Reforzamiento de la estrategia de afrontamiento de búsqueda de apoyo, debate sobre los temores en el uso de estrategias</i>).
2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	1, 2, 3, 4	Potenciación del empleo de la estrategia de afrontamiento basada en el apoyo social, animando a relatar lo sucedido a sus allegados. Manejo de anticipaciones negativas que dificultan esta comunicación ("voy a hacerles daño") y de comportamientos de sobreprotección por parte de la familia. De nuevo, las decisiones son tomadas por F. (respecto a con quién hablar, qué contar, cuándo, etc.), aunque apoyadas por el terapeuta. (<i>Repaso de autorregistros; Ejercicios de respiración, Psicoeducación y reforzamiento</i>)
2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	1, 2, 3, 4	Explicación de que las "habilidades de supervivencia" que fueron adaptativas en su momento, puede que ya no sean apropiadas (ej. pensamientos referidos a la certeza de la repetición del suceso). (<i>Reestructuración cognitiva</i>)
2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	1, 2, 3, 4	Control de síntomas objetivo: Entrenamiento en relajación muscular progresiva, respiración profunda e imaginación positiva (búsqueda de una imagen que genere sensación de seguridad). (<i>Técnicas de relajación, Técnicas de visualización</i>)
9	5	Preparación para la Fase de Entrevista Cognitiva: a) Miedos y expectativas (el objetivo no es recordar absolutamente todos los detalles, sino lograr una historia coherente e integrada; asimismo, se trata de reducir el nivel de ansiedad a un nivel manejable, pero no eliminarla completamente puesto que la situación ha supuesto una amenaza real para la integridad física y psicológica de S.); b) La sintomatología probablemente empeorará al recordar, reinterpretación de esto como señal de que el proceso es positivo (toma de conciencia de la sucedido que permitirá la integración posterior en la vida de la persona); c) Énfasis de los recursos personales con los que ya contaba S. y con los que ha aprendido para manejar la ansiedad que aparecerá al recordar (relajación, respiración, imaginación positiva). (<i>ECM-F1.Relajación, respiración, imaginación positiva; Fase inicial de Entrevista Cognitiva Modificada</i>).
10, 11	6, 7	Recuperación de información (<i>ECM-F2-Recuerdo libre y Desensibilización Sistemática. DS</i>)
12, 13	6, 7	Recuperación de información. (<i>ECM-F3-Contextualización + DS</i>)
14	6, 7	Recuperación de información. (<i>ECM-F4-Perspectiva de cámara + DS</i>)
15	6, 7	Recuperación de información. (<i>ECM-F5-Perspectiva hacia atrás + DS</i>)
16	6, 7	Recuperación de información. (<i>ECM-F6-Recuerdo guiado +DS</i>)
17	6, 7	D.S. de escena que ha aparecido de manera intrusiva durante la semana y repaso de todo el relato bajo relajación (<i>ECM-Recuerdo guiado</i>).
18, 19, 20, 21	2, 3, 8	Advertencia de que la sintomatología puede que no desaparezca totalmente, ni para siempre, ha que ir "moldeando" ciertos aspectos, que no va a ser exactamente el mismo (estamos continuamente en proceso, cualquier experiencia va moldeándonos y especialmente algo así), pero los nuevos aspectos de la identidad pueden ser positivos (se puede "aprender" de la experiencia - descubrir recursos, replantearse valores, etc.). (<i>Psicoeducación; Reestructuración cognitiva: búsqueda de significados alternativos sobre constructos de identidad y reestructuración del significado del trauma</i>)
18, 19, 20, 21	2, 3, 8	Reestructurar la historia, significado e implicaciones del trauma (cambiar de víctima a superviviente). (<i>Reestructuración cognitiva; Técnicas Narrativas, narración de los cambios acontecidos</i>)

Tabla 1 (Continuación): Descripción resumida de los contenidos trabajados por sesión, objetivos y técnicas aplicadas

Sesión	Objetivos	Contenido de la Sesión y Técnicas Aplicadas entre paréntesis
18, 19, 20, 21	2, 3, 8	Búsqueda de significados alternativos relacionados con los cambios acontecidos tras el trauma (por ejemplo, "soy más egoísta" se sustituye por "valoró más el tiempo y quiero decidir qué hago con él, expreso mis necesidades"; "estoy más irritable" por "expreso más que antes mi enfado", "....." por "soy más consciente de lo positivo y de lo negativo, de los buenos y de los malos momentos"); Ejercicio de autoobservación de sensaciones positivas relacionadas con situaciones cotidianas; Integración positiva de las nuevas creencias, a partir de las "creencias rotas" por el trauma (valor de la vida, sensación de invulnerabilidad, idea de justicia). (<i>Técnicas narrativas</i>)
18, 19, 20, 21	2, 3, 8	Integración de lo sucedido en historia personal: a través de una narración sobre cambios producidos en la identidad tras el suceso; Movilizar los apoyos y la conexión con los otros: afrontar en la familia lo sucedido sin que determine las relaciones pero permitiendo que aparezca y que se hable sobre ello. Explicar y comunicar cambios en la conducta como resultado de cambios en valores, actitudes, etc. para fomentar la integración, también en la historia familiar, de lo sucedido. (<i>Técnicas Narrativas y Psicoeducación</i>)
22	9	Prevención de recaídas: a) Normalización del hecho de que los síntomas vuelvan en determinadas situaciones (aniversarios, noticias relacionadas con el atentado, circunstancias estresantes, etc.); b) Conceptualización de las recaídas como experiencias de aprendizaje y fuentes útiles de información; c) Énfasis en la posibilidad de manejar los síntomas a través de recursos personales reforzados y/o aprendidos; d) Explicación del proceso de mejora como no necesariamente lineal ni con ritmo constante; e) Recopilación de los avances logrados, perspectiva del proceso general. (<i>Psicoeducación</i>)
23	7	Imagen intrusiva aparecida durante la semana durante el sueño; Normalización de esta sintomatología e interpretación positiva como reducción del mecanismo de defensa, menos necesario ahora; D.S. con todo el relato. (<i>EMC-Recuerdo Guiado, Psicoeducación, DS</i>)
24	9	Prevención de Recaídas: Anticipación de posibles situaciones que generen estrés y respuestas que se pondrán en marcha para su afrontamiento (<i>Psicoeducación</i>).

Destacaron de forma muy llamativa los síntomas de ansiedad, somatización, depresión y el índice de malestar global por los síntomas positivos.

— Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979)

La puntuación inicial del BDI (gráfica 2) fue de 14, nivel de intensidad que responde a una *depresión leve*. Los síntomas que destacaron con puntuación máxima fueron sentimientos de desesperanza, incapacidad para llorar, dificultad para tomar decisiones y cansancio. Antes de comenzar la fase de entrevista cognitiva (sesión 8ª) se obtuvo de nuevo esta medida y la puntuación ya había descendido a 6.

— Inventario de Ansiedad STAI-R (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1997)

Los niveles de ansiedad resultantes de acuerdo con el STAI fueron, para la Ansiedad Estado percentil 65 y para la Ansiedad Rasgo, percentil 85.

— Escala de Síntomas Disociativos (Berstein y Putman, 1986)

La escala de síntomas disociativos mostró la presencia de ocho síntomas valorados por el paciente con el 10%, en una escala de frecuencia de 0 a 100. Esta frecuencia está referida al grado en que dicho síntoma se aplica a la vida del paciente. La puntuación total obtenida fue de 8 (ver gráfica 2). Detallamos resumidamente el contenido de los ítems puntuados por el paciente que revelaron su grado de disociación: *Me doy cuenta de que no escucho parte o todo de lo que dijeron* (10); *Me encuentro tan envuelto en sueños o fantasías que no siento lo que*

realmente me está pasando (10); Tengo la experiencia de que puedo ignorar el dolor (10); A veces me encuentro sentado mirando un punto fijo sin tener conciencia del paso del tiempo (10); Actúo diferente frente a situaciones parecidas (10); No puedo recordar cuando hice algo o pensé hacerlo (10); Creo haber hecho cosas que no recuerdo haber hecho (10); Veo el mundo a través de la niebla de modo que la gente y las cosas aparecen lejos o poco claras (10).

— Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965)

La escala de autoestima de Rosenberg mostró una autopercepción positiva. Se valoraba como una persona valiosa, con muchas cualidades, capaz de hacer las cosas, con una actitud positiva hacia sí y satisfecho en general consigo mismo.

— Escala de Desesperanza (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974)

En la Escala de Desesperanza obtuvo una puntuación de 14 (puntuación significativa teniendo en cuenta que 9 es el punto de corte). Los resultados por factores fueron: Sentimientos acerca del futuro, 3; Pérdida de motivación (3) y Expectativas de futuro (6). La puntuación total queda recogida en la gráfica 2.

2.4. Delimitación de problemas

Tras la primera evaluación se detectaron numerosos síntomas de

ansiedad (cognitivos, fisiológicos, conductuales), síntomas disociativos, especialmente relacionados con la imposibilidad de recordar determinadas situaciones y con dificultades de concentración. Además mostraba un estado elevado de desesperanza asociado al miedo de reexperimentar de nuevo el acontecimiento. Todo esto le llevaba a evitar todas aquellas situaciones y estímulos que le recordaban el suceso o que asociaba con el acontecimiento. Se observó una elevada reactividad en momentos determinados y una "incapacidad para sentir" en otros. Sentía, por un lado, la necesidad de recuperar un recuerdo coherente de lo sucedido, pero, por otra, esta idea le producía un gran miedo que él relacionaba con sus miedos previos a la sangre y las heridas.

Además S. presentaba dificultades referidas al sueño (insomnio, pesadillas) y a la alimentación y otros síntomas como cansancio, sensación de vacío, inseguridad, deseo de llorar e incapacidad para hacerlo además de imágenes intrusivas y *flashbacks*. Aparecía reiteradamente el pensamiento de que *no debería estar así* dado que su afectación no era física.

2.6. Diagnóstico DSM-IV (Eje 1)

De acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2000), la sintomatología mostrada por Sergio se ajustaba a un Trastorno de Estrés Agudo (TEG) en el eje I (308.3-F43.0) manifestando los siguientes criterios: a) había estado expuesto a un aconteci-

miento traumático que amenazó su integridad física y la de los demás, y al que respondió con un temor intenso; b) durante y después del acontecimiento, presentó síntomas disociativos (sensación subjetiva de embotamiento, desapego, reducción del conocimiento de su entorno, sensación de estar aturdido, despersonalización y amnesia disociativa); c) experimentaba malestar al exponerse a objetos o situaciones que le recordaban el acontecimiento traumático y d) mostraba síntomas acusados de ansiedad y un significativo malestar clínico.

La duración e intensidad de la sintomatología remitió considerablemente durante el primer mes, aunque se mantuvo la amnesia disociativa. Con posterioridad, una vez pasadas las cuatro semanas que se establecen como límite temporal del TEG, se mantenían algunos síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (309.81-F43.1), sin que pudiera aplicarse tal diagnóstico por completo. Los criterios que se cumplían referidos a éste último trastorno fueron: a) malestar psicológico y respuestas fisiológicas de mediana intensidad al exponerse a algunos (no todos) estímulos externos o internos que le recordaban el acontecimiento; b) incapacidad para recordar lo sucedido; c) reducción del interés en actividades significativas; d) dificultades para concentrarse y e) alguna respuesta exagerada de sobresalto.

En el Eje II y III, no se identificó ninguna alteración y en el Eje V, no apareció ningún acontecimiento estresante añadido a la situación

que presentaba Sergio. La Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) en el momento de la evaluación inicial (Eje V) fue de 60, indicando síntomas moderados.

2.5. Intervención

2.5.1. Objetivos

Los objetivos planteados en la intervención fueron los siguientes:

1. Establecer una relación terapéutica de confianza y respeto al proceso individual de S.
2. Informar sobre la sintomatología emergente, su proceso de recuperación y la relación tanto con el suceso traumático como con eventos cotidianos que le recuerden a este.
3. Emplear estrategias de búsqueda de apoyo social como parte del afrontamiento de la situación.
4. Entrenar en el manejo de los síntomas aparecidos.
5. Entrenar el manejo de los miedos y expectativas que pudieran interferir con el recuerdo de lo sucedido
6. Recuperación de un recuerdo coherente acerca de lo sucedido con la siguiente secuencia: inicio, nudo y desenlace.
7. Disminuir la ansiedad relacionada con la historia recuperada.
8. Lograr la reestructuración

positiva del trauma y la integración de lo sucedido dentro de su historia vital vital.

9. Prevenir posibles recaídas.

2.5.2. Técnicas

Las técnicas utilizadas a lo largo de la intervención fueron diversas y trataron de dar respuesta a cada uno de los objetivos planteados. En un intento de síntesis, se podrían agrupar en las siguientes: técnicas para el manejo y afrontamiento de la ansiedad (técnicas de respiración, relajación y autocontrol), técnicas cognitivas (psicoeducación, reestructuración cognitiva y debate sobre pensamientos desajustados), técnicas narrativas, desensibilización sistemática y técnicas para el aumento de memoria, estas dos últimas fueron integradas en lo que hemos denominado *Entrevista Cognitiva Modificada*. Una relación más detallada de las técnicas aplicadas y los contenidos abordados en cada una de las sesiones aparece en la tabla 2.

Dado que la mayoría de las técnicas aquí aplicadas son de uso extendido por un gran número de profesionales y están bien recogidas en la literatura, no serán explicitadas con detalle. Una descripción más exhaustiva de las mismas pueden encontrarse en Labrador y Cruzado (2002) y Epston y White (1993). No es el caso de la Entrevista Cognitiva, la cual no ha sido aplicada con el procedimiento originalmente descrito diseñado para el contexto forense (Fisher y Geisel-

man, 1992), sino que dada las peculiaridades del caso se han incorporado diversas modificaciones, entre las que caben mencionar la alteración de la secuencia de las distintas fases y la inclusión de la desensibilización sistemática en el procedimiento de la entrevista. Ambas modificaciones han sido inspiradas por la aplicación de esta técnica en trabajos previos (Fisher y McCaulley, 1995; Shepherd et al., 1999).

La técnica de La Entrevista Cognitiva, a la que denominaremos *Entrevista Cognitiva Modificada*, por la inclusión de los cambios mencionados, constó de seis pasos: 1) *Fase de Preparación*, este primer paso consistió en una explicación detallada del contenido de la técnica y en el abordaje de las expectativas, miedos e interrogantes que suscitaba al paciente. La consigna básica fue transmitir que no se trataba de recordar absolutamente todos los detalles, sino de lograr una historia coherente e integrada. Se advertía que la sintomatología probablemente empeoraría al recordar los detalles del suceso y se enfatizaban los recursos personales y aprendidos del paciente, como herramientas para abordar la posible ansiedad suscitada; 2) *Fase de Recuerdo libre y Desensibilización Sistemática*. En esta segunda fase tras un recorrido mental de la relajación muscular y la visualización de una imagen positiva previamente entrenadas, se pide a S. que relate, bajo estado de relajación, todo lo que recuerde del acontecimiento traumático, con la consigna de informar al terapeuta sobre

Tabla 2: Registros de USAs recogidas en la Entrevista Cognitiva Modificada

Sesión	Usa	Contenido
10 (R.L.)	1	A Subir al tren
	1.5	B Mirar el reloj
	2	C 1ª explosión
	3	E Voces dentro del vagón
	4	F Salir del vagón
	5; 3; 2 (*)	H Hombre con mano herida que solicita ayuda
	2	I Ver techo levantado del vagón
	3	J Ver gente en las vías deambulando
	3	K Ver hombre herido caminando
	3	L Caseta donde hay personas heridas
11 (R.L.)	2	M Conversación con esposa al salir de las vías
	2	N Conversación con esposa desde trabajo
	5; 2 (*)	D 2ª explosión
	6; 3 (*)	F Salir del vagón
12 (R.C.)	4	J Ver gente en las vías deambulando
	3	K Ver hombre herido caminando
	5; 4 (*)	F Salir del vagón
13 (R.C.)	4	H Hombre con mano herida que solicita ayuda
	6; 4; 2 (*)	J Ver gente en las vías deambulando
	5; 3 (*)	I Ver techo levantado del vagón
14 (P.C.)	3	H Hombre con mano herida que solicita ayuda
15 (P.A.)	5; 4 (*)	F Salir del vagón
	4	G Ver persona fallecida dentro del vagón
	6; 4 (*)	H Hombre con mano herida que solicita ayuda
	4	J Ver gente en las vías deambulando
16 (R.G.)	5; 2 (*)	J Ver gente en las vías deambulando
	4	F Salir del vagón
	6; 4 (*)	G Ver persona fallecida dentro del vagón
	5; 3 (*)	H Hombre con mano herida que solicita ayuda
	6; 4 (*)	I Ver techo levantado del vagón
17 (R.G.)	5; 3 (*)	J Ver gente en las vías deambulando
	3	M Conversación con esposa al salir de las vías
	2	D 2ª explosión
	2	F Salir del vagón
	3	G Ver persona fallecida dentro del vagón
	2	H Hombre con mano herida que solicita ayuda
	2	I Ver techo levantado del vagón
2	J Ver gente en las vías deambulando	
23 (R.G.)	1	M Conversación con esposa al salir de las vías
	2	D 2ª explosión
	4; 2 (*)	E Voces dentro del vagón
	4	F Salir del vagón
	5; 3 (*)	G Ver persona fallecida dentro del vagón
	3	H Hombre con mano herida que solicita ayuda
3	J Ver gente en las vías deambulando	
3	L Caseta donde hay personas heridas	
2	M Conversación con esposa al salir de las vías	

(*) Niveles de USA en cada uno de los ensayos de desensibilización en ECM
 USA (Unidades subjetivas de ansiedad); RL (Recuerdo Libre); RC (Recuerdo contextualizado); RG (Recuerdo Guiado); PC (Perspectiva de Cámara); PA (Perspectiva hacia atrás)

aquellos recuerdos que le suscitaran un nivel de ansiedad superior a 5 USA (Unidades Subjetivas de Ansiedad). Llegado el momento en el que el paciente informa de este incremento, se procede con una secuencia similar a la de la desensibilización sistemática: se retoma tanto la imagen segura como el recorrido mental de la relajación muscular hasta rebajar los niveles de ansiedad a 2-3 USA volviendo a la escena ansiógena tantas veces como sea necesario hasta conseguir la disminución de la ansiedad a los niveles señalados. Si el paciente no experimenta este incremento, se prosigue en el recuerdo hasta el final del relato. 3) *Fase de Contextualización y Desensibilización Sistemática*. De forma similar a la fase anterior, tras un recorrido mental de las sensaciones de relajación y la visualización de la imagen positiva se solicita a S. que relate lo recordado, pero en esta ocasión, el terapeuta realizará preguntas sobre los detalles contextuales y las sensaciones concretas experimentadas que faciliten la recuperación de nueva información (ej. ¿trata de describir cómo iba vestido?; ¿Describe cómo era exactamente el lugar donde estabas?). En esta fase es muy importante que el terapeuta tome la precaución de no sugerir ni sugestionar a través de las preguntas las respuestas del paciente. Posteriormente se procede de forma idéntica a la fase anterior (Recuerdo+DS+Recuerdo hasta disminuir los niveles de ansiedad informados). 4) *Fase de Perspectiva de Cámara y Desensibilización Sistemática*. Durante la etapa de perspectiva de cámara, S. una vez reali-

zada la relajación previa y la visualización se le pide que relate la historia como si fuera un observador externo, tal y como una cámara de video podría recoger lo acontecido. El resto del procedimiento en esta fase fue similar a las fases anteriores. 5) La Fase 5 es la *Fase de Perspectiva hacia Atrás y Desensibilización Sistemática*. En esta fase se procede de forma idéntica a las anteriores, pero se pide a S. que relate lo sucedido siguiendo una secuencia inversa a la acontecida, de manera que el relato es recordado desde el final de la historia hasta el comienzo de la misma. 6) La última fase es la de *Recuerdo guiado y Desensibilización Sistemática*. Durante esta fase, también bajo estado de relajación, el terapeuta lee el relato completo de toda la historia recordada por S., pero incorporando la información recuperada a lo largo de todas las sesiones anteriores y realizando de nuevo la desensibilización de todos los detalles acumulados a lo largo de la intervención.

En resumen, el relato era progresivamente recuperado y desensibilizado con el procedimiento descrito: cada uno de los fragmentos recordados que se asociaban a niveles superiores a 5 USA eran desensibilizados hasta niveles de 2-3 USA para finalmente ser integrado en la totalidad del recuerdo y nuevamente desensibilizado.

2.5.3. Desarrollo de la intervención

La intervención en su conjunto constó de 24 sesiones distribuidas

en tres fases. Las cuatro primera sesiones y las dedicadas a la entrevista cognitiva tuvieron una duración de dos horas aproximadamente, el resto fue de 1 hora de duración.

Las sesiones, por su contenido y los objetivos abordados en cada una de ellas, pueden ser agrupadas en tres fases: Una fase inicial, comprendida por las ocho primeras sesiones, una fase intermedia, constituida por las siguientes 9 sesiones y una fase final que abarca las 7 restantes.

Durante la *primera fase o fase inicial* de la intervención, la sintomatología de S. fue evolucionando desde una sintomatología predominantemente ansiosa hacia una de tipo más depresiva. Además del paso del tiempo, la *psicoeducación*, el aprendizaje de estrategias de afrontamiento de la ansiedad, así como la aplicación de sus propios recursos personales propiciaron una mejora, que permitió avanzar hacia lo que hemos denominado, la *fase intermedia*. En esta fase, a medida que la sintomatología inicial fue remitiendo, S. manifestaba la necesidad de recuperar el recuerdo de lo sucedido. No obstante, anticipar lo que podía recordar aumentaba su nivel de ansiedad y dificultaba la intervención sobre el recuerdo. Este motivo llevó a trabajar contenidos relativos a sus expectativas y miedos relacionados con la posibilidad de recordar escenas aversivas o no deseadas que pudieran haber ocurrido. Este momento de la intervención fue decisivo y permitió el avance en

la aplicación de la *entrevista cognitiva* dirigida a la recuperación de escenas de contenido más traumático. Tras esta fase inicial de preparación a la entrevista, la *segunda fase* de la ECM, relativa al recuerdo libre, supuso ya un aumento muy importante de la información recuperada por S., que fue ampliándose en las sucesivas fases del proceso. Tanto esta fase como la de contextualización resultaron las más útiles en este sentido. La perspectiva de cámara no añadió información, mientras que la perspectiva hacia atrás permitió la recuperación de una escena ansiógena que hasta entonces S. no había recordado y que permitió la desensibilización de una nueva información hasta ahora no identificada. Es importante señalar aquí, el esfuerzo cognitivo extra que suponía relatar la historia en sentido inverso, lo que provocó saltos en el relato, que, sin embargo, no parecieron afectar a la eficacia última de la técnica.

Finalmente, una vez terminada esta fase intermedia dedicada a la recuperación de información, se prosiguió con la *fase final*. Se consideró fundamental que, tanto esta historia recuperada, como las implicaciones que tenía en la vida e identidad de S. quedaran integradas e incluso supusieran algún cambio positivo en su vida. Esto se logró a través de narraciones, dirigidas a la revisión de sus valores y de su estilo de vida además de la búsqueda de significados alternativos. La narración acerca de los cambios acontecidos tras el acontecimiento traumático facilitó la toma de conciencia tanto de los

aspectos positivos, como de aquellos negativos que resultaron inherentes a la situación vivida. Fue en esta fase también en la que se trabajó el afrontamiento de posibles recaídas futuras y su abordaje. Concluidas estas fases se inició el periodo de seguimiento.

El proceso terapéutico estuvo favorecido por una buena alianza terapéutica y una elevada motivación al tratamiento. El cumplimiento de las tareas, la puntual asistencia a las sesiones y el interés suscitado en ellas por S. fueron un marcador importante del éxito de la intervención que posibilitó también la aplicación de las técnicas descritas.

2.5.4. Resultados y seguimiento

Los resultados finales de la intervención pueden ser analizados desde dos vertientes, una cualitativa y otra más cuantitativa. En relación con la primera, los autorregistros indicaron un descenso en la frecuencia de emociones negativas (*nervios, agobio, intranquilidad, miedo...*) así como una clara disminución de las conductas de evitación. S. comenzó a coger el tren dos días después de acontecer el suceso traumático, acompañado por un familiar, antes incluso de la primera sesión. Continuó enfrentándose a esta situación en los días posteriores, disminuyendo progresivamente a lo largo de la terapia las conductas de evitación más sutiles con las que intentaba manejar la ansiedad (ej., evitar sentarse cerca de mochilas o ir dormido). Su afrontamiento con las estrategias

aprendidas le permitieron enfrentar un mayor número de situaciones registradas como ansiógenas y aumentar progresivamente su nivel de tolerancia a la ansiedad contribuyendo a la habituación y extinción de la misma.

Con relación a la integración positiva del acontecimiento vivido en su historia personal, destacamos de las narraciones la percepción de una felicidad muy intensa en momentos cotidianos (ej. dar un paseo, estar con su pareja e hijo) y el replanteamiento de la utilización de su tiempo libre así como su interés y preocupación en planificarlo, aspectos que indicaban un proceso de cambio en su identidad. En un principio, esta nueva actitud era interpretada por S. como un comportamiento egoísta, el debate sobre este constructo y la búsqueda alternativa de los significados inicialmente atribuidos facilitaron el cambio positivo que hasta el momento se había producido. Otro cambio valorado como positivo posterior a esta experiencia, fue el aumento de la expresión adecuada de su ira, dato reflejado también en la dimensión de hostilidad del SCL-90-R.

Logró recuperar una historia prácticamente completa de lo sucedido. El proceso de la ECM finalizó cuando Sergio consideró que los recuerdos extraídos a través de la técnica le aportaban una historia coherente y cuando los niveles de ansiedad suscitados por los recuerdos disminuyeron hasta niveles irrelevantes de ansiedad (tabla 3). Esto le permitió la cons-

trucción de un relato integrado y coherente que disminuyó la inquietud, incertidumbre y miedos que le suscitaba la amnesia. Al mismo tiempo esto le proporcionó un descenso de las imágenes intrusivas.

En un nivel cuantitativo los datos obtenidos al final de la intervención apuntaron a una clara mejoría. Algunos de los resultados posteriores a la intervención son mostrados en las gráficas 1 y 2. La mayoría de las puntuaciones directas en las dimensiones evaluadas por el SCL-90-R mostraron un descenso importante, destacó la disminución de la sintomatología ansiosa, la somatización y la sintomatología depresiva. Los índices globales revelaron la evolución positiva de S, la intensidad como la frecuencia de los síntomas descendieron.

La disminución de los síntomas depresivos, además de reflejarse en el SCL-90-R, quedaron recogidos en la puntuación del BDI, cuyo descenso bajó desde 14 hasta 5 y en los resultados relativos a la desesperanza, tanto en los indicadores de *sentimientos acerca del futuro* (1), *pérdida de motivación* (1), *expectativas de futuro* (4) así como en la *puntuación total* (7). En todos ellos se apreció un decremento significativo.

Los síntomas disociativos informados por S. también descendieron como queda reflejado en la puntuación total de la escala de disociación DES que bajó de 8 hasta 4, quedando aspectos tales como: *la experiencia de no recordar lo que ha pasado durante un viaje o*

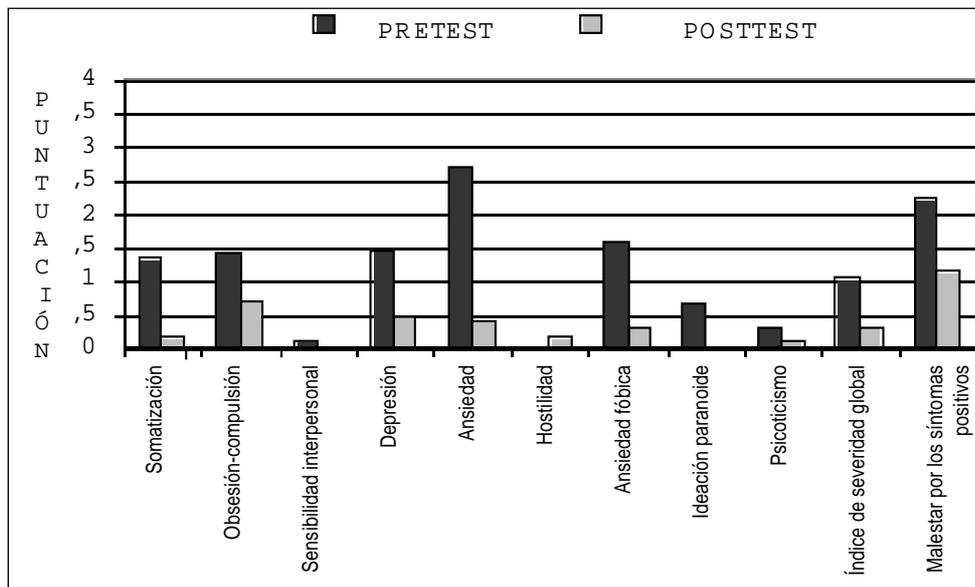
parte de un viaje (10), *la sensación de estar ausente durante una conversación* (20) y *la experiencia de no estar seguro de si los recuerdos son reales o soñados* (10).

Los niveles de ansiedad subjetiva suscitados por los recuerdos quedaron desensibilizados con niveles de 2-3 USAs, intensidad que el paciente reconocía como fácilmente soportable. Resultados adecuados, habida cuenta que el objetivo no era la anulación completa de la sensación de ansiedad ante los recuerdos, dado que implicaron una amenaza real a su integridad física y dado que el contenido de las escenas implicaban un malestar normalizado.

El inventario de Ansiedad fue el único instrumento que no reflejó la disminución de la ansiedad, excepto levemente para la escala de ansiedad estado que bajó al percentil 65. La ansiedad Rasgo se mantuvo en el percentil 85. Este último resultado, la ansiedad rasgo, es un indicador de la vulnerabilidad de S más que de la sintomatología actual lo que puede explicar que a pesar de la mejora se mantenga. El escaso descenso de la escala estado quizás responda a una ansiedad situacional o relacionada con el momento puntual de la medida que no reflejó el estado de mejora general.

Actualmente S. ha iniciado la fase de seguimiento. Los resultados dos meses después de la intervención se mantienen y queda emplazado, si no reaparece ningún otro problema, a un seguimiento

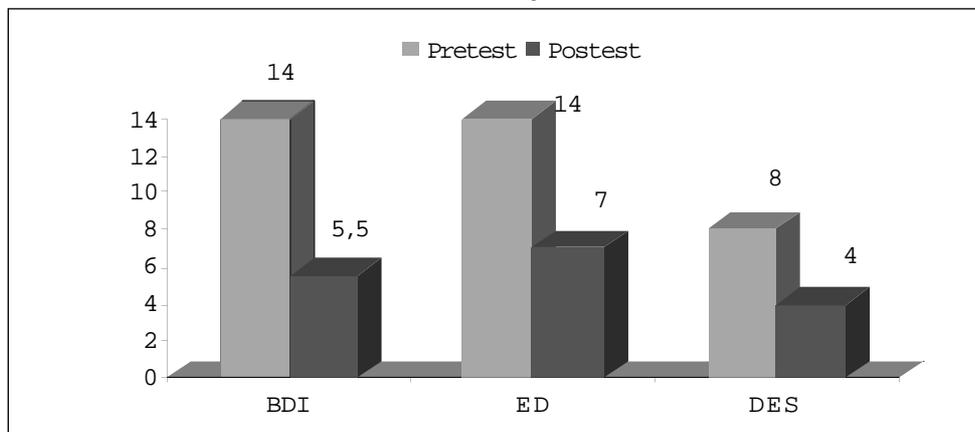
Gráfico 1: Puntuaciones directas Pretest y Postest en el SCL-90R



mensual, trimestral y semestral hasta al menos un año transcurrida la intervención. Las sesiones de seguimiento se han centrado en revisar la sintomatología que aún

está presente, la intensidad y frecuencia con la que aparece (cada vez menor), el análisis de las variables implicadas en su mejoría (haciendo hincapié en sus recursos,

Gráfica 2 : Puntuaciones directas Pretest y Postest en BDI, ED y DES



en lo que él ha hecho para mejorar) y las posibles situaciones desencadenantes de una recaída como de su adecuado manejo.

3. DISCUSIÓN

La intervención mostrada en el presente trabajo ha combinado diferentes estrategias terapéuticas que la literatura ha mostrado en reiteradas ocasiones como eficaces (Foa, Keane y Freedman, 2000). Una vez más se añade evidencia de su utilidad para alcanzar buenos resultados de eficacia, eficiencia y efectividad. Si bien tanto los indicadores cualitativos como cuantitativos de la evaluación tras la finalización de la intervención apuntan hacia una notable mejora de la sintomatología y del malestar del paciente, los datos respecto al éxito terapéutico no son concluyentes dado que aún no está finalizado el periodo de seguimiento, que actualmente nos ocupa y que hasta no llegar a término, no permitirá corroborar el mantenimiento de la mejora.

Algunos trabajos previos aplicaron las técnicas de aumento de memoria, propias del contexto forense, al contexto clínico para intervenir sobre la amnesia disociativa en casos de experiencias traumáticas, con resultados prometedores (Shepherd et al., 1999). La experiencia aquí mostrada, lejos de ser concluyente, apoya estas herramientas de intervención como medios eficaces para la modificación de esta sintomatología, no obstante, estudios de efi-

cacia controlados serían necesarios para poder establecer de un modo más preciso la relevancia de las mimas.

Realmente estas estrategias no quedan lejos de las técnicas de exposición, que han mostrado claramente su eficacia. La narración repetida de un suceso es una forma de exposición prolongada al mismo tiempo que permite disminuir los niveles de arousal asociados con la memoria traumática, aumentar el rango de memoria y generar un recuerdo más organizado (Foa y Rigg, 1993). Quizás lo novedoso esté en el procedimiento utilizado, el cual se focaliza más sobre los procesos de recuperación y activación de la información e inciden directamente sobre el recuerdo, dando respuesta en determinados casos a las quejas específicas de los afectados. El uso de estrategias reductoras de activación y el acercamiento a la información a través de procesos de *contracondicionamiento* (propios de la DS) más que de habituación (propios de la exposición), en el caso expuesto, resultó a nuestro juicio menos aversivo y más motivador que las técnicas de exposición. Aunque este fue un elemento nuclear de la intervención, no hay que olvidar que sólo fueron algunas de las herramientas que se integraron en un marco terapéutico en el que la alianza con la terapeuta, la motivación al tratamiento, los aspectos relacionales, la intervención inicial en crisis y el uso de otras estrategias, tuvieron una indudable importancia. Por ejemplo, la disminución inicial de la activación o el abordaje de las expec-

tativas y los miedos del paciente, previamente a la aplicación de las técnicas, resultaron pasos esenciales, que de no ser realizados hubieran probablemente dificultado el desarrollo exitoso de aquellas. Concretamente, S. en las primeras sesiones manifestó expresamente su deseo de no recordar, conforme su sintomatología fue disminuyendo manifestó un deseo creciente de conocer lo que realmente había vivido. Esto le llevó a una búsqueda activa de información a través de distintos medios de comunicación (televisión, internet, periódicos, libros). La disminución de la sintomatología gracias a su creciente manejo, el cambio en el afrontamiento de la situación y la aparición de percepciones de *deja vu* (probablemente indicadores de la resistencia al recuerdo) fueron un adecuado caldo de cultivo para aplicar las técnicas de aumento del recuerdo. Por tanto, fue esencial el trabajo terapéutico y preparatorio previo a la aplicación de la ECM.

Ha sido un tema de elevada controversia, desde el punto de vista deontológico y terapéutico (Berliner y Briere, 1999), el riesgo que las técnicas para el aumento de memoria sobre experiencias traumáticas tienen en relación con la instauración de un recuerdo ficticio o de una experiencia irreal. Aunque los datos al respecto muestran que la memoria de eventos traumáticos es bastante duradera, detallada y precisa (McCloskey, Wible y Cohen, 1988; Kluft, 1999), el riesgo de inducir un nuevo trauma o distorsión ha de ser cuidado con especial detenimiento en el proceder del

terapeuta cuando aplica este tipo de estrategias, especialmente en pacientes altamente vulnerables. El terapeuta ha de mantener una posición activa, controlando la entrevista y armonizando la comunicación en su aplicación pero sin llegar a ser directivo. Ha de intentar no inducir ni generar respuestas en el paciente a través de sugerencias, expectativas o descripciones detalladas del contexto supuesto donde ocurrió el trauma. Cuando la memoria no es una queja en el paciente es necesario reflexionar con detenimiento si la recuperación de la información traumática es realmente imprescindible.

El riesgo que comentamos pudo ser observado en este caso cuando S., durante las distintas fases de aplicación de la ECM manifestaba dudas acerca de la veracidad y exactitud de su recuerdo. No obstante, la emoción asociada a los recuerdos y los exhaustivos detalles revelados por él mismo indicaban una alta fiabilidad de lo recuperado. La mejoría manifiesta posterior al recuerdo ponía de manifiesto la apropiación de la experiencia recordada como suya a lo largo de un proceso, pero nunca sabremos realmente la veracidad de su recuerdo.

Una dificultad a señalar en el empleo de estas técnicas y que ha de ser tenida en cuenta para su aplicación, estriba en los intensos niveles de concentración requeridos sobre elementos muy ansiógenos, que en determinados pacientes no es viable, dadas sus dificultades para focalizar la atención

derivadas del malestar actual que padecen. Es necesario pues, controlar esta variable antes de aplicar la intervención.

Mencionamos, como algo presente durante todo el proceso terapéutico, la influencia del tratamiento de la información que hicieron los medios de comunicación y que indudablemente repercutieron en la intervención: por un lado, reactivando en muchas ocasiones la sintomatología de S. ante la presencia de numerosas imágenes que recordaban el suceso e incrementaban la sensibilización sobre el mismo y, por otra, como medio educativo en la medida que contribuyeron en sentido positivo a la difusión de información sobre el curso y la sintomatología habitual

en estos acontecimientos. La primera requirió la contención y la ayuda terapéutica en algunas sesiones y la segunda ayudó en la transmisión de información saludable. Otro elemento a considerar fue la rápida intervención que seguramente posibilitó la contención de un estrés postraumático posterior con mayores consecuencias.

Finalmente, quedan pendientes algunos temas en el tintero, queda por determinar la evolución a lo largo del seguimiento y queda desear que el futuro no nos depara tan trágicas experiencias capaces de producir historias como las que hoy recogemos en este trabajo.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder: (4.ª ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865. (Adaptación al castellano, Bas, F. y Andrés, V. (1994). Tratamiento cognitivo-conductual de la depresión: manual de tratamiento. Madrid: FUE)

Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Berliner, L. y Briere, J. (1999). Trauma, memory and clinical practice (pp.3-18). En L.M. Williams y V.L. Banyard (Eds.), *Trauma and Memory* (pp. 3-11). Publications, Inc. California: SAGE.

Berstein, E.M. y Putman, F.W. (1986). Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 174, 727-734

Echeburúa, E. (1995). *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. La Coruña: Fundación Paideia.

Epston, D. y White, M. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós

Fisher, R.P. y Geiselman, R.E. (1992). *Memory enhancing techniques for investigative interviewing. The cognitive Interview*. Springfield: Charles C Thomas Publisher.

Fisher, R. y McCaulley, M. (1995). Information retrieval: interviewing witnesses. En N. Brewer y c. Wilson (Eds.), *Psychology and Policing*. Hillsdale, New York: Erlbaum.

Foa, E. (2003). *Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona: Ariel.

Foa, E., Keane, T. y Friedman, M. (2000). *Effective treatments for PTSD*. New York: The Guildford Press.

Foa, E. y Riggs, D. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. En J. Oldham, M. Riba y A. Tauman (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, 12. Washington: American Psychiatric Press.

Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D.S. y Murdock, T. B. (1991). Treatment of post-traumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavior procedures and counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.

González de Rivera, J.L., De las Cuevas, C.; Rodríguez, M. y Rodríguez, F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis, L.* Adaptación española. Madrid: TEA.

Kolk, V. B. (1996). Trauma and memory. En B. van del Kolk, A. McFarlane and L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress*. New York: Guildford.

Kluft, R. (1999). Trae lies, false, truths and naturalistic raw data (pp.319-329). En L.M. Williams y V.L. Banyard (Eds.), *Trauma and Memory*. SAGE Publications, Inc.: California.

Labrador, F.C. y Cruzado, J.A. (2002).

Modificación de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Pirámide..

Labrador, F.J., Echeburúa, E., y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.

Lindsa, D. S. y Briere, J. (1997). The controversy regarding recovered memories of childhood sexual abuse: pitfalls, bridges and future directions. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 631-647.

Lohr, J.M., Kleinknecht, R.A., Tolin, D.F. y Barret, R.H. (1995). The empirical status of the clinical application of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 285-302.

McCloskey, M., Wible, C. y Cohen, N. (1988). Is there a special flashbulb memory mechanism?. *Journal of Experimental Psychology*, 117, 171-181.

Resik, P.A. y Shnicke, M.K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: a treatment manual*. Newbury Park, C.A.: Sage.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

Rothbaum, B.O., Meadows, E.A., Resik, P. y Foy, D.W. (2000). Cognitive-Behavioral

Therapy, 60-83. En E.B.Foa, T.M. Keane, M.J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD. Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: The Guildford Press.

Shepherd, E., Mortimer, A., Turner, V. y Watson, J. (1999). Spaced cognitive interviewing: facilitating therapeutic and forensic narration of traumatic memories. *Psychology, Crime and Law*, 5, 117-143.

Smucker, M.R., Dancu, C., Foa, E.B. y Niederee, J.L. (1995). Imagery rescripting: a new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9, 3-17.

Spielberger, C.D. Gorsuch, R.L. y Lushe-
ne, R.E. (1997). *Cuestionario de Ansiedad
Estado-Rasgo (STAI-R)*. Madrid: TEA

Terr, L. (1993). *Unchained Memories*.
New York: Basic Books.

Wagenaar, W.A. y Grownweg, J. (1990).
*The memory of concentration camp survi-
vors. Applied Cognitive Psychology*, 4, 77-
87.

Weaver, T.L. y Clum, G.A. (1995). Psy-
chological distress associated with interper-
sonal violence: A meta-analysis. *Clinical
Psychology Review*, 15, 115-140.

Williams, L.M. y Banyard, V.L. (1999).
Trauma and Memory. SAGE Publications,
Inc.: California.

AGRADECIMIENTOS

El Servicio de Psicología Aplicada de la UNED quiere agradecer a todo su equipo (supervisores, terapeutas, voluntarios y secretarías) la dedicación y el esfuerzo extras que en un alarde desinteresado de generosidad hicieron posible la colaboración del SPA en esos inolvidables días de la reciente Historia de España. Pero con un especial agradecimiento a aquellos que en primera línea restaron tiempo a su descanso: Ana Victoria Arias, Alejandro Bello, Antonio Bustillos, Eva Castro, Teresa Cuesta, Itziar Fernández, Olga Flores, Ángel Gomez, Marcela Paz González, M^a José González, Cristina Jiménez, Amaia Lasa, Ana M^a Magaz, Ana M^a Martín, Blanca Mas, Belén Nieto, M^a Luisa Roa, María Rodríguez y Arabella Villalobos.