

ESTUDIO DE CASOS

Tratamiento psicológico de los trastornos por estrés derivados de los atentados del 11-M: De la psicología clínica basada en la evidencia a la práctica profesional

Psychological treatment of stress disorders caused by Madrid march 11 attacks: From evidence-based clinical psychology to professional practice

MARÍA PAZ GARCÍA-VERA¹

LAURA ROMERO COLINO¹

Fecha de Recepción: 16-12-2004

Fecha de Aceptación: 19-12-2004

RESUMEN

Se presentan los resultados terapéuticos obtenidos en la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la UCM con 40 personas afectadas por los atentados del 11-M que presentaban distintos problemas psicopatológicos, en la mayoría de los casos (80%) trastornos por estrés, y que fueron atendidas con programas de intervención psicológica basados en las técnicas con mayor apoyo empírico para los trastornos por estrés (técnicas de control de la ansiedad, reestructuración cognitiva y exposición). En el 90% de los pacientes se consiguió un éxito terapéutico, elevándose esta cifra al 100% en aquellos con trastorno por estrés agudo y bajando al 67% en los que sufrían trastorno por estrés postraumático. Estos resultados sugieren que las intervenciones basadas en los tratamientos que han mostrado su eficacia para los trastornos por estrés en las condiciones ideales de los estudios experimentales, también son útiles en la práctica clínica habitual con pacientes afectados por atentados

¹ Unidad de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Complutense de Madrid.

terroristas. Para ilustrar esta conclusión, se presentan además dos estudios de caso único en los que se aplicó el programa de intervención a un niño y a un adulto que sufrían trastorno por estrés postraumático.

ABSTRACT

This paper shows therapeutic results from the Complutense University Clinical and Health Psychology Unit, involving 40 March 11 patients with a variety of psychopathological disorders. Most cases (80 percent) showed stress disorders and were treated by means of psychological intervention stress programs with the highest experimental anchor (e.g., anxiety control technique, cognitive re-structuring and exposure). Treatment was successful in 90 percent of patients in general, 100 percent of patients with acute stress, and 67 percent of patients suffering from PTSD. This outcome suggests that interventions based on treatments that have proved effective with stress disorders in the ideal conditions of experimental studies, are also useful for usual clinical practice with people affected by terrorist attacks. In order to illustrate this conclusion, two additional studies are presented (both N=1) where the intervention program was used with a child an adult, both suffering from post-traumatic stress disorder.

PALABRAS CLAVE

Atentados del 11 de marzo, Estrés agudo, Trastorno por estrés postraumático, Intervención psicológica.

KEY WORDS

March 11 terrorist attacks, Acute stress, Post-traumatic stress disorder, Psychological intervention.

La magnitud de los atentados ocurridos en Madrid el 11 de marzo de 2004, con su trágico balance de 192 personas fallecidas y más de 1.500 heridas, hacía preveer que un número significativo de víctimas, de sus familiares y amigos, y de los profesionales y voluntarios que les ayudaron podrían presentar síntomas psicopatológicos y trastornos mentales de diversa índole y gravedad derivados de la tragedia, y que incluso tales síntomas y trastornos podrían también aparecer en un porcentaje nada despreciable de personas que habían presenciado directamente los atentados, que vivían, trabajaban o estudiaban cerca de los lugares en los que explotaron las bombas, o que simplemente habían presenciado con horror y estupor la catástrofe a través de los medios de comunicación. De hecho, el número de pacientes potenciales que se preveía era tan grande que, para que pudieran recibir el tratamiento adecuado, la Comunidad de Madrid, en coordinación con los Ministerios de Sanidad, Interior y Defensa, la Comunidad de Castilla-La Mancha y el Ayuntamiento de Madrid, decidió el 19 de marzo poner en marcha un plan de refuerzo de la atención en salud mental en los centros especializados y de atención primaria de la red pública que tan sólo en el primer mes atendió a más de 1.100 pacientes (Sierra, 2004).

Recientemente, diversos estudios llevados a cabo por diferentes equipos de investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) han corroborado que efecti-

vamente los atentados del 11-M afectaron de forma importante no sólo a las víctimas, a sus familiares, y a los profesionales y voluntarios que les ayudaron, sino también a muchas personas residentes en un área muy amplia alrededor de los lugares de la tragedia. En concreto, una o dos semanas después de los atentados, aproximadamente un 15% de la población madrileña sufría síntomas de estrés agudo y depresión que interferían en su vida (Muñoz et al., 2004) y, al mes, entre un 1,6% y un 1,9% de la población presentaba un trastorno por estrés agudo o por estrés postraumático derivado de los atentados del 11-M (Miguel-Tobal et al., 2004; Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2004), mientras que alrededor de un 7,5% padecía un trastorno depresivo (Miguel-Tobal et al., 2004). Lógicamente, las consecuencias psicopatológicas eran mayores entre las víctimas y sus allegados, mucho menores entre las personas que vivían o trabajaban en las zonas afectadas, y aún menores entre la población general (Miguel-Tobal et al., 2004; Muñoz et al., 2004; Vázquez et al., 2004). Así, por ejemplo, el trastorno por estrés postraumático podría haber afectado a aproximadamente el 25,6% de las víctimas y sus familiares y amigos, al 3,7% de la población que vivía o trabajaba cerca de los lugares de los atentados, y al 1,6% de la población general (Miguel-Tobal et al., 2004).

Los atentados del 11-M también afectaron a la UCM de manera muy directa. Tres jóvenes universitarios y dos trabajadores que prestaban su servicio en esta universi-

dad perdieron la vida en los atentados, al menos otros tres estudiantes y tres trabajadores resultaron heridos de diversa consideración, y otros cuatro estudiantes y dos trabajadores perdieron algún familiar directo. La respuesta de la UCM no se hizo esperar y su Rectorado, a través de la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud, ofreció un servicio gratuito de atención psicológica a todos los miembros de la universidad afectados por los atentados y a sus familiares, incluyendo a los cientos de estudiantes, profesores y trabajadores de la UCM que habían participado como profesionales o voluntarios en labores de ayuda a las víctimas y a sus familias.

Pasados siete meses desde la puesta en marcha en la Unidad del dispositivo de atención psicológica a los afectados del 11-M, parece un buen momento para evaluar los resultados conseguidos y tratar de obtener algunas conclusiones sobre el tratamiento de las consecuencias psicopatológicas de los atentados terroristas que permitan ampliar y profundizar nuestro conocimientos sobre el tema y ayudar a mejorar nuestra práctica clínica. En este sentido, el primer objetivo de este artículo es presentar los resultados de las intervenciones psicológicas llevadas a cabo en la Unidad con las personas afectadas por los atentados del 11-M que acudieron a la misma solicitando asistencia psicológica para distintos problemas psicopatológicos, problemas que, en la mayoría de los casos, consistían en trastornos por estrés.

En otros lugares (García-Vera, 2001, 2004; García-Vera y Cruzado, 2003), hemos descrito con detalle las características de la Unidad en cuanto al personal que trabaja en ella, su funcionamiento asistencial y docente, el tipo de pacientes y los motivos de consulta que se atienden con más frecuencia, etc. Cabe destacar, para los objetivos de este trabajo, que como principio general de funcionamiento, la atención psicológica en la Unidad se basa preferentemente en las intervenciones psicológicas con mayor apoyo empírico y en su utilización de forma flexible para adaptarlas tanto al paciente como al clínico.

Como centro de investigación en psicología clínica, la Unidad no renuncia a investigar los procesos y los resultados terapéuticos de nuevas formas de tratamiento psicológico. Sin embargo, como centro asistencial y formativo tiene un sólido compromiso con lo que ha venido en denominarse psicología clínica basada en la evidencia (o en las pruebas), esto es, con la psicología clínica basada en la aplicación de los tratamientos psicológicos que han sido sometidos a examen científico y han conseguido mayor aval empírico. Las ventajas y limitaciones de esta forma de entender la práctica de la psicología clínica han sido ampliamente comentadas y discutidas desde que en 1992 se creara un grupo de trabajo sobre promoción y difusión de los tratamientos psicológicos con apoyo empírico en la *American Psychological Association* (Chambless et al., 1993), y su necesidad es cada vez más evidente tal y como ponen de

manifiesto, por ejemplo, un buen número de artículos y libros recientemente publicados en nuestro país (p. ej., Becoña et al., 2004; Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000; Pascual, Frías y Monterde, 2004; Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003).

Puesto que la literatura científica hacía suponer que las consecuencias psicopatológicas que podrían presentar las personas afectadas por los atentados del 11-M iban a ser fundamentalmente trastornos por estrés agudo o postraumático, se consultó esa misma literatura para establecer *a priori* un programa de intervención que guiara la actuación de los clínicos de la Unidad. En general, dicha literatura ofrecía resultados bastante consistentes sobre el tipo de técnicas y tratamientos que gozan de mayor aval empírico en cuanto a su eficacia en los trastornos por estrés, y así lo señalaban tanto las revisiones narrativas de los estudios de eficacia (p. ej., Báguena, 2001, 2003; Creamer, 2000; Foa, Keane y Friedman, 2003; Lohr, Hooke, Gist y Tolin, 2003) como las guías de tratamiento y las guías para la práctica clínica elaboradas por diferentes paneles de consenso de expertos (APA, 2004; Foa, Davidson, y Frances, 1999; Labrador et al., 2003). En concreto, tales tratamientos son: el entrenamiento en control de la ansiedad (o entrenamiento en inoculación de estrés), las técnicas de reestructuración cognitiva (o terapia cognitiva) y las técnicas de exposición. Es más, algunas de esas guías de tratamiento y guías para la práctica clínica han sugerido

que, en base a los conocimientos científicos actuales, tales técnicas deben considerarse los tratamientos de elección para los trastornos por estrés (Foa, Davidson y Frances, 1999; Labrador et al., 2003).

En consecuencia, y siguiendo la premisa de fundamentar las intervenciones en los tratamientos que actualmente gozan de mayor aval empírico, en la Unidad se establecieron *a priori* unas pautas de tratamiento para todos los pacientes del 11-M afectados por trastornos por estrés que suponían utilizar un programa de intervención multi-componente que combinara cuatro técnicas estándar: psicoeducación, técnicas de control de la ansiedad, técnicas de exposición y técnicas de reestructuración cognitiva, aunque las técnicas y el propio programa se adaptarían a las circunstancias particulares de cada paciente. Por otro lado, la puesta en marcha del programa estaría basada en las pautas de intervención elaboradas una semana después de los atentados por profesores y psicólogos del Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica y del Máster de Psicología Clínica y de la Salud de la UCM, así como de la propia Unidad (García-Vera, Labrador y Larroy, 2004), para que sirvieran de base a los protocolos de tratamiento psicológico utilizados por los profesionales sanitarios de los centros de atención primaria y especializada de las Comunidades de Madrid y de Castilla-La Mancha dentro del plan de refuerzo de la atención en salud

mental que se estableció el 19 de marzo y que se comentaba líneas atrás.

En este contexto, el presente trabajo tiene otros dos objetivos más. El segundo objetivo es examinar de forma tentativa la utilidad clínica (o efectividad) de los tratamientos con apoyo empírico para los trastornos por estrés cuando dichos tratamientos se aplican en pacientes que sufren estos trastornos como consecuencia de un atentado terrorista.

La inmensa mayoría de los estudios recogidos en las revisiones anteriormente citadas sobre los tratamientos psicológicos para los trastornos por estrés, estaban diseñados para evaluar la eficacia de las intervenciones, no su utilidad clínica. Tales estudios se caracterizan por primar en sus diseños la validez interna para así poder inferir la existencia de una relación causal entre las intervenciones y los resultados positivos que se observen al final de las mismas. Para ello, los investigadores disponen las condiciones óptimas y más controladas posibles que les permitan detectar cualquier mínimo efecto positivo que pueda atribuirse exclusivamente al tratamiento. Esto implica, como mínimo, el que los investigadores ejerzan un control considerable sobre la selección de la muestra de participantes (utilizando, por ejemplo, criterios estrictos de inclusión y exclusión), sobre la administración de los tratamientos (normalmente a través de la asignación aleatoria de los participantes a un grupo de tratamiento y a otro grupo

de control) y sobre la forma en que dichos tratamientos se aplican (empleando, por ejemplo, terapeutas específicamente entrenados con manuales de tratamiento y evaluados en cuanto al grado de fidelidad a los mismos). El ejemplo típico de un estudio de eficacia es un estudio experimental (o ensayo clínico aleatorizado) controlado sobre un muestra homogénea de pacientes en el ambiente estructurado de los laboratorios universitarios. Al primar la validez interna, tales estudios sacrifican en parte la validez externa y, por tanto, no está claro que los efectos positivos que encuentran en las condiciones ideales y controladas del laboratorio sean generalizables sin más a la práctica clínica habitual en la cual se interviene sobre una población mucho más heterogénea y en la cual la aplicación de los tratamientos es flexible, autocorrectiva, y está a cargo de profesionales clínicos que varían en mayor medida en su grado de formación y experiencia clínica.

A los estudios que directamente abordan la utilidad clínica de una intervención que previamente ha demostrado su eficacia se les conoce como estudios de efectividad. La principal característica de estos últimos estudios es que dan prioridad a la validez externa y, por tanto, examinan los efectos de los tratamientos en condiciones lo más parecidas posibles a las que se dan en la práctica clínica habitual, esto es, utilizan contextos terapéuticos naturales (p. ej., centros de salud mental, hospitales, gabinetes privados de psicología), profesionales

clínicos que trabajan en dichos contextos, y muestras de pacientes más heterogéneas que son seleccionadas sin apenas criterios de exclusión o inclusión de entre las personas que normalmente acuden o son remitidas a dichos contextos.

Aunque la Unidad tiene algunas características que la hacen ser distinta de otros contextos terapéuticos naturales (p. ej., los clínicos son psicólogos residentes que todavía están en formación y reciben tutorización), el presente estudio permite abordar, con las limitaciones que se señalan en las conclusiones, la utilidad clínica de los tratamientos psicológicos que ya han demostrado su eficacia para los trastornos por estrés en estudios experimentales controlados. Así, tal y como ocurre en la práctica clínica habitual, en la Unidad se atendió a una muestra heterogénea de pacientes afectados por los atentados del 11-M, que no fueron seleccionados por ningún criterio de exclusión o inclusión. Por otro lado, los clínicos que les atendieron no recibieron ningún entrenamiento específico e intensivo en un programa manualizado de tratamiento para los trastornos por estrés, sino que trataron de adaptar un programa de tratamiento basado en ciertas pautas comunes de intervención a las características de cada paciente.

En este sentido, el tercer objetivo del presente trabajo es presentar dos casos atendidos en la Unidad para ilustrar cómo se puede llevar a cabo la implementación en la práctica clínica de los tratamientos que

han demostrado su validez empírica en estudios previos de eficacia. En concreto, se pretende ilustrar cómo un programa de tratamiento multicomponente que incluye técnicas de control de la ansiedad, de exposición y de reestructuración cognitiva se puede adaptar a las características de un adulto y de un niño que sufrían trastorno por estrés postraumático como consecuencia de los atentados terroristas del 11-M.

RESULTADOS DE LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS UTILIZADAS EN LA UNIDAD CON LAS PERSONAS AFECTADAS POR LOS ATENTADOS DEL 11-M

Pacientes atendidos

Cuarenta pacientes, 39 adultos (27 mujeres y 12 varones) entre 20 y 54 años, y un niño de 11 años, fueron atendidos individualmente en la Unidad entre el 15 de marzo y el 5 de noviembre de 2004. El 55% de los pacientes eran familiares, parejas o amigos de personas fallecidas en los atentados; el 17,5% estudiantes que habían participado como voluntarios en tareas de ayuda a las víctimas y a sus familias; el 12,5% personas que estaban en las estaciones y trenes siniestrados y habían presenciado directamente los atentados; el 7,5% personas que vivían cerca de los lugares de la tragedia o la habían presenciado por los medios de comunicación, y el 7,5% restante, personas que habían sido heridas en los atentados (véase la Tabla 1).

Como problema psicológico principal, la mayoría de los pacientes (45%) presentaban trastornos por estrés, tanto por estrés agudo (22,5%) como por estrés postraumático (22,5%); en esta categoría de trastornos por estrés también se podían englobar todos los pacientes que presentaban una sintomatología ansiosa similar a la que caracteriza los trastornos por estrés agudo o postraumático (p. ej., ansiedad, dificultades para dormir, pesadillas, miedo a coger el tren, evitación de la información y los lugares relacionados con los atentados, hipervigilancia) y que incluso presentaban síntomas pertenecientes a uno de los otros dos grupos sintomáticos de los trastornos por estrés (síntomas disociativos y reexperimentación de la tragedia), pero que no cumplían completamente los criterios diagnósticos del DSM-IV para dichos trastornos. En tales casos, que para muchos investigadores representan la presencia un trastorno por estrés agudo o postraumático parcial (Schützwohl y Maercker, 1999; Zlotnick, Franklin y Zimmerman, 2002), se diagnosticó, siguiendo el esquema del DSM-IV, trastorno adaptativo con ansiedad (25%) y trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (10%). En consecuencia, el 80% de los pacientes presentaban, como principal respuesta patológica a los atentados del 11-M, una sintomatología caracterizada por la reexperimentación de la tragedia, la evitación de los estímulos asociados a la misma, la presencia de síntomas disociativos, o una activación y ansiedad elevadas.

En el resto de los pacientes (20%), el problema psicológico fundamental se centraba en síntomas característicos de la depresión, de forma que un paciente mostraba un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta a los atentados, seis pacientes (15%) buscaban ayuda profesional para aliviar los síntomas depresivos que formaban parte de su reacción a la muerte de un ser querido (duelo), y en el paciente restante, los síntomas depresivos por la pérdida de un familiar (un hijo) eran tan numerosos, intensos y frecuentes, y provocaban un deterioro funcional tan prolongado y acusado, que se consideró que el diagnóstico más apropiado para sus problemas no era el de duelo, sino el de trastorno depresivo mayor (véase la Tabla 1). Este último paciente fue además el único que presentaba comorbilidad psicopatológica, de forma que su sintomatología justificaba también el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, aunque el malestar y el grado de interferencia asociado a sus síntomas depresivos era mucho mayor y, por tanto, se consideró el trastorno depresivo mayor como diagnóstico principal. En otros cinco pacientes, las reacciones de duelo por la muerte de un familiar fueron también objeto de consideración clínica y acompañaban al diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (cuatro pacientes) o de trastorno adaptativo con ansiedad (un paciente), aunque en estos cinco casos la intensidad, naturaleza y grado de interferencia de la sintomatología depresiva característica del duelo no justificaba el diagnóstico de un trastor-

no clínico como, por ejemplo, un trastorno depresivo o un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo.

cas (p. ej., edad, nivel cultural, etc.), pero los más utilizados fueron, por orden decreciente, la *Escala de Síntomas de Estrés Agudo* (ESEA), la

Tabla 1. Diagnóstico psicológico principal en los afectados del 11-M atendidos en la Unidad en función de su relación con los atentados

Diagnóstico principal según el DSM-IV	Víctima	Familiar	Testigo	Voluntario	Población	Total
Trastorno adaptativo con ansiedad	1 (33%)	7 (32%)		2 (29%)		10 (25%)
Trastorno por estrés postraumático	1 (33%)	5 (23%)	2 (40%)	1 (14%)		9 (22,5%)
Trastorno por estrés agudo	1 (33%)	1 (4,5%)	2 (40%)	2 (29%)	3 (100%)	9 (22,5%)
Duelo		6 (27%)				6 (15%)
Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo		2 (9%)	1 (20%)	1 (14%)		4 (10%)
Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo				1 (14%)		1 (2,5%)
Trastorno depresivo mayor		1 (4,5%)				1 (2,5%)
Total	3 (100%)	22 (100%)	5 (100%)	7 (100%)	3 (100%)	40 (100%)

Nota. Los valores representan número de pacientes (los porcentajes que aparecen entre paréntesis se leen por columnas).

Evaluación psicológica: medidas e instrumentos

Todos los pacientes fueron evaluados inicialmente mediante una entrevista semiestructurada basada en el guión de entrevista diagnóstica propuesto por Vázquez y Muñoz (2002), especialmente en el guión para los trastornos por estrés, y mediante diversos cuestionarios diseñados para medir síntomas de estrés, ansiedad o depresión, o el nivel de funcionamiento del paciente en muy diversas áreas de su vida cotidiana. Los cuestionarios que en concreto se administraron a cada paciente variaron en función del tipo de trastorno que sufría, de los problemas asociados que presentaba, y de sus propias característi-

Escala de Inadaptación (EI), el *Inventario para la Depresión de Beck—II* (BDI-II) y el *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (STAI).

La ESEA (Unidad de Psicología Clínica y de la Salud [Unidad], 2004) es un cuestionario de autoinforme diseñado para evaluar la presencia de los síntomas del trastorno por estrés agudo recogidos en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Esta escala fue creada *ad hoc* para incluirla como instrumento de autoevaluación en la "Guía de Autoayuda Psicológica tras los Atentados del 11-M" (Unidad, 2004), de forma que pudiera ayudar a los usuarios de la guía a conocer qué síntomas de estrés podrían estar sufriendo como consecuencia de los atentados y en qué momen-

to era aconsejable que buscaran ayuda profesional. La escala está formada por 22 ítems; seis ítems cubren los síntomas disociativos característicos del trastorno por estrés agudo, cuatro los síntomas de reexperimentación del acontecimiento traumático, dos los síntomas de evitación de estímulos que recuerdan al trauma, seis los síntomas de ansiedad y aumento de la activación, y los restantes cuatro ítems los síntomas que más frecuentemente suelen aparecer asociados al trastorno por estrés agudo (p. ej., sentimientos de culpabilidad). La intensidad de cada uno de estos síntomas en el momento de completar el instrumento se valora en escalas de tipo Likert de 4 puntos ("nada", "un poco", "bastante" y "mucho"), y se considera que un síntoma está presente cuando la persona valora un ítem como "bastante" o "mucho". Así, la puntuación de la escala oscila entre 0 y 22, indicando una mayor puntuación la presencia de un mayor número de síntomas de estrés agudo. La fiabilidad de consistencia interna de la ESEA en el presente estudio fue excelente, con un coeficiente alfa igual a 0,93. Con el fin de potenciar la sensibilidad del instrumento para identificar niveles de estrés clínicamente significativos, y siguiendo la misma estrategia que Schuster et al. (2001) y Stein et al. (2004) han utilizado con el Listado de Síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático—versión para Civiles (*Post-traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian version*, PCL-C; Weathers, Litz, Herman, Huska y Keane, 1993), se ha establecido la presen-

cia de cinco síntomas, esto es, una puntuación de 5, como punto de corte para la ESEA.

La EI (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000) es un instrumento de autoevaluación que consta de seis ítems que se valoran en escalas de tipo Likert de 0 a 5 puntos y que pretenden medir el grado en que un suceso traumático ha afectado a la adaptación global del paciente, así como a las diferentes áreas de su vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y relación familiar. Las puntuaciones totales de la escala pueden oscilar entre 0 y 30, habiéndose establecido un punto de corte de 12 en la escala total y de 2 en cada uno de los ítems para discriminar los niveles clínicamente significativos de inadaptación (Echeburúa et al., 2000).

El BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996; adaptación española de Sanz, Navarro y Vázquez, 2003) es la versión actualizada del popular BDI, el cuestionario autoaplicado más utilizado en la clínica y en investigación para evaluar la presencia y gravedad de la sintomatología depresiva. Frente a su predecesor, el BDI-II introduce importantes modificaciones encaminadas a cubrir todos los criterios diagnósticos sintomáticos de los trastornos depresivos propuestos por el DSM-IV. El BDI-II está formado por 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta puntuables de 0 a 3, de forma que sus puntuaciones pueden variar entre 0 y 63, siendo la puntuación de 13 la que separa la ausencia de síntomas depresivos

significativos de la presencia de niveles clínicamente significativos de sintomatología depresiva (Beck et al., 1996).

El STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; adaptación española de TEA: Spielberger et al., 1997) es un cuestionario de autoevaluación que consta de 20 ítems diseñados para evaluar la ansiedad rasgo y de otros 20 diseñados para medir la ansiedad estado. Los ítems se valoran mediante escalas de tipo Likert de 0 a 3, de manera que el rango de las puntuaciones de cada escala es de 0 a 60. Se suele considerar como punto de corte para discriminar entre niveles de ansiedad normales y niveles clínicamente significativos la puntuación percentil de 75 (Echeburúa, 2004).

Salvo en los casos de abandono, a todos los pacientes se les realizó una evaluación postratamiento mediante una entrevista centrada en sus trastornos y problemas particulares, y mediante la administración de algunos de los cuestionarios utilizados durante la evaluación pretratamiento o de algún otro relacionado con su problemática. Esta evaluación se realizó durante la última sesión de tratamiento, salvo en los pacientes que todavía seguían en tratamiento cuando se realizó este estudio. En estos casos, la evaluación postratamiento se llevó a cabo entre la última semana de octubre y la primera semana de noviembre de 2004.

Aunque se había establecido *a priori* un programa de intervención

estándar para los trastornos que previsiblemente podían presentar los afectados del 11-M, la última sesión de tratamiento tenía lugar cuando tanto el terapeuta como el paciente llegaban al convencimiento de que este último había mejorado respecto a sus problemas iniciales y había vuelto al funcionamiento normal que presentaba antes de los atentados, y, en consecuencia, ambos acordaban el alta terapéutica. Por tanto, muchos pacientes recibieron el alta terapéutica sin necesidad de que el programa de intervención establecido *a priori* se hubiera desarrollado en todos sus componentes. En cualquier caso, el alta terapéutica implicaba que durante la evaluación postratamiento el terapeuta había comprobado expresamente y mediante la entrevista que no se cumplían ya los criterios diagnósticos del trastorno que inicialmente había sufrido el paciente. Además, el alta también suponía que el clínico había comprobado que las puntuaciones del paciente en los cuestionarios sintomatológicos administrados estaban por debajo de los puntos de corte que en cada instrumento indican un funcionamiento normal. De forma, que en este trabajo se define el alta terapéutica por el cumplimiento simultáneo de tres condiciones: (a) acuerdo entre el terapeuta y el paciente sobre su mejoría en el trastorno y en los problemas que habían sido objeto de atención clínica y sobre su vuelta al funcionamiento normal que presentaba antes de los atentados; (b) ausencia de sintomatología que cumpla los criterios diagnósticos del trastorno o del problema que presenta-

ba inicialmente, y (c) puntuaciones en los instrumentos sintomatológicos relevantes que se encuentran en el rango de normalidad.

Tratamiento psicológico

Para los pacientes con trastorno por estrés que, tal y como se ha comentado antes, supusieron el 80% de los casos atendidos, el programa de tratamiento estándar que se siguió incluía los siguientes componentes:

1. *Psicoeducación.* Educación sobre las reacciones comunes a los acontecimientos traumáticos como los atentados y sobre la naturaleza de los trastornos por estrés, incluyendo información sobre otras alteraciones que pueden suscitar las tragedias como las dificultades en la regulación de las emociones y en las relaciones interpersonales. Para ello, se utilizó preferentemente la información recogida en la "Guía de Autoayuda Psicológica tras los Atentados del 11-M" (Unidad, 2004) y, de hecho, prácticamente en todos los casos se entregó un ejemplar de la guía a los pacientes. Este componente terapéutico también suponía ofrecer al paciente una descripción del tratamiento propuesto y de su lógica (basándose en las teorías conductuales y del procesamiento emocional de los trastornos por estrés; Rothbaum, Meadows, Resick y Foy, 2003), y de las expectativas de recuperación. El objetivo de esta fase de psicoeducación era ayudar a reducir la repuesta emocional y las autovaloraciones negativas sobre las pro-

pias reacciones postraumáticas, aumentar las expectativas de autoeficacia, promover los procesos naturales de recuperación, establecer el escenarios para las intervenciones posteriores, y aumentar la probabilidad del cumplimiento de las prescripciones terapéuticas.

2. *Técnicas de control de la ansiedad.* Siguiendo la lógica del entrenamiento en inoculación al estrés de Meichenbaum, estas técnicas estaban dirigidas a enseñar al paciente un conjunto de habilidades para afrontar los síntomas de ansiedad y el malestar cuando le sobrevinieran, de forma que estas técnicas no sólo deberían ayudar a los pacientes a sentirse mejor, sino también deberían incrementar de manera importante los sentimientos de autoeficacia y contribuir a las expectativas de recuperación. Como tales, el aprendizaje de estas técnicas facilitarían el empleo posterior de las técnicas de exposición, se incluyeron tanto técnicas dirigidas a controlar los síntomas físicos de ansiedad como los cognitivos. Entre las primeras, se utilizó preferentemente el entrenamiento en respiración lenta abdominal para disminuir la activación y evitar la hiperventilación. Por la sencillez de la técnica y por los efectos inmediatos que suele producir, en algunos casos se aplicó desde la primera sesión. Entre las técnicas aplicadas para el control de los síntomas cognitivos de ansiedad, se utilizaron principalmente técnicas de parada de pensamiento y de distracción dirigidas a controlar la frecuencia y duración de los pensamientos negativos (p. ej., recuerdos

traumáticos, rumiaciones sobre los atentados), y el entrenamiento en autoinstrucciones dirigido al uso de auto-afirmaciones de afrontamiento y de autodiálogos positivos que puedan reemplazar los pensamientos negativos cuando se anticipan o enfrentan situaciones relacionadas con los atentados.

3. *Técnicas de reestructuración cognitiva.* Siguiendo la lógica de la terapia cognitiva de Beck, estas técnicas estaban orientadas a enseñar al paciente a identificar los pensamientos negativos (p. ej., pensar que una persona desconocida quiere hacerle daño o que una mochila que lleva otra persona puede contener un explosivo) y las creencias desadaptativas (p. ej., el mundo no es seguro) mediante autorregistros, a evaluar la validez de esos pensamientos y creencias sopesando los datos en favor y en contra de ellos, y a adoptar pensamientos y creencias alternativos más adaptativos sobre los atentados, sobre uno mismo, el mundo y el futuro, utilizando para ello un método socrático de indagación-discusión.

4. *Técnicas de exposición.* Con estas técnicas se trataba de ayudar a las personas a enfrentarse a los estímulos internos y externos asociados con los atentados que les estaban provocando miedo, ansiedad y malestar. La exposición podía ser bien en imaginación (evocación emocional repetida y prolongada, mediante la narración vivida, en primera persona y en presente, de los recuerdos traumáticos hasta que ya no provocaban niveles altos

de malestar) o *in vivo* (enfrentamiento real, prolongado y de forma gradual con los estímulos temidos hasta que disminuyen los niveles de ansiedad), aunque *a priori* se trataba de utilizar ambas formas de exposición trabajando en primer lugar con la exposición en imaginación y, tras conseguirse los objetivos terapéuticos, con la exposición *in vivo*. El objetivo de las técnicas de exposición sería activar el miedo y los recuerdos del trauma para promover la habituación de las respuestas de miedo y ansiedad, aprender que los estímulos temidos no son ya peligrosos (corregir las estimaciones erróneas de probabilidad de peligro), promover la incorporación de información correctiva en el recuerdo traumático, y hacer desaparecer las conductas de evitación ante todo aquello que recuerda al acontecimiento traumático.

En los pacientes que presentaban fundamentalmente un nivel elevado de sintomatología depresiva que justificaba los diagnósticos de trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido o trastorno depresivo mayor, el programa de intervención que se utilizó incluía los componentes de psicoeducación, técnicas de control de la ansiedad y técnicas de reestructuración cognitiva, con un énfasis en estas últimas para superar los sentimientos y pensamientos de culpa (p. ej., culparse uno mismo de no haber podido ayudar a las víctimas o de haber sobrevivido). Además se utilizó la programación de actividades agradables y la asignación gradual de actividades

diarias para combatir la anhedonia, la tendencia a la inactividad y al aislamiento social, y elevar el estado de ánimo. Estas pautas de intervención estaban también basadas en los tratamientos con mayor apoyo empírico para los trastornos depresivos (véase Labrador et al., 2003; Pérez y García, 2003), tratamientos que también fundamentaron el programa de intervención multicomponente que se aplicó a las personas con síntomas depresivos de duelo. En estos casos, la psicoeducación estaba orientada a normalizar las reacciones de duelo, ofreciendo información sobre cómo reacciona la gente en un proceso de duelo y lo que cabe esperar (p. ej., es un proceso más largo de lo que la gente supone, pero es un proceso activo donde hay que trabajar para recuperarse); también se utilizaron técnicas de control de la ansiedad (entrenamiento en respiración, control de pensamientos negativos, autoinstrucciones positivas), se asignaron gradualmente actividades para normalizar la vida cotidiana, y se programaron actividades agradables que facilitarían el apoyo de la familia y de los amigos; por último, se emplearon técnicas de reestructuración cognitiva para combatir los pensamientos negativos y las actitudes disfuncionales (p. ej., "debería superar esto sola, sin ayuda", "nunca lo superaré", "la culpa es mía por pedirle que me prestara el coche y fuera en tren").

Por supuesto, factores como la sintomatología asociada (p. ej., en casi todos los pacientes con tras-

tornos por estrés se encontraron síntomas de culpa importantes, mientras que en algunos casos de duelo fue muy notoria la aparición de conductas de evitación de los objetos y situaciones que recordaban a la persona fallecida), la comorbilidad, la preexistencia de problemas psicosociales (p. ej., problemas de relaciones familiares) o las complicaciones psicosociales derivados de los atentados y de los propios trastornos (p. ej., problemas laborales debidos a la sintomatología ansiosa-depresiva —falta de concentración, pérdida de interés en el trabajo, etc.—), hicieron que los terapeutas combinaran de formas diversas los componentes de los tratamientos o que añadieran componentes terapéuticos distintos (p. ej., entrenamiento en habilidades de comunicación para facilitar el contacto con las redes de apoyo social).

Resultados

Teniendo en cuenta la definición de alta terapéutica anteriormente comentada, en la Tabla 2 se recogen los resultados obtenidos en la Unidad con los pacientes afectados por los atentados del 11-M así como el número de sesiones de evaluación-tratamiento que recibieron. Dos pacientes (5%) abandonaron el tratamiento: una víctima con un diagnóstico de trastorno por estrés postraumático que abandonó tras la tercera sesión, y un familiar de una víctima que presentaba un trastorno por estrés postraumático y abandonó el tra-

tamiento tras la sexta sesión. Otros dos pacientes (5%) continuaban su tratamiento en la fecha de realización del estudio, habiendo recibido hasta ese momento 13 y 15 sesiones de evaluación-tratamiento, respectivamente. Ambos pacientes son familiares de una víctima mortal y ambos presentaban un trastorno por estrés post-traumático, aunque en uno de ellos la situación se agravaba por la presencia de un trastorno depresivo mayor que, de hecho, fue considerado el problema principal del paciente.

Los restantes 36 pacientes (90%) recibieron el alta tras una media de 4 sesiones, un resultado bastante satisfactorio, máxime cuando el 40% de estos pacientes necesitaron menos de 4 sesiones para reci-

bir el alta, mientras que el 60% restante necesitó una media de siete sesiones y media. Como cabría esperar, dentro de este último porcentaje se encontraban los seis pacientes en los que el duelo representaba la única condición objeto de atención clínica, y que recibieron una media de tan sólo dos sesiones de evaluación-tratamiento (véase la Tabla 2), pero también se encontraban pacientes con trastorno por estrés posttraumático, con trastorno por estrés agudo y con trastornos adaptativos. Finalmente, cabe señalar que una inspección visual de los datos de la Tabla 2 sugiere que en los casos con trastornos adaptativos, trastorno por estrés agudo y duelo se ha tenido más éxito terapéutico (100%) que en los casos con trastorno por estrés posttraumático (67%).

Tabla 2. Resultado de los tratamientos psicológicos administrados a los afectados del 11-M atendidos en la Unidad en función del diagnóstico principal y número de sesiones de evaluación-tratamiento en función del diagnóstico principal y del resultado terapéutico

Diagnóstico principal según el DSM-IV	Altas	Abandonos	En tratamiento	Nº de sesiones	
				Media*	Rango
Trastorno adaptativo con ansiedad	10 (100%)			5	2-12
Trastorno por estrés posttraumático	6 (67%)	2 (22%)	1 (11%)	6	2-16
Trastorno por estrés agudo	9 (100%)			4	3-7
Duelo	6 (100%)			2	2-3
Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo	4 (100%)			4,5	2-6
Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo	1 (100%)			3	3
Trastorno depresivo mayor			1 (100%)	15	15
Total	36 (90%)	2 (5%)	2 (5%)	5	2-16
Nº medio de sesiones*	4	4,5	14		

Nota. Salvo que se indique lo contrario, los valores representan número de pacientes (los porcentajes que aparecen entre paréntesis se leen por filas). * Valores redondeados al entero más cercano.

CASO 1º: ADULTO CON TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Descripción del caso

Elvira (nombre figurado), una joven de 25 años de edad, se encontraba en la estación de "El Pozo" el día 11 de marzo de 2004 dispuesta a acudir a su trabajo. Recuerda cómo pasó el billete por los torniquetes de la entrada y cómo, de pronto, sintió temblar el suelo bajo sus pies. A partir de ahí no sabe explicar muy bien qué ocurrió. Recuerda humo, olor a quemado, picazón en los ojos y ruido de sirenas. Dice que se encontraba muy aturdida, que "ni siquiera sabía si estaba dormida o despierta" (síntoma disociativo).

Acudió por primera vez a la Unidad el día 29 de marzo de 2004. Presentaba entonces algunos otros síntomas disociativos típicos de los trastornos por estrés: tenía dificultad para recordar algunos aspectos de la tragedia, especialmente los relacionados con el momento en que la paciente se desplazó desde el lugar en el que se produjo la explosión hasta el lugar hacia donde la dirigieron por seguridad, y manifestaba una disminución de la reactividad emocional que se traducía en una dificultad para encontrar placer en actividades que antes le resultaban gratificantes y sobre las cuales ahora había perdido el interés. También se quejaba de síntomas recurrentes de reexperimentación de los atentados que le causaban gran malestar: pesadillas, recuerdos desagradables, pensa-

mientos e imágenes repetitivas de siluetas humanas en medio del humo, voces pidiendo auxilio y sonido de sirenas. Además manifestaba tener muchas dificultades para conciliar y mantener el sueño, reacciones frecuentes de alerta y sobresaltos ocasionales ante cualquier tipo de ruido, disminución del apetito y aumento de la irritabilidad, todos ellos típicos síntomas que denotan un aumento de la activación. Desde el día del atentado dejó de tomar el tren, utilizando medios de transporte alternativos, y evitaba hablar de lo sucedido. Todos estos síntomas de evitación, de aumento de la activación, de reexperimentación y disociativos le causaban gran malestar y estaban interfiriendo en su vida, de forma que, por ejemplo, le costaba concentrarse y mantener la atención a la hora de estudiar o durante las clases. Todo ello justificaba un diagnóstico inicial de trastorno por estrés agudo.

Por otro lado, la paciente también informaba de sentimientos de culpa por haber salido ilesa y no haber ayudado a otra gente, sentimientos de soledad, y desconfianza y temor hacia los desconocidos (cuando hay gente desconocida a su alrededor tiene miedo a que le hagan daño, le roben, etc.), por lo que intenta apartarse de ellos o actuar de forma que dichas personas se alejen.

Evaluación y diagnóstico

La evaluación de los problemas de Elvira se llevó a cabo lo largo de tres sesiones durante las cuales se

realizaron varias entrevistas semi-estructuradas y se le administraron los cuestionarios ESEA, EI y BDI-II.

trastorno por estrés postraumático, el diagnóstico de trastorno por estrés agudo se cambió por aquél.

Tabla 3. Resultados del tratamiento en el caso nº 1 (adulto con trastorno por estrés postraumático)

Medida	Rango	Punto de corte	Puntuación del paciente	
			Pretratamiento	Postratamiento
ESEA	0-22	> 4	15	2
Escala de Inadaptación (EI)				
Trabajo y/o estudios	0-5	> 2	4	2
Vida social	0-5	> 2	3	1
Tiempo libre	0-5	> 2	4	2
Relación de pareja	0-5	> 2	4	1
Vida familiar	0-5	> 2	5	1
Escala global	0-5	> 2	4	3
Total	0-30	> 12	24	10
STAI *				
Ansiedad rasgo	0-60	> (75)	n.d.	26 (60)
Ansiedad estado	0-60	> (75)	n.d.	22 (50)
BDI-II	0-63	> 13	47	14

Nota. * Entre paréntesis las puntuaciones en percentiles. ESEA = Escala de Síntomas de Estrés Agudo; STAI = Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo; BDI-II = Inventario para la Depresión de Beck—II; n.d. = no disponible.

Los resultados de estos cuestionarios aparecen recogidos en la Tabla 3, y sus puntuaciones, todas por encima de los puntos de corte que indican niveles clínicos de sintomatología, confirman la presencia de niveles elevados de síntomas de estrés y depresivos que interfieren de una manera notable en diferentes áreas de la vida de la persona. Puesto que cuando se celebró la tercera sesión de evaluación ya había pasado más de un mes desde que ocurrieron los atentados y los síntomas todavía seguían presentes, provocando niveles de malestar e interferencia parecidos a los que mostraba durante las primeras entrevistas, y, por tanto, cumplían los criterios diagnósticos para un

Tratamiento

Durante la cuarta sesión se inició el tratamiento que se centró principalmente en el trastorno por estrés postraumático y se llevó a cabo a lo largo de nueve sesiones. Este tratamiento, cuya secuencia temporal y de técnicas de intervención aparece recogida en la Tabla 4, tenía los siguientes componentes:

- Psicoeducación: Se informó a la paciente del por qué de su sintomatología, para que comprendiese que constituía una reacción normal ante los sucesos vividos. Igualmente se le explicó cómo se mantienen en el tiempo las respuestas de

ansiedad, poniendo énfasis en la importancia de su conducta para extinguirlas y enseñándole los principios de la exposición.

- Técnicas de control de la activación: Tras la psicoeducación, se enseñó a la paciente a discriminar los estímulos que le provocaban ansiedad y se procedió al entrenamiento en respiración lenta abdominal, explicando los efectos de ésta sobre los niveles de activación y el por qué de estos efectos.

- Técnicas de control cognitivo (parada de pensamiento y autoinstrucciones positivas): Se explicó a la paciente la importancia de los pensamientos en las emociones y cómo éstos pueden hacernos sentir mejor o peor, y se la entrenó en parada de pensamiento para detener aquellas cogniciones que la hacían sentir mal y en autoinstrucciones positivas para provocar emociones más positivas.

- Reestructuración cognitiva: Se utilizó la discusión cognitiva para modificar aquellas creencias desadaptativas que la paciente presentaba referidas a la peligrosidad de viajar en tren, la probabilidad de que ocurrieran nuevos sucesos similares y a la desconfianza hacia toda persona desconocida que hubiese a su alrededor. También se utilizó esta técnica para intervenir sobre los sentimientos de culpa de la paciente por haberse salvado y por no haber ayudado a otra gente.

- Exposición en imaginación: Se pidió a la paciente que escribiera un relato acerca de lo vivido el día

del atentado, haciendo hincapié en la importancia de describir con la mayor precisión posible todo lo que sintió en aquellos momentos, incluyendo los sonidos, los olores y todas las demás sensaciones y sentimientos experimentados. Posteriormente, la paciente leyó en voz alta y grabó en una cinta audio lo que había escrito, cinta que se utilizó para realizar la exposición en imaginación. Posteriormente, se pidió a la paciente que realizara diariamente en su casa exposiciones en imaginación con dicha cinta.

- Auto-exposición *in vivo*: Tras haber llevado a cabo durante varias semanas la exposición diaria al relato, la paciente por decisión propia, comenzó a acudir al trabajo en tren. Esta auto-exposición *in vivo* fue revisada por el terapeuta durante las sesiones y se ofrecieron pautas y consejos para que fuera lo más eficaz posible.

- Prevención de recaídas: Se abordó cómo afrontar las dificultades que puedan llegar a surgir y se normalizó la posibilidad de que los síntomas tratados pudieran reaparecer, haciendo repaso de todo lo aprendido y recalcando todas las estrategias y habilidades aprendidas que podría utilizar para afrontar cualquier dificultad que pudiera aparecer.

Resultados

Durante la última sesión de tratamiento, se realizó una evaluación mediante una entrevista semi-estructurada y la administración de

Tabla 4. Tratamiento psicológico en el caso nº 1 (adulto con trastorno por estrés postraumático)

Nº de sesión	Fecha	Contenido de la sesión
1ª sesión de evaluación	29-III-2004	Evaluación: entrevista y cuestionarios
2ª sesión de evaluación	19-IV-2004	Evaluación: entrevista
3ª sesión de evaluación	27-IV-2004	Evaluación: entrevista y cuestionarios
1ª sesión de tratamiento	4-V-2004	Psicoeducación sobre la naturaleza de su problema y su tratamiento
2ª sesión de tratamiento	11-V-2004	Psicoeducación sobre el procesamiento emocional y el papel de las conductas de evitación
3ª sesión de tratamiento	19-V-2004	Entrenamiento en respiración
4ª sesión de tratamiento	1-VI-2004	Entrenamiento en respiración. Entrenamiento en autoinstrucciones positivas
5ª sesión de tratamiento	21-VII-2004	Exposición en imaginación (relato escrito de los acontecimientos vividos el día del atentado)
6ª sesión de tratamiento	6-VIII-2004	Exposición en imaginación
7ª sesión de tratamiento	2-IX-2004	Exposición en imaginación. Auto-exposición <i>in vivo</i> (viajar en tren al trabajo)
8ª sesión de tratamiento	30-IX-2004	Revisión de exposición en imaginación y auto-exposición <i>in vivo</i> . Prevención de recaídas
9ª sesión de tratamiento	2-XI-2004	Revisión de auto-exposiciones <i>in vivo</i> y prevención de recaídas. Evaluación postratamiento (entrevista y cuestionarios)

varios cuestionarios (evaluación postratamiento). La entrevista corroboró que la paciente ya no presentaba síntomas que cumplieran los criterios diagnósticos para el trastorno por estrés postraumático. La paciente informó de la desaparición de la sintomatología de reexperimentación y de ansiedad que mostraba antes del tratamiento (pesadillas, imágenes sobre el atentado, dificultades para conciliar el sueño, etc). Había recuperado su capacidad para disfrutar de su vida social y había logrado sacar adelante sus exámenes de septiembre, consiguiendo así licenciarse. Por otro lado, los resultados de los cuestionarios corroboraban la información de la entrevista. Como puede verse en la Tabla 3, las puntuaciones tanto en la ESEA como en el BDI-II o en la EI habían descendido de manera importante

desde la evaluación pretratamiento y en todos los casos se encontraba por debajo del punto de corte que indica en cada instrumento niveles clínicos de sintomatología e inadaptación. Es más, durante la evaluación postratamiento también se aplicó el STAI y, aunque del mismo no se contaba con puntuaciones en el pretatamiento, las puntuaciones que arrojaba en el postratamiento también se encontraban en el rango de la normalidad y confirmaban los resultados de los otros cuestionarios y de la entrevista.

CASO 2º: NIÑO CON TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Descripción del caso

A sus 11 años Alberto (nombre

figurado) había sido testigo directo de un atentado terrorista que podía haber acabado con su vida. Esperaba para hacer el cambio de vías en la estación de Atocha cuando frente a él explotó uno de los vagones. Cuenta que se quedó sin reaccionar, totalmente aturdido, como si no tuviese emociones y como si lo que veía no fuera real, sino un sueño o algo fantástico, sumido en un embotamiento que no desaparecería hasta después de 24 horas. No sabe cuánto tiempo se quedó en el andén, frente al vagón destruido y qué hizo. Recuerda que un desconocido le sacó de allí y le llevó a su casa. Y desde entonces no ha vuelto a acercarse a un tren, sólo de pensar en ello sentía náuseas y ganas de vomitar.

Cuando el 18 de marzo de 2004 se presentó por primera vez en la Unidad iba acompañado de su madre y de un profesor de su colegio. Se quejaba de dolores de estómago y vómitos coincidentes con el momento de prepararse para ir al colegio. Cuando veía información en la televisión o recordaba algo relacionado con el atentado, se le aparecían imágenes desagradables relacionadas con el mismo: cadáveres tendidos en el andén, gente intentando hacer camillas con bancos de la estación, lo que le provocaba vómitos ocasionales y náuseas muy frecuentes. Otras veces, estas imágenes se le aparecían sin que pudiera relacionar su aparición con nada. También nos contó que tenía dificultades para dormirse y que todas las noches se despertaba con pesadillas desagradables

relacionadas con el atentado, sobresaltado y muy nervioso. Por eso dice evitar todo lo que le recuerda a aquella explosión y por eso no ha vuelto a montar en tren y realiza sus desplazamientos al colegio en autobús y metro. Ha faltado al colegio en dos ocasiones y en lugar de ir al colegio se iba a la Iglesia a rezar.

Evaluación y diagnóstico

La evaluación psicológica se llevó a cabo durante las dos primeras sesiones y consistió en la realización de varias entrevistas semi-estructuradas con el niño, su madre, un profesor del colegio y la directora pedagógica del mismo — con quien se mantuvo entrevista telefónica—. Tanto la madre como los profesores confirmaron la existencia de los síntomas disociativos, de reexperimentación, evitación y aumento de la activación que Alberto había referido y, además, señalaron que habían notado en el niño irritabilidad (se enfadaba más que antes cuando no conseguía lo que quería), dificultades para concentrarse en las tareas escolares, y manifestaciones de alerta y sobresaltos de forma ocasional. Por ejemplo, cuando vio una mochila en el suelo del autobús salió corriendo sin que su madre pudiera controlarlo. También su madre y el profesor indicaron que Alberto parecía haber perdido el interés por jugar al fútbol, una actividad que antes le apasionaba. En base a todos los síntomas observados, se establece inicialmente para Alberto un diagnóstico

de trastorno por estrés agudo. Para completar el proceso de evaluación, la psicóloga utilizó la ESEA como instrumento de heteroevaluación, completando ella misma la escala a partir de la información obtenida con las entrevistas. La ESEA arrojó una puntuación de 8, por encima del punto de corte clínico (4) y confirmando, por tanto la presencia de niveles clínicos de sintomatología por estrés.

Para comprobar la evolución de los problemas de Alberto, durante la quinta sesión (tercera sesión de tratamiento) se llevó a cabo una evaluación mediante la realización de una entrevista y la administración de la adaptación española del Cuestionario de Autoevaluación

presencia de niveles de ansiedad clínicamente significativos. En el momento de realizar esta evaluación intertratamiento, la mayoría de la sintomatología que Alberto refería inicialmente seguía presente y su intensidad apenas había disminuido. De hecho, la información que ofrecía la entrevista en este sentido venía corroborada por unas puntuaciones en el STAIC bien por encima del percentil 70 (véase la Tabla 5). Por tanto, y puesto que ya había transcurrido más de un mes desde los atentados, y la sintomatología que presentaba Alberto cumplía los criterios diagnósticos de trastorno por estrés posttraumático, este diagnóstico sustituyó al inicial de trastorno por estrés agudo.

Tabla 5. Resultados del tratamiento en el caso nº 2 (niño con trastorno por estrés posttraumático)

Medida	Rango	Punto de corte	Puntuación del paciente		
			Pretratamiento	5.ª sesión	Postratamiento
ESEA	0-22	> 4	8	8	1
STAI*					
Ansiedad rasgo	0-60	> (70)	n.d.	49 (98)	20 (30)
Ansiedad estado	0-60	> (70)	n.d.	40 (80)	35 (50)

Nota. * Entre paréntesis las puntuaciones en percentiles. ESEA = Escala de Síntomas de Estrés Agudo; STAIC = Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo en Niños; n.d. = no disponible.

Ansiedad Estado-Rasgo en Niños (STAIC; Spielberger, Edwards, Lushene, Monturi y Platzek, 1990), la versión para niños del STAI y que, como éste, evalúa los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo. Para el STAIC, Rivas, Vázquez y Pérez (1995) han propuesto una puntuación mayor que el percentil 70 como criterio para establecer la

Tratamiento

Se estableció como objetivo principal del tratamiento reducir la sintomatología descrita y normalizar lo antes posible la actividad del niño y, para ello, se puso en marcha a lo largo de 12 sesiones un programa de intervención cuya secuencia temporal y de técnicas

de intervención aparece recogida en la Tabla 6, y que tenía los siguientes componentes:

- *Psicoeducación.* Entre otras cosas, se le explicó al niño el por qué de su irritabilidad, falta de apetito, dificultades para dormir, náuseas y sus pocas ganas de hablar y jugar, indicándole que todo ello constituían una reacción normal ante el acontecimiento vivido. También se le explicó que, aunque el miedo a viajar en tren era comprensible, su mejora pasaba por enfrentarse poquito a poco a esas situaciones que le asustaban tanto, ya que de no hacerlo, seguiría teniendo miedo y esto le impediría recuperar su vida normal.

- *Técnicas de control de la ansiedad.* Se le enseñó al paciente a reconocer estímulos responsables de los aumentos de ansiedad y a poner en marcha ante ellos estrategias de control de la ansiedad, en concreto, la respiración lenta abdominal, las autoinstrucciones positivas y la parada de pensamiento. Para explicar la lógica de estas técnicas al niño, en el caso del entrenamiento en respiración, se le explicó que cuando nos ponemos nerviosos respiramos mucho más rápido y que la respiración lenta puede ayudarnos a sentirnos más tranquilos, a disminuir las náuseas, a dormir si la practicamos antes de acostarnos, etc. Las autoinstrucciones positivas se le explicaron comparándolas con los ánimos que se le dan a los jugadores de fútbol durante un partido, y explicándole que las auto-instrucciones serían algo similar pero que

nos damos a nosotros mismos y que, igualmente que a los jugadores, a nosotros también nos harían sentir más fuertes para enfrentarnos a las situaciones. Finalmente, la parada de pensamiento se explicó comparándola con la forma en que espantamos a un insecto que revolotea a nuestro lado molestandonos: igualmente habría pensamientos que nos molestan y no nos ayudan a sentirnos mejor, y deben ser apartados y sustituidos por otros más agradables.

- *Técnicas de exposición en imaginación y in vivo.* En este caso se pidió al paciente que escribiese el relato de lo vivido el 11 de marzo, desde que se levantó por la mañana hasta que finalizó el día, explicándole la importancia de recrear la situación vivida con la mayor precisión posible, describiendo todas las sensaciones experimentadas. Una vez escrito el relato, fue leído por el niño en voz alta y grabado en una cinta de audio. La función de la grabación era que el paciente se expusiese a ella diariamente el tiempo necesario para que su ansiedad disminuyese. La exposición en imaginación se utilizó como paso previo a la exposición *in vivo* ya que los niveles de ansiedad producidos por la primera son más tolerables al inicio del tratamiento. Para la exposición *in vivo* se estableció, en colaboración con el niño, una jerarquía de estímulos que generaban ansiedad, la cual incluía en los primeros ítems la utilización de un acompañante ya que al paciente viajar con alguien le provocaba menos ansiedad que hacerlo solo;

así mismo, los primeros ítems de la jerarquía implicaban viajar por la tarde, ya que esto le resultaba menos ansiógeno que hacerlo de mañana.

- *Técnicas de reestructuración cognitiva.* Especialmente se trabajaron los pensamientos del paciente relativos a la probabilidad de

- *Prevención de recaídas.* Se abordó cómo afrontar las dificultades que podían aparecer, se normalizó la posibilidad de presentar de nuevo los síntomas tratados, y se ensayaron formas de afrontar esa posible aparición: cómo enfocar esos síntomas, cómo actuar, qué decirse, y cómo reducir la ansiedad que generan.

Tabla 6. Tratamiento psicológico en el caso nº 2 (niño con trastorno por estrés postraumático)

Nº de sesión	Fecha	Contenido de la sesión
1ª sesión de evaluación	18-III-2004	Evaluación: entrevista con el paciente, su madre y un profesor del colegio del paciente
2ª sesión de evaluación	24-III-2004	Evaluación: entrevista con el paciente, su madre y la directora del colegio
1ª sesión de tratamiento	1-IV-2004	Psicoeducación sobre la naturaleza de su problema y su tratamiento
2ª sesión de tratamiento	21-IV-2004	Psicoeducación sobre el procesamiento emocional y el papel de las conductas de evitación
3ª sesión de tratamiento	28-IV-2004	Entrenamiento en respiración
4ª sesión de tratamiento	5-V-2004	Entrenamiento en respiración. Entrenamiento en parada del pensamiento
5ª sesión de tratamiento	12-V-2004	Entrenamiento en parada de pensamiento. Entrenamiento en autoinstrucciones positivas. Reestructuración cognitiva
6ª sesión de tratamiento	19-V-2004	Evaluación intertratamiento (cuestionarios) Reestructuración cognitiva. Exposición en imaginación (relato escrito de los acontecimientos vividos el día del atentado)
7ª sesión de tratamiento	20-V-2004	Exposición en imaginación
8ª sesión de tratamiento	9-VI-2004	Exposición en imaginación. Construcción de una jerarquía de ítems para la realización de la exposición <i>in vivo</i>
9ª sesión de tratamiento	16-VI-2004	Finalización de la jerarquía de ítems Instrucciones para la realización de auto-exposición <i>in vivo</i> acompañado de un familiar Revisión de la exposición en imaginación
10ª sesión de tratamiento	30-VI-2004	Revisión de exposición en imaginación y auto-exposición <i>in vivo</i>
11ª sesión de tratamiento	28-VII-2004	Revisión de exposición en imaginación y auto-exposición <i>in vivo</i>
12ª sesión de tratamiento	1-IX-2004	Revisión de auto-exposición <i>in vivo</i> . Prevención de recaídas. Evaluación postratamiento (entrevista y cuestionarios)-

ocurrencia de nuevos acontecimientos similares, el grado de peligrosidad del hecho de viajar en tren, así como las creencias respecto a la existencia de "muchacha mala" a su alrededor, que podía hacerle daño.

Resultados

Después de 12 sesiones de tratamiento, la vida del paciente había vuelto a la normalidad. Cada día acudía al colegio viajando en el tren sin que nadie le acompañase. Toda

la sintomatología de ansiedad que mostraba antes del tratamiento (pesadillas, recuerdos, náuseas, reacciones de sobresalto, etc.) había desaparecido y, cuando se le pedía, no evitaba ni ponía obstáculos a recordar aspectos relacionados con el 11-M. Había recuperado su ilusión por el fútbol y también había desaparecido la irritabilidad que había mostrado en casa y en el colegio. Esta información, que fue corroborada mediante una entrevista semi-estructurada llevada a cabo durante la última sesión de tratamiento, también quedaba confirmada por las puntuaciones que obtuvo el niño en la ESEA (nuevamente completada como instrumento de heteroevaluación por la psicóloga) y en el STAIC. Como puede observarse en la Tabla 5, en ambos instrumentos sus puntuaciones estaban por debajo de los niveles clínicamente significativos de sintomatología de ansiedad y de estrés, y situaban al niño dentro de la normalidad.

CONCLUSIONES

El principal objetivo de este trabajo era transmitir la experiencia de la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la UCM en el tratamiento psicológico de las consecuencias psicopatológicas derivadas de los atentados del 11-M. Para ello hemos presentado un estudio no experimental pretest-postest sin grupo control con los resultados terapéuticos obtenidos con los 40 pacientes que se atendieron en la Unidad por ese motivo, y dos estudios no experimentales de caso único sobre dos de esos pacientes

que sufrían trastorno por estrés postraumático.

Es obvio que el número de pacientes atendidos en la Unidad fue pequeño y esto limita las generalizaciones que se pueden hacer de sus resultados; también es evidente que los estudios no experimentales, tanto los pretest-postest sin grupo control como los de caso único, tienen importantes limitaciones a la hora de establecer relaciones causales entre los tratamientos aplicados y los efectos terapéuticos conseguidos, y que los tres estudios se hubieran beneficiado enormemente de una evaluación más amplia de variables de resultado y de proceso terapéutico y de una definición más cuantitativa, multiaxial, multimétodo y multitemporal del éxito terapéutico. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, es posible extraer de los resultados aquí presentados algunas conclusiones sobre los efectos psicopatológicos de los atentados terroristas y sobre su tratamiento, conclusiones que deben verse más cerca del contexto del descubrimiento que del contexto de la justificación, pero que creemos que presentan interés para la práctica clínica y para la realización de nuevas investigaciones.

Utilidad clínica de los tratamientos psicológicos eficaces

Algunas de las conclusiones tienen que ver con los otros dos objetivos iniciales de este estudio: examinar e ilustrar la utilidad clínica de los tratamientos que habían demostra-

do poseer mayor apoyo empírico en estudios previos de eficacia. El 90% de éxito terapéutico conseguido con todos los trastornos y problemas que presentaban los afectados del 11-M, el 100% de éxito conseguido con los trastornos por estrés agudo y el 67% de éxito conseguido con los trastornos por estrés postraumático son cifras que, con las precauciones debidas, permiten concluir que las intervenciones multicomponente basadas en las técnicas terapéuticas con mayor aval empírico y recomendadas por las guías de tratamiento para los trastornos por estrés (las técnicas de control de la ansiedad, de exposición y de reestructuración cognitiva) son efectivas en los pacientes afectados por atentados terroristas, es decir, son útiles en la práctica clínica para este tipo de personas.

Esta es, sin duda, una magnífica conclusión para la psicología clínica basada en la evidencia, pues confirma que los tratamientos que han demostrado su eficacia en estudios controlados y rigurosos tienen muchas probabilidades de ser también efectivos en la práctica clínica habitual.

Por otro lado, difícilmente un estudio que no ha sido eficaz en condiciones ideales, va a ser efectivo en las condiciones menos ideales de la práctica habitual. Por lo tanto, un criterio importante a la hora de elegir el tratamiento más adecuado para los trastornos por estrés es que, al menos, haya demostrado su eficacia. No vale cualquier tratamiento; es mejor empezar con lo que sabemos que

funciona, al menos en condiciones ideales, con lo que la literatura ofrece como más válido (máxime si además también ha demostrado su utilidad), y si eso no funciona en la práctica clínica, entonces es momento de plantearse otras estrategias terapéuticas que, aunque aún no posean ese aval empírico, cabría la posibilidad teórica de que sí que fueran útiles en el caso concreto que estemos tratando.

No obstante, antes de plantearse la utilización de estas terapias alternativas sobre las que hoy en día no tenemos la misma seguridad de qué funcionen, sería recomendable revisar que la aplicación de las técnicas con mayor aval empírico se haya hecho de la manera apropiada; esto quiere decir, entre otras cosas, que las técnicas se han aplicado según un protocolo ya comprobado en estudios previos y con un adecuado grado de individualización a los problemas y las características del paciente y de su situación. De nuevo, es importante recordar que la aplicación rígida de cualquier técnica es muchas veces contraproducente, pero que la individualización y flexibilidad en la aplicación de las mismas tampoco supone administrar los tratamientos de cualquier modo. Encontrar ese equilibrio entre la fidelidad a los ingredientes activos de los tratamientos y la individualización de los mismos es una de las competencias clínicas más importantes en las que se deben sopesar los datos y la literatura científica con la experiencia clínica.

Por otro lado, la preocupación que muestran muchos clínicos acerca de

la utilización de las técnicas de exposición en los trastornos por estrés, en cuanto que dichas técnicas pudieran exacerbar los efectos negativos del acontecimiento traumático, no parece justificada a la luz de nuestra experiencia en la Unidad. En ninguno de los pacientes en los que se aplicaron dichas técnicas hubo un empeoramiento del trastorno.

Otra preocupación de los clínicos con la aplicación de las técnicas de exposición es la resistencia y poca motivación de los pacientes a realizar cualquier tarea terapéutica que suponga la exposición en imaginación o *in vivo* al acontecimiento traumático o a cualquier estímulo asociado al mismo. De nuevo, nuestra experiencia en la Unidad, no parece justificar dicha preocupación. De hecho, los pacientes que hemos atendido parecían estar especialmente motivados para realizar cualquier tarea que supusiera la normalización de sus vidas. Esto, quizás, era esperable en los pacientes que habían intervenido de forma voluntaria en los dispositivos de ayuda a las víctimas de los atentados y sus familiares, pero también lo encontramos entre otras personas alejadas del mundo de la psicología y del mundo de la ayuda voluntaria. Es más, las dos personas que abandonaron el tratamiento lo hicieron cuando se estaba trabajando con ellos las técnicas de control de la ansiedad, mucho antes de que se iniciara con ellos las técnicas de exposición.

Cabría especular, sin embargo, si el gran apoyo social que rodeó a las víctimas y afectados y que se exten-

dió a sus procesos de recuperación (en forma de actos, concentraciones, recursos ofrecidos por las administraciones y, en nuestro caso, por la UCM, noticias en los medios de comunicación, etc.), no pudieran haber contribuido a la alta motivación que encontramos en los pacientes.

Consecuencias psicopatológicas de los atentados: más allá de los trastornos por estrés

Aunque no necesariamente representativo del tipo de pacientes que mayoritariamente pueden haberse atendido en otros centros clínicos madrileños, entre los pacientes tratados en la Unidad hemos encontrado un número significativo de personas (35%) que como consecuencia de los atentados presentaban síntomas de ansiedad y evitación característicos de los trastornos por estrés y que, en algunos casos, también se veían acompañados de síntomas típicamente depresivos, pero que no cumplían los criterios diagnósticos del trastorno por estrés agudo o por estrés postraumático. En función del esquema diagnóstico del DSM-IV, en estos casos se debe hacer el diagnóstico de un trastorno adaptativo con ansiedad o mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Sin embargo, este tipo de casos sustenta la idea del trastorno por estrés agudo o postraumático parcial (Schützwohl y Maercker, 1999; Zlotnick, Franklin y Zimmerman, 2002). Este adjetivo "parcial" expresa el reconocimiento de un conjunto de personas que sufren deterioro en su funciona-

miento socio-personal debido a cierta sintomatología postraumática y que requieren ayuda psicológica. Curiosamente, en nuestro estudio, estas personas respondieron muy bien (con un porcentaje de éxito terapéutico del 100%) a la aplicación del mismo programa de tratamiento empleado con los casos que sí cumplían todos los criterios diagnósticos para el trastorno por estrés agudo o postraumático.

Por otro lado, juntos a los trastornos de la esfera del estrés, tras un acontecimiento que acarrea tantas víctimas mortales como los atentados del 11-M, hay que también esperar muchas consecuencias psicológicas negativas derivadas de la pérdida de seres queridos, en concreto, procesos de duelo que aun pudiendo considerarse "normales" han motivado que la persona acuda a buscar ayuda, principalmente porque los síntomas del duelo pueden estar interfiriendo sus actividades cotidianas y su funcionamiento habitual; es más, en algunos casos los síntomas pueden constituir un trastorno depresivo mayor.

Aunque inicialmente nos habíamos planteado para estos casos utilizar un programa multicomponente basado en las técnicas con mayor aval empírico para los trastornos depresivos, nuestra experiencia es que la mayoría de estos casos mejoraron en muy pocas sesiones (una media de 2) y prácticamente con la simple utilización de la psicoeducación, es decir, ofreciendo información sobre cómo reacciona la gente en un proceso de duelo para sí poder normalizar

sus propias reacciones, y ofreciendo una guía de autoayuda (Unidad, 2004) con pautas básicas para relajarse, controlar los pensamientos negativos, buscar apoyo social y normalizar la vida cotidiana.

En este sentido, los resultados que hemos presentado en este estudio indican que el 40% de los pacientes, independientemente de su trastorno, mejoraron tras recibir menos de cuatro sesiones de evaluación y tratamiento. Cabe la posibilidad, pues, de que en esos casos los procesos de recuperación normal del individuo sean los máximos responsables de la mejoría. Sin embargo, también es posible que esas pocas sesiones, fundamentalmente de psicoeducación y aprendizaje de técnicas de control de la ansiedad, sirvieran de catalizadores para esos procesos de recuperación. Las preguntas que inevitablemente surgen al hilo de esta reflexión es qué hubiera ocurrido si la intervención, por breve que haya sido, no hubiera tenido lugar: ¿se habrían recuperado esas personas más tarde?, ¿se habrían cronificado o exacerbado sus síntomas?, ¿habría estado la persona en una condición más vulnerable a la aparición de otros trastornos? Lamentablemente, no tenemos datos que nos permitan responder a estas preguntas, pero nos parece que su importancia bien requiere investigaciones futuras dirigidas expresamente a su esclarecimiento.

Notas de los autores

Nuestro agradecimiento a todos los psicólogos de la Unidad de

Psicología Clínica y de la Salud de la UCM que, junto a los autores de este artículo, llevaron a cabo las intervenciones psicológicas con las personas afectadas por el 11-M atendidas en la Unidad, especialmente, a Mercedes Risco Salso que en los primeros momentos atendió a una parte importante de los pacientes, y al resto del personal de la Unidad (directores, tutores-supervisores y administrativos) que se volcó en el desempeño de esta labor. También quisiéramos expresar nuestro reconocimiento y agradecimiento al Rectorado de la UCM por su generosa iniciativa de ofrecer atención psicológica gratuita a todas las personas vinculadas con la Universidad que se

habían visto afectadas por los atentados, y por los recursos proporcionados para conseguirlo; al Decanato de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales por facilitar el espacio donde atenderles, y al Decanato de la Facultad de Psicología por la inestimable colaboración prestada dentro de las múltiples actividades de apoyo psicológico a los afectados por el 11-M organizadas por dicha Facultad, así como a los profesores y alumnos de la misma que generosamente se ofrecieron para dicha colaboración. Finalmente, quisiéramos dar las gracias al Prof. Jesús Sanz por sus valiosos comentarios sobre las versiones iniciales de este trabajo.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder*. Disponible en internet: http://www.psych.org/psych_pract/treat/pg/PTSD-PG-PartsA-B-C-New.pdf.

Báguena Puigcerver, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, 13(3), 479-492.

Báguena Puigcerver, M. J. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de estrés postraumático. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (pp. 311-335). Madrid: Pirámide.

Becoña, E., Vázquez, M. J., Miguez, M. C., Casete, L., Lloves, M., Nogueiras, L., González, N., Lage, M., Suárez, S., Gutiérrez-Moyano, M. M., Lorenzo, M. C., y Baamonde, M. G. (2004). Guías de tratamiento y guías para la práctica clínica psicológica: una visión desde la clínica. *Papeles del Psicólogo*, 87, 9-19.

Chambless, D. L., Babich, K., Crits-Christoph, P., Frank, E., Gilson, M., Montgomery, R., Rich, R., Steinberg, J., y Weinberger, J. (1993). *Task force on promotion and dissemination of psychological procedures. A report*. División 12 de la American Psychological Association. Disponible en internet: http://www.apa.org/divisions/div12/rev_est/est/CHAMBLE2.DOC.

Creamer, M. (2000). Posttraumatic stress disorder following violence and aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 5(5), 431-449.

Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma*. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E., Corral, P., y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(107), 325-340.

Foa, E. B., Davidson, J. R. T., y Frances, A. (1999). The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(Supl. 16).

Foa, E. B., Keane, T. M., y Friedman, M. J. (Eds.). (2003). *Tratamiento del estrés post-traumático*. Barcelona: Ariel.

García-Vera, M. P. (2001). *De la investigación a la práctica, ¿cómo asegurar que se aplican realmente los tratamientos eficaces?* Comunicación presentada en la Reunión Anual de la Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud. Siglo XXI, 25-26 octubre.

García-Vera, M. P. (2004). Los centros universitarios de asistencia psicológica como centros de formación en posgrado en psicología clínica y psicoterapia: la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la UCM. *Papeles del Psicólogo*, 87, 59-66.

García-Vera, M. P. y Cruzado, J. A. (2003). La Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la UCM como centro de practicum de la licenciatura de Psicología. En V. Mestre y A. Torre Latorre (Eds.), *Espacio europeo de educación superior: II Congreso de la Enseñanza de la Psicología* (pp. 26-38). Valencia: Cristóbal Serrano Villalba.

García-Vera, M. P., Labrador, F. J., y Larroy, C. (Eds.). (2004). *Ayuda psicológica a las víctimas de atentados terroristas (y sus allegados). Guía de autoayuda y pautas de intervención psicológicas de la Universidad Complutense de Madrid tras los atentados del 11-M*. Madrid: Editorial Complutense (en preparación).

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

Labrador, F. J., Vallejo, M. A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A., y FernándezMontalvo, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. Documento de la Sociedad Española para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud. Siglo XXI. *INFOCOP*, 17, 25-30.

Lohr, J. M., Hooke, W., Gist, R., y Tolin, D. F. (2004). Novel and controversial treatments for trauma-related stress disorders. En S. O. Lilienfeld, S. J. Lynn y J. M. Lohr (Eds.), *Science and pseudoscience in clinical psychology* (pp. 243-272). Nueva York: Guilford.

Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González Ordi, H., Muñoz, M., y Casado, I. (2004). *Consecuencias psicológicas del atentado terrorista del 11-M en Madrid: Población general, víctimas y personal de emergencia*. Disponible en internet: <http://www.ucm.es/info/seas/tep/index.htm>.

Muñoz, M., Vázquez, J. J., Crespo, M., Pérez-Santos, E., Panadero, S., Guillén, A. I., De Vicente, A., Ausín, B., y Santos-Olmo, A. B. (2004). Estudio de los efectos psicológicos a corto plazo de los atentado del 11-M en población general de la zona afectada. *Papeles del Psicólogo*, 87, 67-71.

Pérez, M., Fernández, J. R., Fernández, C., y Amigo, I. (Eds.). (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Pirámide.

Pérez, M., y García, J. M. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. En M. Pérez Álvarez, J. R. Fernández Hermida, C. Fernández Rodríguez e I. Amigo Vázquez (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos* (pp. 161-195). Madrid: Pirámide.

Rivas Terán, M., Vázquez Barquero, J.L.,

y Pérez Álvarez, M. (1995). Alteraciones psicopatológicas en la infancia: el niño en E.G.B. *Psicothema*, 7(3), 513-526. Rothbaum, B. O., Meadows, E. A., Resick, P., y Foy, D. W. (2003). Terapia cognitivo-conductual. En E. B. Foa, T. M. Keane y M. J. Friedman (Eds.), *Tratamiento del estrés postraumático* (pp. 81-106). Barcelona: Ariel.

Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(124), 239-288.

Schuster, M. A., Stein, B. D., Jaycox, L., Collins, R. L., Marshall, G. N., Elliott, M. N., Zhou, A.J., Kanouse, D.E., Morrison, J.L., y Berry, S.H. (2001). A national survey of stress reactions after the September 11, 2001, terrorist attacks. *New England Journal of Medicine*, 345(20), 1507-1512.

Schützwohl, M., y Maercker, A. (1999). Effects of varying diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder are endorsing the concept of partial PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 155-165.

Sierra, R. (2004, 14 de abril). Baja demanda en salud mental entre los intervinientes en el 11-M. *Diario Médico.com*. Disponible en internet: <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,470161,00.html>.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

Spielberger, C. D., Edwards, C. D., Lushene, J., Monturi, D., y Platzek, D. (1990). *STAI-C Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en niños*. Madrid: TEA.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1997). *STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual* (4ª ed., revisada). Madrid: TEA.

Stein, B. D., Elliott, M. N., Jaycox, L., Collins, R. L., Berry, S.H., Klein, D.J., y Schuster, M. A. (2004). A national longitudinal study of the psychological consequences of the September 11, 2001 terrorist attacks: Reactions, impairment, and help-seeking. *Psychiatry*, 67, 105-117.

Unidad de Psicología Clínica y de la Salud (2004). *Guía de autoayuda psicológica tras los atentados del 11-M*. Disponible en internet: <http://www.ucm.es/info/upsiclin/guia11m.pdf>.

Vázquez, C., y Muñoz, M. (2002). *Entrevista diagnóstica en salud mental: adultos*. Madrid: Síntesis.

Vázquez, C., Pérez-Sales, P., y Matt, G. (2004). *Post-Traumatic stress reactions*

following the Madrid March 11 terrorist attacks: Effects of exposure and use of multiple diagnostic criteria in a Madrid community sample. Manuscrito bajo revisión editorial.

Weathers, F. W., Litz B. T., Herman D. S., Huska J. A., y Keane T. M. (1993). *The PTSD Checklist: reliability, validity, and diagnostic utility*. Comunicación presentada en el Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX, octubre.

Zlotnick, C., Franklin, CL., y Zimmerman, M. (2002). Does "subthreshold" posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? *Comprehensive Psychiatry*, 43, 413-419.