

TRATAMIENTO PSICOLOGICO DEL ESTRES POSTRAUMATICO EN VICTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES: UNA REVISION. (*)

**Enrique Echeburúa Odriozola
Paz de Corral Gargallo
Belén Sarasua Sanz
Irene Zubizarreta Anguera**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO.

* Este trabajo es una ampliación y puesta al día de la conferencia dictada por el primero de los autores en los VII Cursos de Verano de la Universidad del País Vasco (San Sebastián, 1988).

RESUMEN

En este artículo se hace una revisión de los programas cognitivos y conductuales, simples o en combinación, que se han utilizado en el tratamiento de las víctimas de agresiones sexuales: desensibilización, terapia cognitiva y entrenamiento en inoculación de estrés. La terapia de exposición ha dado unos resultados alentadores en estudios de casos, pero se necesitan aún investigaciones controladas. Los tratamientos ensayados resultan eficaces para las víctimas no recientes, pero no hay una evidencia clara de la eficacia de los mismos en víctimas recientes. Se señalan algunas futuras líneas de investigación en relación con la metodología, la búsqueda de predictores y el estudio de la eficacia diferencial de los tratamientos.

Palabras Clave: *Estrés postraumático. Víctima de agresiones sexuales. Terapia de conducta.*

SUMMARY .

The literature regarding the cognitive/behavioral procedures and combinations of procedures for sexual aggression victims is reviewed, including desensitization, cognitive therapy, and stress inoculation training. Flooding appears to be a promising treatment for rape victims, but has not yet evaluated in a controlled study. There is some support for a contention that treatments are effective for delayed treatment seekers, but credible evidence is lacking for the efficacy of these treatments with immediate treatment seekers. Suggestions for future research are offered with respect to methodology, the search for predictors, and treatment comparisons.

Key Words: *Post-Traumatic Stress. Rape Victims. Behavior therapy.*

INTRODUCCION.

El tratamiento del estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales está adquiriendo un gran interés en los últimos años por diversas razones. En primer lugar, porque las agresiones sexuales constituyen el delito más frecuente del que son víctimas las mujeres y porque aumentan más rápidamente que los demás delitos de violencia. (Corral, Echeburúa y Sarasua, 1989; Kilpatrick, Saunders, Veronen, Best y Von, 1987). En segundo lugar, porque está demostrada la incidencia del estrés postraumático resultante del impacto psicológico de la violación en el ámbito de las conductas fóbicas y de ansiedad, de la depresión y del funcionamiento social y sexual (Echeburúa, Corral y Sarasua, 1988; Ellis, Atkeson y Calhoun, 1981; Veronen y Kilpatrick, 1983). Y en tercer lugar, porque algunas de estas conductas psicopatológicas no remiten espontáneamente con el paso del tiempo, al menos tras un seguimiento de 4 años (Kilpatrick, Veronen y BEST, 1985), Por lo que resulta necesario el diseño de estrategias terapéuticas adecuadas.

Por otra parte, los escasos trabajos publicados hasta la fecha sobre el tratamiento del estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales son, en su mayor parte, o estudios de casos o no recurren a grupos de control o no describen con detalle las técnicas terapéuticas utilizadas o carecen de medidas detalladas para evaluar los resultados. Todo ello dificulta la obtención de conclusiones definitivas y la generalización de los resultados obtenidos en estos estudios.

TRATAMIENTO DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES.

No es fácil predecir la reacción psicológica a la agresión sexual, ya que depende, entre otras variables, del equilibrio psicológico previo de la víctima, de su historial de victimización y de los acontecimientos vitales negativos recientes, así como del apoyo social existente (Steketee y Foa, 1987). La respuesta psicológica a la agresión sexual se corresponde frecuentemente con los criterios diagnósticos de "trastorno de estrés postraumático" del DSM-III-R (Foa, Steketee y Olasov, 1989). Al margen de las diferencias individuales, las reacciones a corto plazo de la agresión sexual suelen incluir quejas físicas, trastornos del sueño y pesadillas, depresión, ansiedad y miedo, susceptibilidad y dificultades en el funcionamiento social; las reacciones a medio plazo (entre 3 y 12 meses después de la agresión) están referidas habitualmente a la depresión, las disfunciones sociales y sexuales y (a diferencia de la ansiedad generalizada experimentada anteriormente) a una ansiedad relacionada específicamente con la situación traumática; por último, a largo plazo (más allá de 1 año del trauma) las conductas anómalas manifestadas pueden guardar relación con una gran irritabilidad, un grado de alerta excesiva ante los posibles peligros, el mantenimiento de las disfunciones sexuales y una capacidad disminuida para disfrutar de la vida (Corral, Echeburúa y Sarasua, 1989; Echeburúa, Corral y Sarasua, 1988; Ellis, 1983). Los mecanismos psicológicos implicados, desde la perspectiva de las teorías del aprendizaje, en la adquisición y mantenimiento de estos trastornos de conducta descritos en Corral et al., 1989.

Se dispone de muy poca información sobre el tratamiento de los problemas provocados por las agresiones sexuales y de mucha menos aún sobre la eficacia de los tratamientos.

El primer objetivo terapéutico es motivar a la víctima a que se someta, en los casos necesarios, a tratamiento. Si bien es cierto que un número indeterminado (en torno al 25%) de mujeres no muestra síntomas entre 2 y 3 semanas después de haber sido agredidas sexualmente (Frank y Turner, 1981), más del 50% de las víctimas de violación experimenta trastornos de estrés postraumático (Kilpatrick, Saunders, Veronen, Best y Von, 1987). La reacción de temor y el grado de confusión que suscita la vivencia inmediata del acontecimiento puede inhibir el proceso de búsqueda de ayuda, ya que la relación terapéutica misma puede constituirse en un estímulo condicionado (narrar lo ocurrido) evocador de ansiedad. Las estructuras de apoyo social de que disponga la víctima en estos primeros momentos (cónyuge, familiares, amigos, Asociación de Mujeres, etc.) pueden desempeñar un papel muy importante en la motivación para el tratamiento de la víctima.

Los objetivos terapéuticos de hacer frente al estrés y de ayudar a la víctima en el aumento de la autoestima y de la seguridad en sí misma para recuperar de nuevo

el control de su vida son comunes a todo tipo de intervención (Burgess y Holmstrom, 1974), pero es preciso, sin embargo, distinguir, al menos, entre las víctimas recientes (tras los primeros días y semanas de la violación) y las víctimas no recientes, ya que difieren en la intensidad y tipo de problemas que experimentan, en su disposición para participar en tratamientos sistemáticos y en las habilidades requeridas para hacer frente a la vida cotidiana. Las víctimas recientes tienden a experimentar un estado de malestar generalizado, mientras que las víctimas no recientes sufren de problemas más localizados (ansiedad y conductas fóbicas especialmente) (Steketee y Foa, 1987; Veronen y Kilpatrick, 1983).

Tratamiento para víctimas recientes.

Aunque los miedos y la ansiedad son los problemas más preocupantes en las víctimas recientes, el malestar general de los primeros meses dificulta la programación de un tratamiento sistemático, ya que éste requiere una participación continua por parte de la víctima. De ahí que se hayan elaborado programas de tratamiento más bien breves (Kilpatrick, Veronen y Resick, 1982).

La Intervención en crisis.

La intervención en crisis, basada en el modelo de Burgess y Holmstrom (1974), tiene por objetivo ayudar a la víctima a recuperar el control de su vida y presenta las siguientes características (Auercach y Kilmann, 1977; Yassen y Glass, 1984):

- Está orientada a la resolución de problemas inmediatos relacionados con la agresión y no a la reestructuración de la personalidad. Consta de muy pocas sesiones.

- La función del consejero (habitualmente una mujer profesional o paraprofesional, vinculada en este último caso a alguna Asociación de Mujeres) es, dentro de un proceso de escucha activa y de un apoyo emocional, responder a las peticiones o necesidades (desahogo, consuelo, apoyo, desculpabilización, etc.) de la víctima y animarle a expresar sus sentimientos.

- El consejero asume un papel muy directivo en relación con la víctima, en el sentido de promover conductas de autonomía, sugerirle estrategias de solución de problemas y ponerla en contacto con los recursos de la comunidad.

Las ventajas de este enfoque son que está centrado en los problemas actuales de la víctima, que es de corta duración y que puede ser llevado a cabo incluso por paraprofesionales. En el estudio de Cryer y Beutier (1980), llevado a cabo con 9 víctimas en un marco grupal con un enfoque psicodinámico, la mayoría de las víctimas, tras 10 sesiones de 1,5 horas, mejora en las medidas de miedos y ansiedad, pero no en las de depresión. No obstante, este estudio presenta varias dificultades metodológicas, como la ausencia de terapias alternativas y de un grupo de control,

por lo que no se puede delimitar el alcance del mero paso del tiempo o del efecto placebo.

Desde el punto de vista teórico, la teoría de la crisis es circular en la definición de sus términos principales e imprecisa en sus predicciones. Desde el punto de vista clínico, los inconvenientes mayores son que los principios terapéuticos son muy generales, por lo que hay una gran variación entre las técnicas etiquetadas como intervención en crisis, que no se ha descrito suficientemente el contenido específico ni la duración de este tipo de tratamiento y que tampoco se han aportado datos contrastados sobre sus resultados (Kilpatrick y Veronen, 1983; Steketee y Foa, 1987).

Programa de intervención conductual breve.

Este programa terapéutico es un tratamiento profiláctico que se lleva a cabo inmediatamente después de la agresión sexual, tiene por objetivo evitar el desarrollo de las fobias, conductas de ansiedad, reacciones depresivas y/o sentimientos de culpa y está basado en las siguientes premisas (Kilpatrick y Veronen, 1983):

- La experiencia de violación debe ser afrontada con el terapeuta en lugar de puesta en duda o mantenida oculta.

- La víctima puede tener ideas equivocadas acerca de su responsabilidad en la agresión sexual.

- La víctima carece de información sobre las reacciones normales ante una experiencia de violación.

- La víctima carece de habilidades para hacer frente a los problemas relacionados con la agresión sexual.

Se trata de un programa de intervención conductual-cognitivo y con una duración de 4 a 6 horas a lo largo de 2 sesiones. Las terapeutas suelen ser mujeres consejeras paraprofesionales con experiencia en trabajar con víctimas de agresiones sexuales y adiestradas en el manejo de las técnicas de intervención. El programa consta de los siguientes componentes (Veronen y Kilpatrick, 1983; Kilpatrick y Veronen, 1983):

- Reexperimentación en imaginación y expresión de sentimientos en relación con la experiencia sufrida, así como entrenamiento en respiraciones profundas y en relajación muscular.

- Explicación sobre el desarrollo de miedos y ansiedad suscitados por la violación a partir de la teoría del aprendizaje. Comprender lo que ocurre y que lo que ocurre no es anormal es un punto clave. Las reacciones que tiene la víctima son predecibles y normales tras la experiencia sufrida, se dan en grados variables y se pueden diluir con el paso del tiempo.

- Explicación racional para hacer frente a los sentimientos de culpa inducidos culturalmente según el mito de la víctima-culpable.

- Enseñanza de habilidades de afrontamiento, tales como asertividad (para

llamar a la policía, acudir al juzgado, decidir a quién comunicar esta confidencia, etc), parada de pensamiento, entrenamiento en autoinstrucciones o en estrategias de recuperación para reiniciar las actividades paralizadas por el miedo.

Las ventajas de este programa son que es breve, que las víctimas se encuentran relajadas cuando lo llevan a cabo, que aborda los problemas más relevantes y que puede funcionar como un tratamiento preventivo para impedir el desarrollo de fobias o de otros síntomas de estrés postraumático. El programa de intervención conductual breve, aun con aspectos comunes, se diferencia de la intervención en crisis en que está más estructurado, se fundamenta en unas bases teóricas bien desarrolladas, enseña habilidades concretas de afrontamiento y está siendo evaluado de una forma sistemática. En una primera evaluación de este programa los resultados obtenidos con 52 víctimas frente a un grupo de control de no-tratamiento no han resultado superiores (Kilpatrick y Veronen, 1984), por lo que se requieren nuevas investigaciones al respecto.

Otros tratamientos.

El grupo de Frank (Frank y Stewart, 1982, 1983a, 1984; Frank, Anderson, Stewart, Dancu, Hughes y West, 1988) asignó a 60 víctimas de violación, en las cuatro primeras semanas tras la agresión, a un grupo de desensibilización sistemática (según el procedimiento descrito por Beck, 1972) en un programa de 14 sesiones semanales de tratamiento. En ambos grupos hubo una mejoría significativa, sin diferencia entre ellos, pero en estos estudios no hubo un grupo de control, por lo que no se controló el efecto del paso del tiempo (Kilpatrick y Calhoun, 1988). Este fallo cobra aún más importancia en este caso a causa de la inexistencia de diferencias entre ambas modalidades terapéuticas. De hecho, suele producirse una mejora sustancial entre el 1er. y 3er. mes después de la agresión sexual en víctimas no tratadas.

Tratamiento para víctimas no recientes

Son muy pocos los trabajos sistemáticos orientados a víctimas no recientes de violación. Muchos centros de atención se ocupan de las víctimas recientes, pero hay una relativa desatención a las víctimas no recientes. Este hecho es, sin embargo, disonante con los resultados de la investigación, ya que el malestar generalizado inicial tiende a remitir con el paso del tiempo y, sin embargo, la ansiedad, las conductas fóbicas y las alteraciones del comportamiento sexual que se manifiestan al cabo de 3 meses tienden a hacerse crónicas y no remiten espontáneamente excepto si se someten a tratamiento (cfr. Echeburúa, Corral y Sarasua, 1988).

Las motivaciones de las víctimas de agresiones sexuales para buscar tratamiento lejos temporalmente del acontecimiento traumático son variadas: la inexistencia

de centros de tratamiento en el momento de la agresión; la constatación de que los problemas experimentados se agravan o de que, al menos, no remiten con el paso del tiempo; el afrontamiento del juicio (habitualmente, tiempo después del trauma), que puede suponer la reexperimentación del acontecimiento vivido; las disfunciones sexuales habidas cuando se reanuda (o comienza) la vida sexual; y/o los cambios de vida importantes (pérdida del apoyo familiar o social, divorcio, etc.), relacionados o no con la agresión sexual (Stewart, Hughes, Frank, Anderson, Kendall y West, 1987).

Algunos tratamientos se han enfocado al manejo global de la indefensión suscitada en la víctima como resultado de la agresión sexual, como es el caso del entrenamiento en inoculación de estrés o el de las técnicas de exposición; otros, en cambio, se han orientado a hacer frente a trastornos específicos de conductas alteradas por la agresión sexual, como es el caso de la desensibilización sistemática, del "biofeedback", del entrenamiento en aserción, de la terapia sexual o de los procedimientos de extinción. En general, el tratamiento de las víctimas no recientes requiere niveles múltiples de intervención (Koss y Burkhart, 1989).

Entrenamiento en inoculación de estrés.

Este programa se orienta al manejo de la ansiedad y de los miedos - los síntomas más persistentes en las víctimas de agresión sexual-, pero también se adapta al tratamiento de la depresión. El objetivo del programa es enseñar habilidades generales de afrontamiento y de solución de problemas que es posible emplear para hacer frente a problemas muy diversos (Veronen y Kilpatrick, 1983). El programa consta, en primer lugar, de una fase educativa en que se explican las teorías del condicionamiento relacionadas con la ansiedad emergente de una agresión sexual y, en segundo lugar, de una fase en que se aplican varias técnicas reductoras de ansiedad, como la relajación, el "role playing", el modelado encubierto, la parada de pensamiento y el entrenamiento en autoinstrucciones.

Dado que se trata de un programa muy estructurado, responden mejor al mismo las víctimas que han logrado superar la mayoría de los problemas inducidos por la agresión, pero que todavía manifiestan respuestas de ansiedad o han desarrollado fobias muy definidas. A las víctimas recientes, en cambio, este tipo de estructuración les puede inducir un cierto grado de ansiedad. De hecho, en el estudio de Veronen y Kilpatrick (1983) menos del 50% de las víctimas apropiadas accedió a participar en el entrenamiento de inoculación de estrés y en el estudio de Frank, Turner y Duffy (1979) menos del 25% de las víctimas recientes completó un programa de tratamiento de 14 horas de duración.

El programa terapéutico es individual, con conductas-objetivo específicas para cada víctima (Tabla 1), consta de 10 sesiones, tiene una duración total de 20 horas (a razón de 2 sesiones semanales de 2 horas y el tratamiento suele ser llevado a

cabo, con frecuencia, por mujeres. Los datos preliminares de este programa de intervención son alentadores (Kilpatrick y Veronen, 1984), así como los obtenidos en otro estudio (con la inclusión adicional de la desensibilización sistemática) de caso único (Pearson, Poquette y Wasden, 1983). No obstante, se carece aún de una evaluación a largo plazo para poder obtener conclusiones definitivas y se desconoce la eficacia diferencial de cada uno de los componentes que constituyen este programa cognitivo-conductual tan complejo, así como el alcance terapéutico de este procedimiento en relación con otros más simples (Echeburúa, 1989).

TABLA 1

**Conductas-objetivo de tratamiento más frecuentes
en las víctimas de violación.**

(Veronen y Kilpatrick, 1983)

- Estar sola / ir sola a ciertos lugares.....	80%
- Hombres que parecen agresores/ hombres desconocidos	28%
- Salir.....	20%
- Ver u oír escenas de violencia.....	16%
- Oscuridad.....	16%

Una innovación reciente de este programa terapéutico es la aplicación grupal, dirigida por un terapeuta varón y una terapeuta mujer, con 6 sesiones de 2 horas, a víctimas de violación (Resick, Jordan, Girelli, Hutter y Marhofer-Dvorak, 1988). Este procedimiento se mostró superior a un grupo de control de lista de espera, pero los resultados no fueron diferentes de los obtenidos con el entrenamiento asertivo o la terapia de apoyo más información. En este estudio el factor de éxito pudo ser la inoculación de estrés, pero pudo serlo también el carácter grupal de la terapia o incluso ciertos factores inespecíficos (como la presencia de dos terapeutas de sexo distinto o el contacto mismo con la terapia, cualquiera que ésta fuera).

Técnicas de exposición.

La exposición sistemática a las situaciones que evocan miedo y, por ello, conductas de evitación, hasta que la ansiedad resultante disminuya, es un tratamiento

efectivo para las fobias (Marks, 1987; Steketee y Foa, 1987). No hay estudios controlados de exposición (en vivo o en imaginación) como técnica de tratamiento en las víctimas de agresiones sexuales, pero los resultados aislados obtenidos en el tratamiento del estrés postraumático crónico en ex combatientes de guerra (Keane, Fairbank, Caddell y Zimering, 1989; Minisek, 1984) o en personas que han sufrido accidentes graves (McCaffrey y Fairbank, 1985) son alentadores.

Se pide a la víctima que lleve a cabo tareas de exposición entre sesiones, consistentes en exponerse progresivamente ante estímulos relevantes que evocan respuestas de ansiedad y de evitación en la víctima en la vida cotidiana (hablar con amigas íntimas sobre el suceso traumático, ver deliberadamente escenas de violencia o de brutalidad sexual en el cine, etc.) y llevar a cabo de forma gradual actividades evitadas y que son reforzantes (salir por la noche, viajar, acudir a la piscina, etc.). La víctima debe poner fin a estos ejercicios sólo cuando la ansiedad comienza a disminuir. Las primeras tareas de exposición se pueden llevar a cabo en presencia de un terapeuta o coterapeuta (Echeburúa, 1990).

En el caso de que haya pesadillas o pensamientos intrusivos relacionados con las experiencias pasadas, la víctima debe mantenerlos en la mente y repetirlos hasta que la ansiedad disminuya y, en algunos casos, grabarlos en cinta y escucharlos de forma repetida (Echeburúa, 1989).

La eficacia de este tratamiento en el caso de las fobias está ampliamente documentada (cfr. Echeburúa, 1990; Marks, 1987), pero no existen investigaciones controladas que lo hayan puesto a prueba en el tratamiento del estrés postraumático. La exposición en imaginación se ha utilizado con éxito en una serie de 4 víctimas de agresiones físicas y sexuales para tratar las pesadillas (Haynes y Mooney, 1975) y en un caso de incesto para hacer frente a la ansiedad producida por los estímulos asociados al trauma (Rychtarik, Silverman, Van Landingham y Prue, 1984). Estos estudios de casos sugieren que hay una analogía entre las fobias y el estrés postraumático y que la exposición puede ser la terapia de elección cuando predominan las conductas de evitación. De hecho, que la reintegración inmediata a las actividades normales sea un predictor de recuperación rápida (Ellis, 1983) está relacionado, probablemente, con los efectos beneficiosos de la exposición a las situaciones temidas que están implicados en las actividades de la vida cotidiana (Steketee y Foa, 1987).

A pesar de estos éxitos preliminares con el tratamiento de exposición, esta técnica ha sido objeto de críticas (Kilpatrick, Veronen y Resick, 1982), referidas al énfasis puesto en la ansiedad (en lugar de en los pensamientos distorsionados) como objetivo del cambio, a la reducción de una ansiedad que puede funcionar como mecanismo protector ante una proposición sexual no deseada, a la potenciación del abandono del tratamiento por el carácter inicialmente desagradable de la técnica para la víctima y a su limitación para generar estrategias de afrontamiento adecuadas.

Desensibilización sistemática y terapia cognitiva

La aplicación de la desensibilización sistemática a un caso de agresión sexual (una chica de 20 años violada 7 años antes) se llevó a cabo por vez primera en la década de los 70 (Wolff, 1977). En la jerarquía de la desensibilización sistemática no figuraba, por razones obvias, la escena de violación, sino los temores que le impedían a la víctima a hacer frente a la vida cotidiana. Los logros obtenidos con la aplicación de ésta técnica son equívocos. En los trabajos de Wolff (1977) y Turner (1979) (en este caso con una serie de 9 víctimas) se obtuvieron buenos resultados en medidas de miedo, ansiedad, depresión y ajuste social, pero no así en el estudio de Becker y Abel (1981). Las limitaciones de este procedimiento tienen un carácter técnico (la dificultad de establecer jerarquías cuando los temores generadores de ansiedad son múltiples, como es el caso en las víctimas de agresiones sexuales) y un carácter conceptual (la frecuencia de miedos reales y no meramente irracionales) (y estos últimos son, justamente, los que mejor responden a la desensibilización sistemática). De ahí que sea preferible recurrir en estos casos a la inoculación de estrés o a las técnicas de exposición, que sirven para poner en marcha estrategias de afrontamiento (Becker y Abel, 1981; Holmes y St. Lawrence, 1983).

El grupo de Frank (Frank y Stewart, 1982, 1983a, 1984; Frank, Anderson, Stewart, Dancu, Hughes y West, 1988) asignó a 24 víctimas no recientes de violación, de la misma manera que lo hace con las víctimas recientes, a un grupo de desensibilización sistemática (según procedimiento descrito por Wolpe, 1969) o de terapia cognitiva (según procedimiento descrito por Beck, 1972) en un programa de 14 sesiones semanales de tratamiento. En ambos grupos hubo una mejoría significativa en relación con las conductas de ansiedad y depresión y con la adaptación social, sin diferencias entre ellos, pero en estos estudios no hubo un grupo de control, por lo que no se controló el efecto del paso del tiempo. Este punto es aún más importante en este caso dada la inexistencia de diferencias entre ambas modalidades terapéuticas. El alcance terapéutico de estas dos modalidades terapéuticas tanto a víctimas recientes como no recientes sugiere que el tratamiento a una víctima de agresión sexual puede ser de utilidad en cualquier fase en que lo solicite.

La reestructuración cognitiva y la parada de pensamiento se han aplicado con éxito en un estudio de caso único (una chica de 22 años que fue violada a la edad de 19 y que mostraba rumiaciones obsesivas sobre el acontecimiento traumático) (Forman, 1980). Sin embargo, se carece aún de información controlada sobre el alcance terapéutico de estas técnicas en las víctimas de agresiones sexuales.

Otros tratamientos.

El entrenamiento en asertividad se ha aplicado de forma preventiva a víctimas "potenciales" (Kidder, Boell y Moyer, 1983). No obstante, en un estudio reciente

(Resick et al., 1988) esta técnica terapéutica, adaptada a partir del trabajo de Lange y Jakubowski (1976) y aplicada de forma grupal, ha probado su utilidad también en víctimas de agresiones sexuales con problemas y temores interpersonales tras el trauma experimentado. Este procedimiento, con sólo 6 sesiones de tratamiento, se mostró superior a un grupo de control de lista de espera, pero los resultados no fueron diferentes de los obtenidos con la inoculación de estrés o la terapia de apoyo más información.

La terapia de apoyo grupal, sin la aplicación de técnicas conductuales específicas, se mostró tan eficaz como el entrenamiento en inoculación de estrés o el entrenamiento asertivo en el estudio de Resick et al. (1988). El objetivo de este enfoque, por parte de los terapeutas, fue hacer que los miembros del grupo se ofrecieran apoyo mutuo y sugerencias útiles para manejar los problemas de readaptación a la vida cotidiana.

La terapia sexual tiene un gran interés en el tratamiento de la violación, dado que más del 40% de las víctimas experimenta problemas sexuales a partir de la agresión sexual (anorgasmia, secundaria, vaginismo, pérdida de deseo erótico o control rígido sobre el comportamiento sexual) y que estos problemas no se corrigen a menos que haya una intervención específica sobre los mismos (Becker, Skinner, Abel, Axelrod y Cichon, 1984). La aplicación de un programa de terapia sexual, al estilo de Lobitz y Lo Piccolo (1972), a las víctimas de agresiones sexuales figura en los trabajos del grupo de Becker. Sobre un total de 35 víctimas en un caso (Becker y Abel, 1981) y de 43 en otro (Becker y Skinner, 1983), el programa terapéutico, de 10 sesiones y basado en la fijación de objetivos, focalización sensorial (con o sin entrenamiento en masturbación, entrenamiento en asertividad sexual y ejercicios placenteros), dio por resultado un 80% (Becker y Abel, 1981) o un 92% (Becker y Skinner, 1983) de pacientes mejoradas de forma significativa. Se obtuvieron mejores resultados en este programa con la terapia de grupo que con la terapia individual. Se utilizó también un grupo de control de lista de espera, pero se produjo una tasa muy alta de abandonos (Becker y Abel, 1981).

Turner y Frank (1981) proponen el uso de un programa terapéutico compuesto de ensayos de conducta, desensibilización en vivo, parada de pensamiento y terapia sexual. El interés de este programa es la variedad de técnicas que tienen por objetivo tratar las diferentes conductas alteradas tras una agresión sexual. No obstante, se carece de datos sobre la evaluación de este programa.

Blanchard y Abel (1976) describieron un caso de utilización con éxito del "biofeedback" de la tasa cardíaca para reducir una taquicardia inducida por una violación de 15 años de antigüedad. El entrenamiento en "biofeedback" puede estar indicado en el caso de víctimas con respuestas intensas de activación psicofisiológica tras la violación.

Por último, los procedimientos de extinción (técnicas de exposición con prevención de respuesta y práctica negativa) se han utilizado para hacer frente a

conductas ritualistas de comprobación (mirar en la cocina, abrir los armarios, mirar debajo de las camas, etc.) derivadas de los pensamientos intrusivos en víctimas de agresión sexual. La aplicación de la práctica negativa en un caso de violación figura en Wolff (1977).

PREVENCIÓN DE LAS AGRESIONES SEXUALES.

No es fácil la prevención de la violación y, sin embargo, es un tema de urgente desarrollo ante el aumento de las agresiones sexuales. La intervención preventiva, de la que todavía no existe una evaluación sistematizada, se puede enfocar desde varios puntos de vista (Becker y Abel, 1981):

a) Cambiar las actitudes y conductas negativas de la sociedad hacia las mujeres, en el sentido, sobre todo, de considerarlas como un objeto sexual o de presentarlas como seres indefensos y desvalidos. Estas actitudes tienden a perpetuarse a través de la educación diferencial dada a los niños y niñas ya desde la primera infancia.

b) Entrenar en asertividad y habilidades sociales a las mujeres más vulnerables psicológicamente. Este tipo de entrenamiento tiene una función preventiva porque los violadores tienden a elegir víctimas pasivas y no asertivas (Koliás, 1974). De hecho, hay víctimas que han sido objeto de agresiones sexuales varias veces a lo largo de su vida. Por otra parte, el aprendizaje de habilidades sociales por parte de quien ha sido objeto de una agresión sexual tiene una función preventiva porque ayuda a la víctima a recobrar el sentido de control sobre su vida y a hacer frente a las respuestas de miedo y evitación.

No está claro, sin embargo, el papel del entrenamiento en autodefensa en quienes ya han sido víctimas de agresiones sexuales, ya que este entrenamiento puede aumentar los niveles de miedo en la mujer (Mastria, 1976). No se han conseguido tampoco aún concretar las conductas disuasorias más eficaces, ya que puede haber muchos tipos de conductas útiles según el miedo, las tácticas del agresor y las habilidades de la víctima.

c) Conocer mejor la relación violador-víctima, de modo que ésta pueda utilizar recursos disuasorios en el caso de enfrentamiento con el agresor, pero se conoce aún muy poco sobre este asunto. Este tema se ha investigado desde 2 puntos de vista:

- Revisar los ficheros de la policía o del juzgado en relación con los problemas de violación. En la revisión llevada a cabo por Giacinti y Tjaden (1973) de 915 fichas, el 33% de los intentos de violación fue abortado gracias, en el 68% de estos casos, a las conductas asumidas por la víctima. Pero no se sabe aún con seguridad qué tipo de conductas son las más eficaces en esa relación tan complicada que se establece entre violador y víctima.

- Escenificar en vídeo situaciones de violación y evaluar en violadores y víctimas cuáles son las conductas de la víctima más disuasorias de la agresión (Becker y

Abel, 1981; Brodsky, 1976). Una lista de las conductas disuasorias más frecuentes figura en la Tabla 2.

d) Tratar psicológicamente a los varones implicados en conductas agresivas sexuales. Este enfoque no ha dado, por desgracia, grandes resultados hasta la fecha debido a la escasa motivación por la terapia de los agresores sexuales y a que muchos tratamientos se han llevado a cabo en medios carcelarios o como alternativa a la cárcel (cfr. Giarretto, 1982; Knopp, 1982; Langevin, 1983).

TABLA 2

Porcentaje de violadores y violadas que señala la presencia de conductas disuasorias de violación en la víctima en el momento de la agresión.

(Becker y Abel, 1981).

	Violadores	Víctimas de violación
Establecimiento de una relación interpersonal.	40%	30%
Medidas represoras externas	40%	30%
Consentimiento	60%	20%
Recurso a lo moral	40%	40%
Ataques verbales	40%	40%
Rechazo ambivalente	25%	10%
Debilidad corporal	20%	20%
Resistencia física	0%	0%
Autocastigo	0%	0%
Virginidad	0%	0%

CONCLUSIONES

El tratamiento sistemático del estrés postraumático en víctimas de violación, desarrollado "ad hoc" o adaptado a partir de diversos programas cognitivo-conductuales, se encuentra aún en una fase incipiente y hay aún muchas cuestiones no resueltas.

La eficacia del tratamiento conductual breve de las víctimas no recientes cuenta con cierto apoyo empírico, sobre todo las técnicas de inoculación de estrés (Kilpatrick y Amick, 1985; Olasov y Foa, 1987; Resick et al. 1988; Veronen y Kilpatrick, 1982), el entrenamiento asertivo (Resick et al., 1988), la terapia cognitiva y la desensibilización sistemática (Frank et al., 1988), pero no se cuenta aún apenas con estudios comparativos sobre la eficacia diferencial de ellas y sobre la de cada uno de los elementos que las componen (Echeburúa, 1989).

Por lo que se refiere a las víctimas recientes, no hay aún ningún tratamiento específico que se haya mostrado superior al mero paso del tiempo ni se ha dilucidado tampoco el alcance de los factores inespecíficos en la terapia. La afirmación de que son de interés los tratamientos basados en estrategias específicas de afrontamiento y en respuestas alternativas a la ansiedad (Holmes y St. Lawrence, 1983) es demasiado general. De ahí la necesidad de ensayar nuevos procedimientos terapéuticos y de recurrir a grupos de control, justamente porque en el transcurso de los 3 primeros meses tras la agresión sexual son muy inestables los síntomas experimentados y hay que descartar la hipótesis de la remisión espontánea frente a la eficacia de los factores específicos y/o inespecíficos de los tratamientos propuestos (Steketee y Foa, 1987). Por el contrario, la necesidad de los grupos de control es menor en el caso del estudio de la eficacia diferencial de tratamientos con víctimas no recientes, ya que los síntomas a partir de los 3 meses del trauma son estables y los cambios en los mismos pueden, por tanto, atribuirse a la acción de la terapia (Kilpatrick y Calhoun, 1988). No obstante, la función del grupo de control placebo en la comparación de tratamientos con víctimas a largo plazo puede ser la de delimitar el alcance terapéutico de los factores inespecíficos de las terapias puestas a prueba.

La utilización de los grupos de control, deseable metodológicamente en tanto en cuanto no se cuente con un tratamiento de eficacia contrastada (Kilpatrick y Calhoun, 1988), no está, sin embargo, exenta de dificultades. En primer lugar, se plantean problemas éticos a la hora de no tratar a víctimas recientes que se encuentran en una fase aguda del estrés postraumático (Frank et al., 1988). En segundo lugar, es difícil mantener la motivación de las víctimas para someterse a evaluaciones repetidas sin recibir la intervención terapéutica. De hecho, en el estudio de Becker y Abel (1981) se produjo una tasa de abandonos del 50% en el grupo de control de lista de espera. Y en tercer lugar, la mera aplicación repetida de las medidas en los diferentes momentos de evaluación es de por sí terapéutica y tiende a facilitar una regresión de las puntuaciones hacia la media, al menos en las medidas de depresión (Atkeson, Calhoun, Resick y Ellis, 1982; Steketee y Foa, 1987).

Otro tema de interés es si la modalidad grupal de tratamiento con víctimas de agresiones sexuales puede potenciar la eficacia de la terapia. En el estudio de Becker y Abel (1981), orientado específicamente al tratamiento de las disfunciones

sexuales en víctimas de violación e incesto, la modalidad grupal y la individual obtienen buenos resultados, pero mejores la primera que la segunda. Los resultados obtenidos en un estudio reciente (Resick et al., 1988) con aplicaciones grupales de inoculación de estrés, entrenamiento asertivo o terapia de apoyo más información son alentadores, pero se carece aún de estudios controlados que hayan puesto a prueba la eficacia diferencial de la modalidad individual y de la modalidad grupal en víctimas de agresiones sexuales. Si bien, en algunos estudios con otros problemas no se han encontrado diferencias de mejoría con una modalidad individual o grupal (Rose, 1986), con este tipo de problema no se pueden hacer afirmaciones contundentes, ya que las variables individuales parecen desempeñar un papel importante (Resick et al., 1988).

No está delimitado aún el alcance de los factores inespecíficos de la terapia en el tratamiento de las agresiones sexuales, que podrían incidir específicamente en la reducción de la ansiedad anticipatoria (Reiss y McNally, 1985). En el estudio de Resick et al. (1988) las víctimas tratadas grupalmente con inoculación de estrés, entrenamiento asertivo o terapia de grupo más información mejoran, especialmente en los problemas relacionados con el miedo y la ansiedad, de forma significativa (sin diferencias entre las modalidades terapéuticas), pero, sin embargo, las víctimas asignadas al grupo de control de lista de espera no mejoran. Desde esta perspectiva, y a partir de los resultados tan similares obtenidos con tratamientos tan distintos, se puede plantear si la cuestión clave es el tratamiento grupal o, simplemente, el contacto con la terapia, independientemente de la modalidad que ésta adopte. Este punto requiere una investigación cuidadosa.

Hay muchas incógnitas que necesitan aún ser despejadas. Una de ellas es la relacionada con el sexo de los terapeutas. La utilización habitual de mujeres en este tipo de terapias, algunas de ellas víctimas antiguas de violación, facilita el modelo de "coping" y responde a la premisa subyacente de que sólo las mujeres pueden entender a otras mujeres que han sido atacadas por un hombre y ayudarlas en la resolución de la crisis. Pero el uso exclusivo de mujeres como consejeras puede ser inadecuado por el desarrollo mismo de las fobias. Si la víctima, como es habitual, generaliza la evitación a otros varones distintos del agresor y si el componente fundamental en el tratamiento de las fobias es la exposición (Marks, 1987), el contacto exclusivo con consejeras priva a la víctima del contacto cálido y comprensivo con terapeutas varones y contribuye a recluirla en un mundo femenino (Becker y Abel, 1981; Resick et al., 1988). De hecho, en el estudio de Resick et al. (1988), en que se entrevistaron a 57 víctimas, sólo 1 puso objeción a un terapeuta por el hecho de ser varón. Este punto, sin embargo, requiere investigaciones ulteriores.

Aunque necesitados de investigación, los componentes cognitivos del tratamiento parecen importantes. Desde esta perspectiva, la terapia puede cubrir varios objetivos. En primer lugar, comprender y apoyar a la víctima ante la situación de

indefensión y de pérdida de control en que se encuentra a causa de la agresión sexual. En segundo lugar, eliminar las ideas y sentimientos irracionales suscitados en la víctima en relación con la violación y proceder a una reevaluación cognitiva de lo ocurrido. Y en tercer lugar, resituar el acontecimiento traumático en sus justas dimensiones y ayudar a las víctimas a continuar adelante con su vida. A menos que aprendan a trascender los efectos del acontecimiento traumático y parar de pensar en sí mismas como "violadas", no se van a recuperar del trauma por completo.

Desde mi punto de vista, ésta es, justamente, la diferencia que puede existir entre el tratamiento de las fobias y del estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales. Las técnicas de exposición, que tan efectivas resultan en el tratamiento de las fobias, pueden resultar insuficientes en el manejo de la violación si no van acompañadas también de una terapia de apoyo y de reevaluación cognitiva (Echeburúa, 1989).

No hay apenas estudios sobre los factores predictivos de éxito terapéutico "per se" o a cada una de las diferentes modalidades terapéuticas o sobre la adaptación de los programas estándar a las necesidades específicas de cada víctima (Kilpatrick y Calhoun, 1988), quizá por el escaso número de sujetos con que han contado la mayoría de los estudios. El estudio parcial de Frank y Stewart (1983b) en que se asocian diversos factores predictivos (la experimentación de golpes físicos en la agresión sexual, la carencia de pensamientos o intentos previos de suicidio, y la percepción de la víctima de que el agresor estaba bajo los efectos del alcohol o las drogas) con una menor tasa de depresión tras el tratamiento no debe ser sino el comienzo de estudios más globales y sistemáticos en esta dirección.

Desde la perspectiva de la evaluación, y a diferencia de los primeros trabajos, las investigaciones más recientes recurren a instrumentos relacionados específicamente con los síntomas asociados a la agresión sexual (ansiedad, depresión y funcionamiento social y sexual). No hay, sin embargo, ninguna escala global que haga una valoración conjunta de las alteraciones producidas por una agresión sexual. Por otra parte, y además de las medidas de autoinforme, no se han desarrollado apenas tests de evitación conductual o medidas psicofisiológicas, con la excepción de unos pocos trabajos (Blanchard y Abel, 1976; Rychtarik et al., 1984; Veronen y Kilpatrick, 1983), para evaluar las respuestas a los estímulos de ansiedad. Reducir la evaluación de dichas respuestas a los instrumentos de autoinforme parece, en el estado actual de los conocimientos, claramente limitativo (Steketee y Foa, 1987).

Una última nota. Las víctimas de agresión sexual han tenido hasta la fecha un difícil encaje en el sistema policial y judicial. Se deben introducir cambios en estos sistemas, al menos, en una doble dirección. En primer lugar, retrasar el interrogatorio completo hasta que haya disminuido la ansiedad de la víctima y pueda, por tanto, ofrecer una información precisa. Los niveles altos de ansiedad interfieren en el funcionamiento cognitivo e intelectual normal, por lo que se plantean a la víctima

grandes dificultades para recordar detalles de la agresión y para informar de los mismos a las autoridades durante el interrogatorio. Y en segundo lugar, suprimir la exigencia de demostración de resistencia física, ya que en los casos de utilización de un arma por parte del agresor la amenaza de muerte que percibe la víctima suscita con frecuencia una conducta de paralización como respuesta a la situación de terror.

BIBLIOGRAFIA

- ATKESON, B.M; CALHOUN, K.S.; RESICK, P. A. y ELLIS, E. M. (1982): Repeated assesment of depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 96-102.
- AUERBACH, S.M. y KILMANN, P.R. (1977): Crisis intervention: A review of outcome research. *Psychological Bulletin*, 84, 1189-1217.
- BECK, A.T. (1972): *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania.
- BECKER, J.V. y ABEL, G.G. (1981): Behavioral Treatment of Victims of Sexual Assault. En : S.H. TURNER, K.S. CALHOUN y H.E. ADAMS (Eds.): *Handbook of Clinical Behavior Therapy*, New York: John Wiley and Sons.
- BECKER, J.V. y SKINNER, L.J. (1983): Assessment and treatment of rape related sexual dysfunctions. *The Clinical Psychologist*, 36, 102-105.
- BECKER, J.V.; SKINNER, L.J.; ABEL, G.G.; AXELROD, R. y CICHON, J. (1984): Sexual Problems of Assault Survivors. *Women and Health*, 9 (4), 5-20.
- BLANCHARD, E. y ABEL, G. (1976): An experimental case study of the biofeedback treatment of a rape induced psychophysiological cardiovascular disorder. *Behavior Therapy*, 7, 113-119.
- BRODSKY, S. (1976): Prevention of Rape: Deterrence by the potential victim. En: M. Walker y S. Brodsky (Eds): *Sexual Assault*, Lexington, Ma.: Lexington Books.
- BURGESS, A. y HOLMSTROM, L. (1974): Rape Trauma Syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 131, 981-986.
- CORRAL, P., ECHEBURUA, E. y SARASUA, B. (1989): Estrés postraumático en víctimas de violación. En: E. Echeburúa (Ed): *El estrés problemática psicológica y vías de intervención*, San Sebastián, Universidad del País Vasco.
- CRYER, L. BEUTLER, L. (1980): Group therapy: And alternative treatment approach for rape victims. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 6, 40-46.
- ECHEBURUA, E. (1989): Evaluación y tratamiento del estrés postraumático en víctimas de violación. En : E. Echeburúa (Ed): *El estrés problemática psicológica y vías de intervención*, San Sebastian, Universidad del País Vasco.

- ECHEBURUA, E. (1990): La exposición y los enfoques cognitivos en el tratamiento de los trastornos de ansiedad según los criterios diagnósticos del DSM-III R y del ICD-10. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 8.
- ECHEBURUA, E. y CORRAL, P. (1990): Insuficiencias de los modelos de condicionamiento en la conceptualización de los trastornos de ansiedad. *Boletín de Psicología*, 28.
- ECHEBURUA, E. CORRAL, P. y SARASUA, B. (1988): El impacto psicológico en las víctimas de violación. En: A. Beristain (Ed): *La mujer, la víctima y la cárcel*, Bilbao: Mensajero.
- ELLIS, E.M. (1983): A review of empirical rape research: Victim reactions and response to treatment. *Clinical Psychology Review*, 3, 473-490.
- ELLIS, E.M.; ATKESON, B.M. y CALHOUN, K.S. (1981): An Assessment of Long-Term Reaction to Rape. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 263-273.
- FOA, E.B. y KOZAK, M.J. (1985): Treatment of anxiety disorders: Implications for psychopathology. En: J.D. Maser y A.H. Tuma (Eds): *Anxiety and the anxiety disorders*, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- FOA, E.B., STEKETEE, G. y OLASOV, B. (1989): Behavioral / Cognitive Conceptualizations of Post-Traumatic Stress Disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- FORMAN, B.D. (1980): Cognitive modification of obsessive-thinking in a rape victim: A preliminary study. *Psychological Reports*, 47, 819-822.
- FRANK, E., ANDERSON, B., STEWART, B.D., DANCU, C., HUGHES, C. y WEST, D. (1988): Efficacy of Cognitive Behavior Therapy and Systematic Desensitization in the Treatment of Rape Trauma. *Behavior Therapy*, 19, 403-420.
- FRANK, E. y STEWART, B.D. (1982): The treatment of depressed rape victims: An approach to stress-induced symptomatology. En: P. Clayton (Ed): *Treatment of depression: Old controversies and new approaches*, New York: Raven Press.
- FRANK, E. y STEWART, B.D. (1983a): Treating depression in victims of rape. *The Clinical Psychologist*, 36, 95-98.
- FRANK, E. y STEWART, B.D. (1983b): Treatment of depressed rape victims: An approach to stress-induced symptomatology. En: P.J. Clayton y J.E. Barrett (Eds): *Treatment of depression: Old controversies and new approaches*, New York: Raven Press.
- FRANK, E. y STEWART, B.D. (1984): Depressive symptoms in rape victims: A revisit. *Journal of Affective Disorders*, 7, 77-85.
- FRANK, E. y TURNER, S.M. (1981): *The rape victim: Her response and treatment*. National Center for the Prevention and Control of Rape. NIMH, Grant N° RO1 MH29692.
- FRANK, E., TURNER, S.M. y DUFFY, B. (1979): *Depressive Symptoms in Rape Victims*. *Journal of Affective Disorders*, 1, 269-297.

- GIACINTI, T.A. y TJADEN, C. (1973): Citado en Becker y Abel, 1981.
- GIARRETTO, H. (1982): *Integrated Treatment of Child Sexual Abuse: A Treatment and Training Manual*, Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- HAYNES, S.N. y MOONEY, D.K. (1975): Nightmares: Etiological, theoretical and behavioral treatment considerations. *Psychological Record*, 25, 225-236.
- HOLMES, M.R. y ST. LAWRENCE, J. (1983): Treatment of rape-induced trauma: Proposed behavioral conceptualization and review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 3, 417-433.
- KEANE, T.M., FAIRBANK, J.A., CADDELL, J.M. y ZIMERING, R.T. (1989): Implosive (Flooding) Therapy Reduces Symptoms of PTSD in Vietnam Combat Veterans. *Behavior Therapy*, 20, 245-260.
- KIDDER, L., BOELL, J. y MOYER, M. (1983): Rights consciousness and victimization prevention: Personal defense and assertiveness training. *Journal of Social Issues*, 39, 135-170.
- KILPATRICK, D.G. y AMICK, A. E. (1985): Rape Trauma. En: M. HERSEN y C. G. LAST (Eds): *Behavior therapy casebook*, New York: Springer.
- KILPATRICK, D.G. y CALHOUN, K.S. (1988): Early Behavioral Treatment for Rape Trauma: Efficacy or Artifact?. *Behavior Therapy*, 19, 421-427.
- KILPATRICK, D.G., SAUNDERS, B.E., VERONEN, L.J., BEST, C.L. y VON, J.M. (1987): Criminal Victimization: Lifetime Prevalence, Reporting to Police and psychological Impact. *Crime and Delinquency*, 33(4), 479-489.
- KILPATRICK, D.G. y VERONEN, L.J. (1983): Treatment for rape-related problem Crisis Intervention Is Not Enough. En: L.H. Cohen, W.L. Claiborn y G.A. Specter (Eds): *Community Clinical Psychology Series*, New York: Human Sciences Press, vol. IV, 2ª edic.
- KILPATRICK, D.G. y VERONEN, L.J. (1984): *Assessing victims of rape: Methodological Issues*. Final report, NIMH Grant N° HMH38052, August, 1984.
- KILPATRICK, D.G., VERONEN, L.J. y BVEST, C.L. (1985): Factors Predicting Psychological Distress Among Rape Victims. En: CH. R. FIGLEY (Ed): *Trauma and its wake*, New York: Brunner/Mazel.
- KILPATRICK, D.G., VERONEN, L.J. y RESICK, P.A. (1982): Psychological sequelae to rape: Assessment and treatment strategies. En: D.M. Doleys, R.L. Meredith y A.R. Ciminero (Eds): *Behavioral Medicine: Assessment and Treatment Strategies*, New York: Plenum Press.
- KNOPP, F.H. (1982): *Remedial Intervention in Adolescent Sex Offenses: Nine Program Descriptions*, Syracuse, N.Y.: Safer Society Press.
- KOLIAS, K. (1974): Women and rape. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 8, 183-197.
- KOSS, M.P. y BURKHART, B.R. (1989): A Conceptual Analysis of Rape Victimization. Long-Term Effects and Implications for Treatment. *Psychology of women quarterly*, 13, 27-40.

- LANGE, A. J. y JAKUBOWSKI, P. (1976): *Responsible assertive behavior*, Champaign, IL.: Research Press.
- LANGEVIN, R. (1983): *Sexual Strands: Understanding and Treating Sexual Anomalies in Men*, Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- LOBITZ, W. y LoPICCOLO, J. (1972): New methods in the behavioral treatment of sexual dysfunctions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 265-271.
- MARKS, I.M. (1987): *Fears, Phobias and Rituals*, New York: Oxford University Press.
- MASTRIA, A. (1976). Citado en: Becker y Abel, 1981.
- McCAFFREY, R.J. y FAIRBANK, J.A. (1985): Behavioral Assessment and Treatment of Accident-Related Posttraumatic Stress Disorder: Two Case Studies. *Behaviour Therapy*, 13, 499-510.
- MINISEK, N.A. (1984): *Flooding as a supplemental treatment for Vietnam veterans*. Paper at the Third National Conference on Post Traumatic Stress Disorder. Baltimore.
- OLASOV, B. y FOA, E.G. (1987, November): *The treatment of posttraumatic stress disorder in sexual assault survivors using stress inoculation training (SIT)*. Presented at the 21st. Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston.
- PEARSON, M.A., POQUETE, B.M. y WASDEN, R.E. (1983): Stress-inoculation and the treatment of post-rape trauma: A case report. *Behavior Therapist*, 6, 58-59.
- REISS, S. y McNALLY, R.J. (1985): Expectancy model of fear. En: S. Reiss y R.R. Bootzin (Eds.): *Theoretical Issues in Behavior Therapy*, New York: Academic Press.
- RESICK, P.A., JORDAN, C.G., GIRELLI, S.A., HUTTER, C.K. y MARHOEFERDVORAK, S. (1988): A comparative Outcome Study of Behavioral Group Therapy for Sexual Assault Victims. *Behavior Therapy*, 19, 385-401.
- ROSE, S.D. (1986): Group methods. En: F.H. Kanfer y A.P. Goldstein (Eds.): *Helping people change: A text book of methods*, 3rd. ed., New York: Pergamon Press.
- RYCHTARIK, R.G., SILVERMAN, W.K., VAN LANDINGHAM, W.P. y PRUE, D.M. (1984): Treatment of an incest victim with implosive therapy: A case study. *Behavior Therapy*, 15 410-420.
- STEKETEE, G. y FOA, E.B. (1987): Rape victims: Post-Traumatic Stress Response and Their Treatment: A review of the Literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 69-86.
- STEWART, B., HUGHES, C., FRANK, E., ANDERSON, B., KENDALL, K.K. y WEST, D. (1987): The Aftermath of Rape. Profiles of Immediate and Delayed Treatment Seekers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 90-94.

- TURNER, S.M. (1979): *Systematic desensitization of fears and anxiety in rape victims*. Paper presented at the meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Francisco, CA.
- TURNER, S.M. y FRANK, E. (1981): Behavior therapy in the treatment of rape victims. En: L. Michelson, M. Hersen y S.M. Turner (Eds.): *Future perspectives in behavior therapy*, New York: Plenum Press.
- VERONEN, L.J. y KILPATRICK, D.G. (1982, November): *Stress inoculation training for victims of rape: Efficacy and differential findings*. Presented at the 16th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Los Angeles.
- VERONEN, L.J. y KILPATRICK, D.G. (1983): Stress Management for Rape Victims. En: D. Meichenbaum y M.E. Jaremko (Eds.): *Stress reduction and prevention*, New York: Plenum Press (traducción, 1987, Desclée de Brouwer).
- WOLFF, R. (1977): Systematic desensitization and negative practice to alter the aftereffects of a rape attempt. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 423-425.
- WOLPE, J. (1969): *The practice of behavior therapy* (1st. ed.), New York: Pergamon Press.
- YASSEN, J. y GLASS, L. (1984): Sexual assault survivors groups: A feminist practice perspective. *Social Work*, May- June: 252-257

The first part of the history of the United States is the history of the colonies. The colonies were first settled by Englishmen in 1607, and they grew in number and importance until the Revolution. The colonies were at first dependent on Great Britain, but they gradually became more independent. The Revolution was a struggle for independence, and it was won in 1776. The United States was then a new nation, and it began to develop its own government and institutions. The history of the United States is a story of growth and progress, and it is a story that is still being written.

The second part of the history of the United States is the history of the nation. The nation was founded in 1776, and it has since grown in size and power. The nation has been through many wars and difficulties, but it has always emerged stronger and more united. The history of the United States is a story of resilience and strength, and it is a story that is still being written.

The third part of the history of the United States is the history of the people. The people of the United States are a diverse and dynamic group, and they have played a central role in the nation's history. The people have fought for freedom and justice, and they have built a great nation. The history of the United States is a story of the people, and it is a story that is still being written.