

**VARIABLES PREDICTORAS DE FRACASO TERAPÉUTICO  
EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE  
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS  
DE AGRESIONES SEXUALES**

**Paz de Corral  
Enrique Echeburúa  
Belén Sarasua  
Irene Zubizarreta**

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

**RESUMEN**

*En este artículo se presenta un estudio empírico sobre las características de las víctimas de agresiones sexuales aquejadas del trastorno de estrés posttraumático que no responden al tratamiento en el plazo de 1 año de seguimiento. La muestra consta de 40 pacientes seleccionadas con arreglo a los criterios diagnósticos del DSM-IV. Las variables predictoras del fracaso terapéutico son, además de la elección de un tratamiento inadecuado, un nivel alto de ansiedad, de depresión y de miedos relacionados con situaciones sexuales tras la terapia, así como la falta de apoyo social y de adaptación a la vida cotidiana. Se comentan las implicaciones de este estudio para la investigación y la práctica clínica.*

**Palabras clave:** *VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO. VARIABLES PREDICTORAS. FRACASO TERAPÉUTICO.*

## SUMMARY

*The aim of this paper was to determine the features of rape victims with PTSD who did not respond to treatment within an one year follow-up period. The sample consisted of 40 patients selected according to DSM-IV criteria. Predictive variables for the therapeutic failure were the choice of an inadequate treatment, anxiety, depression and fears related to sexual situations following the treatment, as well as the lack of social support and of general adaptation. Implications of this study for clinical practice and future research in this field are commented upon.*

**Key words:** RAPE VICTIMS. POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER. PREDICTIVE VARIABLES. THERAPEUTIC FAILURE.

## INTRODUCCIÓN

No está de más recordar la excelente ocasión que brinda el análisis de los fracasos terapéuticos para avanzar en una práctica clínica más refinada (Foa y Emmelkamp, 1983; Guerricaechevarría y Echeburúa, 1997). Por muy elevada que sea la tasa de éxitos obtenida con un tratamiento determinado, no se debe menospreciar el análisis de los casos no mejorados. Sólo de este modo se puede avanzar en la depuración de los componentes de los programas terapéuticos ensayados y en la elaboración de tratamientos más «a la medida».

En los últimos años se ha experimentado un progreso importante en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales (Echeburúa y Corral, 1998; Foa y Riggs, 1995; Foa, Rothbaum y Molnar, 1995). Lo que se conoce de las variables predictoras de este cuadro clínico y, más en concreto, de los resultados terapéuticos es, sin embargo, mucho más escaso.

La importancia de este tema viene dada, por un lado, porque, a diferencia de otras reacciones psicológicas ante situaciones de duelo -revés económico, desengaño amoroso, pérdida de un ser querido, etc.-, este trastorno mental no remite espontáneamente con el transcurso del tiempo y tiende a cronificarse; por otro, porque las diferencias individuales en las reacciones psicológicas tras la experimentación de un suceso traumático son muy importantes. A un nivel predictivo global, la evolución de los síntomas a

la remisión o a la cronificación puede depender de la existencia de un trastorno psicopatológico previo, de la percepción de control sobre los sucesos negativos, de la intensidad y gravedad de los estresores, de la presencia temprana de síntomas disociativos y del apoyo psicológico y social recibido durante y después del trauma (Foa y Riggs, 1995).

Desde una perspectiva psicopatológica, hay una baja correlación entre el grado de intensidad del trastorno de estrés postraumático y el tipo de agresión sexual (violación consumada *versus* intento de violación; agresión sexual aislada en la vida adulta *versus* efectos en la vida adulta del abuso sexual continuado en la infancia). La gravedad de este cuadro clínico depende fundamentalmente de otras circunstancias (percepción subjetiva de la agresión, acontecimientos estresantes sufridos, estabilidad emocional, etc.) (Corral, Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta, 1995a; Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996; Kusher, Riggs, Foa y Miller, 1992). En otras palabras, la percepción de la amenaza es un mejor predictor de este cuadro clínico que la amenaza misma. No hay, por tanto, una correspondencia entre la *gravedad jurídica* y la *gravedad psicológica* de las agresiones sexuales.

A nivel terapéutico, en el estudio de Frank y Stewart (1983) las variables relacionadas con una tasa menor de depresión tras el tratamiento son la existencia de lesiones durante la agresión, 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. Los resultados de este estudio son, sin embargo, muy dispersos e inconcluyentes.

La exposición es un tratamiento bien contrastado en la terapia del trastorno de estrés postraumático. Algunas emociones son predictoras de la eficacia del tratamiento de exposición en imaginación a los recuerdos traumáticos. Más en concreto, el miedo -incluso el horror-, que correlaciona con una mayor intensidad de este cuadro clínico, responde bien a la terapia; por el contrario, la ira o la culpa, que pueden generar una menor gravedad de los síntomas, responden, sin embargo, peor al tratamiento (Foa, Riggs, Massie y Yarczower, 1995). La reestructuración cognitiva puede ser útil en estos casos como ayuda complementaria (Taylor y Koch, 1995).

Los estudios citados no hacen sino presentar unos aspectos muy parciales de la predicción de resultados terapéuticos. Conviene, por ello, ahondar en un tema insuficientemente conocido y clínicamente relevante. Los re-

sultados presentados en este trabajo forman parte de una investigación más amplia sobre la efectividad diferencial de diversas modalidades terapéuticas en el tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático agudo (Corral *et al.*, 1995a; Echeburúa *et al.*, 1996) y crónico (Corral, Echeburúa, Zubizarreta y Sarasua, 1995b; Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1997) en víctimas de agresiones sexuales.

## MÉTODO

### Sujetos

La muestra total de sujetos de este estudio contó con 40 víctimas de agresiones sexuales (20 con trastorno de estrés postraumático agudo y 20 con crónico) que acudieron en busca de tratamiento psicológico a los Centros de Asistencia Psicológica de la Mujer del País Vasco (San Sebastián y Bilbao) durante el período comprendido entre abril de 1994 y diciembre de 1996.

Se seleccionó a las pacientes en función de los siguientes criterios: a) ser mujer y haber sufrido una agresión sexual; b) cumplir los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático del *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) según la entrevista estructurada ADIS-R (DiNardo y Barlow, 1988); y c) no padecer una enfermedad orgánica ni un trastorno mental grave. Se trataba, en último término, de contar con pacientes homogéneas y no afectadas por otros cuadros clínicos.

En cuanto a las características demográficas y del tipo de agresión más significativas de la muestra, se trataba de chicas jóvenes, con una edad media de 22 años ( $DT=7,02$ ; rango: 15-45) y, por ello, en su mayor parte solteras y estudiantes. En el 55% de los casos la violación había sido consumada y acompañada de lesiones físicas. Un 25% de la muestra habían sido víctimas de abuso sexual en la infancia; en estos casos habían transcurrido más de 10 años desde el suceso traumático, las agresiones sexuales habían sido continuadas y sin penetración y los agresores eran fundamentalmente familiares o personas conocidas.

Resulta especialmente significativo, desde la perspectiva de las consecuencias psicológicas, que la mayoría de las víctimas (en concreto, el 62,5%) carecían de relaciones sexuales previas y que la violación constituyó, por tanto, su primera experiencia sexual.

## Diseño

En las investigaciones originales sobre la terapia del trastorno de estrés postraumático agudo (Echeburúa *et al.*, 1996) y crónico (Corral *et al.*, 1995b; Echeburúa *et al.*, 1997) se utilizó un diseño experimental multigrupo de medidas repetidas, con una *evaluación* en el pretratamiento, en el postratamiento y en los diversos seguimientos (1, 3, 6 y 12 meses).

En el caso de las víctimas con trastorno de estrés postraumático agudo se compararon dos modalidades terapéuticas: a) reevaluación cognitiva y estrategias de afrontamiento; y b) entrenamiento en relajación muscular progresiva. En las pacientes aquejadas del trastorno de estrés postraumático crónico, se analizó también la diferencia entre dos programas de intervención: a) autoexposición y reevaluación cognitiva; y b) entrenamiento en relajación muscular progresiva.

No obstante, dado el carácter correlacional de este estudio, y a efectos de aumentar la potencialidad de los análisis estadísticos, en este trabajo se agrupa a todas las víctimas de agresiones sexuales en dos únicos grupos en función del cuadro clínico experimentado (trastorno de estrés postraumático agudo y trastorno de estrés postraumático crónico).

## Instrumentos de medida

Una descripción detallada de los instrumentos de evaluación utilizados en la investigación completa figura en Corral *et al.* (1995a, 1995b) y en Echeburúa *et al.* (1996, 1997). En los párrafos siguientes sólo se describen los cuestionarios que están relacionados con el objetivo de este artículo.

### a) *Evaluación del trastorno de estrés postraumático*

*Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS)* (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997). Se trata de una escala heteroaplicada, que funciona a modo de entrevista estructurada y que sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés postraumático según los criterios del *DSM-IV* (APA, 1994).

Esta escala, estructurada en un formato de tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems, de los que 5 hacen referencia a los síntomas de *reexperimentación*, 7 a los de *evitación* y 5 a los de *hiperactivación*.

El rango es de 0 a 51 en la escala global; de 0 a 15, en la subescala de reexperimentación; de 0 a 21 en la de evitación; y de 0 a 15 en la de activación. El punto de corte propuesto para la escala global es de 15, con una distribución de 5 puntos en la subescala de reexperimentación, de 6 en la de evitación y de 4 en la de activación.

### **b) Evaluación de otras variables psicopatológicas**

*Cuestionario de Miedos Modificado (MFS III)* (Veronen y Kilpatrick, 1980). Está basado en el *Cuestionario de Miedos* de Wolpe y Lang (1964). Cuenta con una subescala específica de 45 ítems de miedos referidos a las agresiones sexuales, que es la que se ha utilizado en esta investigación y que está estructurada en un formato de tipo Likert (de 1 a 5) en función del malestar que produce cada situación. El rango total de esta subescala es de 45 a 225. La fiabilidad test-retest es de 0,60 a 0,74, con un intervalo de 2,5 meses. La consistencia interna oscila de 0,81 a 0,94. Desde la perspectiva de la validez discriminante, este instrumento discrimina adecuadamente entre la víctimas y no víctimas durante, al menos, 3 años después de la agresión sexual (Kilpatrick y Veronen, 1984).

*Inventario de Ansiedad (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. La fiabilidad test-retest es de 0,81 en la ansiedad-rasgo y, como es lógico, bastante más baja en la ansiedad-estado (0,40). La consistencia interna oscila de 0,83 a 0,92.

*Inventario de Depresión de Beck (BDI)* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Consta de 21 ítems y mide la intensidad de los síntomas depresivos. El rango de las puntuaciones es de 0 a 63. El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de 0,93. Desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de 0,62 a 0,66.

*Escala de Inadaptación* (Echeburúa y Corral, 1987a). Refleja el grado en que la agresión sexual afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y familia. Este instrumento, con 6 ítems que oscilan de 1 a 6 en una escala de tipo Likert, consta asimismo de una subescala general que refleja el grado de inadaptación global a la vida cotidiana. El rango de la escala total es de 6 a 36 (a mayor puntuación, mayor inadaptación).

### c) Evaluación de las variables de personalidad

*Cuestionario de Personalidad 16 PF* (Cattell, 1972) (forma C). Este instrumento de medida ofrece una visión global de la personalidad a través de la evaluación de 16 dimensiones primarias, funcionalmente independientes y psicológicamente significativas, que han sido aisladas y definidas repetidamente en muchas investigaciones con sujetos normales y clínicos.

Además de los factores primarios de la personalidad, el 16PF cubre otro grupo de factores, denominados de segundo orden, más amplios (*Ajuste/Ansiedad, Introversión/Extraversión, Poca/Mucha Sociabilidad Controlada, Dependencia/Independencia*). La fiabilidad y validez de los factores secundarios han mostrado ser satisfactorias (Seisdedos, 1978).

En este trabajo se han utilizado las dimensiones de *Introversión-Extraversión* y de *Dependencia-Independencia* como objetivos de estudio porque resultan más significativas en el marco global de la investigación. El factor *extraversión* define a los sujetos socialmente desenvueltos, no inhibidos y con buena capacidad para lograr y mantener contactos personales. En sentido opuesto, la *introversión* es característica de los sujetos reservados, autosuficientes e inhibidos en las relaciones sociales. Por otra parte, el factor *independencia* define a los sujetos que son independientes, atrevidos y emprendedores. En sentido opuesto, la *dependencia* es característica de los individuos pasivos y que se dejan llevar por el grupo.

La adaptación española de este cuestionario ha sido realizada por TEA en diferentes ediciones (1989).

*Escala de Estrés-Apoyo Social* (California Department of Mental Health, 1981). Es una escala autoaplicada que consta de dos partes. En la primera, se evalúa el nivel de estrés en el último año en las áreas familiar, económico-laboral y personal. En la segunda, se evalúa el nivel de apoyo social en relación con la frecuencia y la calidad de las relaciones afectivas y sociales. Con la puntuación que se obtiene en cada escala se establece una interrelación en función de unos baremos establecidos (Conde y Franch, 1984). En la subescala de estrés el rango es de 0 a 28; y en la de apoyo social, de 0 a 40.

### d) Evaluación de las variables relacionadas con el tratamiento

*Escala de Expectativas de Cambio* (Echeburúa y Corral, 1987b). Con esta escala se trata de valorar, desde una perspectiva global, la motivación

de la paciente ante el tratamiento y, desde una perspectiva más específica, el grado en que la víctima confía mejorar (con una graduación de 1 *-nada-* a 6 *-muchísimo-*) como consecuencia de la terapia que va a recibir.

### Procedimiento

En primer lugar, y dado que el resultado del tratamiento se consideró como una variable dicotomizada (éxito o fracaso), se utilizó un análisis discriminante para establecer el valor predictivo de las variables estudiadas sobre el fracaso terapéutico a largo plazo (seguimiento de 1 año), cuando las conductas están ya suficientemente estabilizadas. En esta investigación se entiende por fracaso terapéutico el mantenimiento del trastorno de estrés postraumático después de haber recibido el tratamiento.

En este sentido se calcularon, en un primer paso, las correlaciones bivariadas de todas las variables estudiadas (demográficas, de personalidad, psicopatológicas y relacionadas con el tratamiento) con la variable criterio. A continuación, en un segundo paso, se seleccionaron como variables intervinientes en el análisis discriminante sólo las que tenían una correlación significativa con el fracaso terapéutico.

En segundo lugar, se aplicaron análisis de regresión múltiple utilizando como variable criterio la puntuación en la *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático*. El objetivo era establecer el valor predictivo de las variables estudiadas sobre la gravedad del cuadro clínico a largo plazo (seguimiento de 1 año).

## RESULTADOS

Se presentan los resultados separadamente para cada uno de los dos tipos de víctimas estudiados.

### a) Víctimas con trastorno de estrés postraumático agudo

#### *Fracasos terapéuticos*

En la *tabla 1* figuran los sujetos, clasificados por modalidad terapéutica y fase de la evaluación, que no han respondido adecuadamente al tratamiento y que se pueden incluir en la categoría de fracasos terapéuticos, según el criterio que se ha señalado anteriormente.

Tabla 1.- Porcentaje de fracasos terapéuticos (presencia del trastorno de estrés postraumático agudo) en las diversas fases del estudio

EVALUACIÓN	Grupo 1* N=10	Grupo 2* N=10	TOTAL N=20	
			N	(%)
Postratamiento	2	5	7	(35%)
1 mes	0	2	2	(10%)
3 meses	0	2	2	(10%)
6 meses	0	1	1	(5%)
12 meses	0	2	2	(10%)
* Grupo 1: reevaluación cognitiva y habilidades de afrontamiento				
* Grupo 2: entrenamiento en relajación muscular progresiva				

Independientemente de la modalidad clínica utilizada, los fracasos terapéuticos al terminar el tratamiento constituyen el 35% del total de la muestra. Sin embargo, se reducen considerablemente en el seguimiento de los 12 meses (hasta un 10%). Como se puede observar, los grandes cambios en el éxito terapéutico se producen, además de en la fase de tratamiento propiamente dicho, entre el alta y el seguimiento de 1 mes.

### Variables predictorias

Por un lado, el alcance predictor de las variables estudiadas en el pretratamiento respecto al resultado final (seguimiento de los 12 meses) es irrelevante estadísticamente. Por otro, las correlaciones bivariadas significativas entre las variables estudiadas en el postratamiento y el fracaso terapéutico a los 12 meses son sólo las que figuran en la *tabla 2*.

El análisis discriminante con estas tres variables dio como resultado una *Lambda de Wilks* de 0,56 ( $p < 0,10$ ). En la *tabla 2* figuran las medias y las desviaciones típicas de los sujetos con éxito terapéutico y con fracaso, así como los coeficientes tipificados que informan sobre el peso relativo diferencial de las distintas variables discriminantes.

Tabla 2.- Análisis discriminante de las variables posteriores al tratamiento implicadas en el fracaso terapéutico en el seguimiento de los 12 meses en las víctimas con estrés postraumático agudo

<i>A) Correlaciones bivariadas con el criterio de fracaso a los 12 meses</i>			
VARIABLES		CORRELACIONES	
Ansiedad (STAI-E)		0,64 **	
Depresión (BDI)		0,53 *	
Miedos (MFS)		0,40 +	
<i>B) Medias (y desviaciones típicas) de cada grupo según la función discriminante</i>			
		ÉXITOS (N=18)	FRACASOS (N=2)
Ansiedad (STAI-E)		17 (8,9)	42,5 (16,2)
Depresión (BDI)		7 (6,8)	21,5 (13,4)
Miedos (MFS)		99 (23,1)	133 (38,2)
<i>C) Coeficientes tipificados de las variables discriminantes</i>			
VARIABLES		COEFICIENTES	
Ansiedad (STAI-E)		1,41	
Depresión (BDI)		-0,48	
Miedos (MFS)		-0,06	
<i>D) Predicción de resultados</i>			
GRUPOS REALES		GRUPOS PREDICHOS	
		Éxitos	Fracasos
Éxitos	18 (90%)	17 (94,4%)	1 (5,6%)
Fracasos	2 (10%)	0 (0,%)	2 (100%)
Porcentaje de casos correctamente clasificados: 97,22%			
+ p<0,10		* p<0,05	** p<0,01

En resumen, estas variables del postratamiento clasifican correctamente de forma conjunta el 97,22% de los casos, con un riesgo de error del 2,78%.

En concreto, las pacientes que fracasan se caracterizan por tener en el postratamiento un nivel más alto de ansiedad y de depresión y un número mayor de situaciones temidas asociadas con la agresión sexual.

Por otra parte, en lo que se refiere a la predicción de la gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático en el seguimiento de los 12 meses, fueron cuatro las variables del postratamiento que obtuvieron una correlación significativa con el nivel de gravedad: *STAI-E* ( $r=0,65$ ;  $p<0,01$ ), *BDI* ( $r=0,51$ ;  $p<0,05$ ), *MFS* ( $r=0,44$ ;  $p<0,10$ ) y el tipo de tratamiento recibido ( $r=0,47$ ;  $p<0,05$ ). Es decir, cuanto mayor era el nivel de ansiedad, de depresión y de miedos en el postratamiento, mayor era la gravedad del cuadro clínico a los 12 meses de seguimiento. Asimismo, desde otro punto de vista, las víctimas que se han sometido al tratamiento de reevaluación cognitiva y de estrategias de afrontamiento presentan un nivel menor de gravedad de síntomas.

Los resultados del análisis de regresión múltiple efectuado para determinar el poder predictivo de estas variables figuran en la *tabla 3*.

**Tabla 3.- Correlación multivariada entre las variables psicopatológicas y el tipo de tratamiento con la gravedad del trastorno de estrés postraumático agudo (N=20)**

	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>ajustado</sub>	F
	0,79	0,62	0,48	4,61 **
VARIABLES	B	BETA	t	RANGO
Ansiedad ( <i>STAI-E</i> )	0,36	0,74	1,85 +	1º
Depresión ( <i>BDI</i> )	-0,21	-0,29	-0,64	3º
Miedos ( <i>MFS</i> )	0,01	0,01	0,07	4º
Tipo de tratamiento	4,62	0,40	2,40 *	2º
+ p<0,10      * p<0,05      ** p<0,01				

La correlación obtenida ( $r=0,79$  y  $r^2_{\text{ajustado}}=0,48$ ) es significativa ( $F=4,61$ ;  $p<0,01$ ) y otorga al conjunto global de las variables predictoras un peso explicativo del 48% de la varianza de la variable predecida (gravedad del estrés postraumático). En concreto, *la ansiedad* ( $t= 1,85$ ;  $p<0,10$ ) y, especialmente, *el tipo de tratamiento recibido* ( $t= 2,40$ ;  $p<0,05$ ) son las variables que ejercen la influencia específica más alta en los resultados finales.

## b) Víctimas con trastorno de estrés postraumático crónico

### Fracasos terapéuticos

En la *tabla 4* figuran los sujetos, clasificados por modalidad terapéutica y fase de la evaluación, que no han respondido adecuadamente al tratamiento y que se pueden incluir en la categoría de fracasos terapéuticos, según el criterio que se ha señalado anteriormente.

**Tabla 4.- Porcentaje de fracasos terapéuticos (presencia del trastorno de estrés postraumático crónico) en las diversas fases del estudio**

EVALUACIÓN	Grupo 1* N=10	Grupo 2* N=10	TOTAL N=20 ----- N (%)
<b>Postratamiento</b>	1	9	10 (50%)
<b>1 mes</b>	0	8	8 (40%)
<b>3 meses</b>	0	6	6 (30%)
<b>6 meses</b>	0	6	6 (30%)
<b>12 meses</b>	0	6	6 (30%)

\* Grupo 1: autoexposición y reevaluación cognitiva  
\* Grupo 2: entrenamiento en relajación muscular progresiva

Independientemente de la modalidad clínica utilizada, los fracasos terapéuticos al concluir el tratamiento constituyen el 50% del total de la muestra. Sin embargo, se reducen en el seguimiento de los 12 meses a un 30%.

**Variables predictorias anteriores al tratamiento**

Las correlaciones bivariadas significativas entre las variables estudiadas en el pretratamiento y el fracaso terapéutico a los 12 meses figuran en la *tabla 5*.

**Tabla 5.-Análisis discriminante de las variables anteriores al tratamiento implicadas en el fracaso terapéutico en el seguimiento de los 12 meses en las víctimas con estrés postraumático crónico**

<i>A) Correlaciones bivariadas con el criterio de fracaso en el postratamiento</i>		
VARIABLES	CORRELACIONES	
Miedos (MFS)	0,46 *	
Apoyo social	-0,40 +	
<i>B) Medias (y desviaciones típicas) de cada grupo según la función discriminante</i>		
	ÉXITOS (N=14)	FRACASOS (N=6)
Miedos (MFS)	116,7 (20,1)	142,8 (32,7)
Apoyo social	15,1 (6,3)	21,5 (8,6)
<i>C) Coeficientes tipificados de las variables discriminantes</i>		
VARIABLES	COEFICIENTES	
Miedos (MFS)	0,70	
Apoyo social	0,51	
<i>D) Predicción de resultados</i>		
GRUPOS REALES	GRUPOS PREDICHOS	
	Éxitos	Fracasos
Éxitos            14 (70%)	12 (85,71%)	2 (14,29%)
Fracasos        6 (30%)	2 (33,33%)	4 (66,67%)
Porcentaje de casos correctamente clasificados: 76,19%		
+ p<0,10        * p<0,05		

El análisis discriminante con estas dos variables dio como resultado una *Lambda de Wilks* de 0,74 ( $p < 0,10$ ). En la *tabla 5* figuran las medias y las desviaciones típicas de los sujetos con éxito terapéutico y con fracaso, así como los coeficientes tipificados que informan sobre el peso relativo diferencial de las distintas variables discriminantes.

En resumen, estas variables del pretratamiento clasifican correctamente de forma conjunta el 76,19% de los casos, con un riesgo de error del 23,81%.

En concreto, las pacientes que fracasan se caracterizan por tener en el pretratamiento un nivel mayor de situaciones temidas asociadas con la agresión sexual, así como un grado menor de apoyo social.

Por otra parte, en lo que se refiere a la predicción de la gravedad de síntomas en el seguimiento de los 12 meses, fueron dos las variables del pretratamiento que obtuvieron una correlación significativa con el nivel de gravedad: *MFS* ( $r = 0,54$ ;  $p < 0,05$ ) y el nivel de apoyo social ( $r = -0,50$ ;  $p < 0,05$ ). Los datos revelan una correlación significativa positiva entre el nivel de miedos asociados a la agresión sexual y la falta de apoyo social del pretratamiento con la gravedad del trastorno de estrés postraumático. Por tanto, cuanto mayor es el nivel de miedos y menor el grado de apoyo social, mayor es el nivel de gravedad de síntomas.

Los resultados del análisis de regresión múltiple efectuado para determinar el poder predictivo de estas variables figuran en la *tabla 6*.

**Tabla 6.- Análisis de regresión múltiple entre las variables psicopatológicas y la gravedad del trastorno de estrés postraumático a los 12 meses (N=20)**

	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>ajustado</sub>	F	
	0,60	0,37	0,30	5,13 *	
VARIABLES	B	BETA	t	RANGO	
Miedos ( <i>MFS</i> )	0,14	0,40	1,85 +	1°	
Apoyo Social	0,39	0,31	1,48	2°	
+ $p < 0,10$ * $p < 0,05$					

La correlación obtenida ( $r=0,60$  y  $r^2_{\text{ajustado}}=0,37$ ) es significativa ( $F=5,13$ ;  $p<0,05$ ) y otorga a las variables en conjunto un peso explicativo del 30% de la varianza de la variable predecida (gravedad del trastorno de estrés postraumático).

### *Variables predictoras posteriores al tratamiento*

Las correlaciones bivariadas significativas entre las variables estudiadas en el postratamiento y el fracaso terapéutico a los 12 meses figuran en la *tabla 7*.

El análisis discriminante con estas cuatro variables dio como resultado una *Lambda de Wilks* de 0,28 ( $p<0,01$ ). En la *tabla 7* figuran las medias y las desviaciones típicas de los sujetos con éxito terapéutico y con fracaso, así como los coeficientes tipificados que informan sobre el peso relativo diferencial de las distintas variables discriminantes.

En resumen, estas variables del postratamiento clasifican correctamente de forma conjunta el 100% de los casos.

En concreto, las pacientes que fracasan se caracterizan por mostrar en el postratamiento un nivel más alto de ansiedad y de depresión, así como un grado mayor de inadaptación, y por pertenecer al grupo 2 de tratamiento (entrenamiento en relajación muscular progresiva).

Por otra parte, en lo que se refiere a la predicción de la gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático, fueron cuatro las variables que obtuvieron una correlación significativa con el nivel de gravedad: *STAI-E* ( $r=0,69$ ;  $p<0,001$ ), *BDI* ( $r=0,69$ ;  $p<0,001$ ), *Inadaptación* ( $r=0,64$ ;  $p<0,01$ ) y el tipo de tratamiento recibido ( $r=0,70$ ;  $p<0,001$ ). Por tanto, cuanto mayor es el nivel de ansiedad, de depresión y de inadaptación global en el postratamiento, mayor es la gravedad de los síntomas a los 12 meses de seguimiento. Asimismo el tratamiento de *autoexposición y reevaluación cognitiva correlaciona con la presencia de una menor sintomatología psicopatológica a los 12 meses*.

Los resultados del análisis de regresión múltiple efectuado para determinar el poder predictivo de estas variables figura en la *tabla 8*.

La correlación resultante ( $r=0,91$  y  $r^2_{\text{ajustado}}=0,76$ ) es significativa ( $F=13,61$ ;  $p<0,001$ ) y otorga al conjunto global de las variables predictoras un peso explicativo del 76% de la varianza de la variable predecida (gravedad del trastorno de estrés postraumático). En concreto, es el *tipo de tratamiento recibido* la variable con una influencia específica más alta.

Tabla 7.- Análisis discriminante de las variables posteriores al tratamiento implicadas en el fracaso terapéutico en el seguimiento de los 12 meses en las víctimas con estrés postraumático crónico

<i>A) Correlaciones bivariadas con el criterio de fracaso a los 12 meses</i>			
VARIABLES		CORRELACIONES	
Ansiedad (STAI-E)		0,70 ***	
Depresión (BDI)		0,64 **	
Inadaptación global		0,62 **	
Tipo de tratamiento		0,65 **	
<i>B) Medias (y desviaciones típicas) de cada grupo según la función discriminante</i>			
		ÉXITOS (N=16)	FRACASOS (N=6)
Ansiedad (STAI-E)		16,1 (8,3)	35,8 (12,3)
Depresión (BDI)		5,6 (3,2)	15,1 (8,8)
Inadaptación global		2,2 (1,1)	4,1 (1,1)
<i>C) Coeficientes tipificados de las variables discriminantes</i>			
VARIABLES		COEFICIENTES	
Ansiedad (STAI-E)		0,45	
Depresión (BDI)		0,20	
Inadaptación global		0,22	
Tipo de tratamiento		0,77	
<i>D) Predicción de resultados</i>			
GRUPOS REALES		GRUPOS PREDICHOS	
		Éxitos	Fracasos
Éxitos	14 (70%)	14 (100%)	0 (0%)
Fracasos	6 (30%)	0 (0%)	6 (100%)
Porcentaje de casos correctamente clasificados: 100%			
* p<0,05      ** p<0,01      *** p<0,001			

Tabla 8.- Análisis de regresión múltiple entre las variables psicopatológicas y el tipo de tratamiento con la gravedad del trastorno de estrés postraumático (N=20)

	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>ajustado</sub>	F	
	0,91	,83	0,76	13,61	***
VARIABLES	B	BETA	t	RANGO	
Ansiedad (STAI-E)	0,01	0,01	0,06	4°	
Depresión (BDI)	0,21	0,16	0,90	2°	
Inadaptación global	0,27	0,04	0,26	3°	
Tipo de tratamiento	10,68	0,58	4,47	***	1°
+ p<0,10      *** p<0,001					

### CONCLUSIONES

El estudio de los factores predictivos del éxito terapéutico es una línea de investigación muy reciente, más aún en el caso del trastorno de estrés postraumático.

El grado de aceptación de la terapia por parte de las víctimas de este estudio ha sido alto. De hecho, no ha habido ningún rechazo ni abandono del tratamiento (Echeburúa *et al.*, 1996; Echeburúa *et al.*, 1997). Conviene reseñar este aspecto porque en otro tipo de pacientes aquejados del trastorno de estrés postraumático (por ejemplo, en ex combatientes) el número de rechazos y abandonos ha sido elevado. En el estudio de Albuquerque (1992), por ejemplo, la tasa conjunta de rechazos y abandonos abarca el 39% de la muestra.

En general, lo que mejor predice la mejoría de las víctimas al final del período de seguimiento (1 año) es su situación inmediatamente después del tratamiento, en concreto en lo que se refiere al nivel de ansiedad, de depresión, de inadaptación y de miedos relacionados con la vulnerabilidad a la agresión y con las situaciones sexuales. Asimismo, y al margen de los factores

inespecíficos presentes en cualquier intervención terapéutica, el tipo de terapia recibida -la reevaluación cognitiva y las habilidades de afrontamiento, en el trastorno agudo; la autoexposición y la reevaluación cognitiva, en el trastorno crónico- es un potente predictor de la mejoría experimentada.

Las variables anteriores al tratamiento, vinculadas a dimensiones de personalidad o a las circunstancias de la agresión (haber sido víctima de abusos sexuales en la infancia, conocer al agresor, etc.), tienen un poder explicativo irrelevante. Es verdad que la consumación de la violación y la presencia intimidatoria de armas -elementos inequívocos de la existencia de una «verdadera» agresión sexual- correlacionan con la ausencia de estrés postraumático a corto plazo, quizá porque la violación «clásica» -ataque violento y repetitivo, bajo amenaza de arma y producido por un extraño- es un tipo de delito cuya credibilidad nadie pone en duda. En estos casos, la atribución de responsabilidad por lo ocurrido recae sobre el agresor y no sobre la propia víctima.

Sin embargo, estas variables no permiten explicar los resultados finales a largo plazo. Sólo el apoyo social existente y el nivel de miedos presentes antes del tratamiento se configuran como variables predictoras significativas. En concreto, un apoyo social más elevado facilita la expresión de emociones, supone un plus de reforzamiento interpersonal y contribuye a reducir las distorsiones cognitivas frecuentes en las víctimas de agresiones sexuales.

No se ha hecho más que empezar en el estudio de las variables predictoras. La relevancia de la investigación en este campo deriva de sus implicaciones clínicas. Más allá de los protocolos estandarizados de tratamiento -necesarios, por otra parte-, un conocimiento preciso de los factores predictivos de los resultados terapéuticos va a permitir intensificar el tratamiento -es decir, alargarlo o incorporar nuevos componentes- y, en definitiva, adaptarlo a las necesidades específicas de cada paciente. Quizá ha llegado el momento en que el estudio de los protocolos de tratamiento genéricos deba ceder el paso a la aplicación individualizada y flexible de los mismos para potenciar los resultados terapéuticos en cada caso.

## BIBLIOGRAFÍA

- Albuquerque, A. (1992). Tratamiento del estrés postraumático en ex combatientes. En E. Echeburúa (Ed.). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid. Pirámide.

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington. APA.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, Desclee de Brower (original, 1979).
- Cattell, R.B. (1972). *Sixteen personality factor questionnaire (19 PF)*. Institute for Personality and Ability Testing. Champaign. Illinois. USA.
- Cattell, R.B. (1973). *Personality and mood by questionnaire*. London. Methuen.
- Cattell, R.B., Eber, H.W. y Tatsuoka, M.M. (1970). *Handbook for the sixteen personality factor questionnaire (16 PF)*. Champaign. Illinois. IPAT.
- Conde, V. y Franch, J.I. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid. Laboratorios Upjohn.
- Corral, P., Echeburúa, E., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995a). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático agudo en víctimas de agresiones sexuales: un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 3, 195-210.
- Corral, P., Echeburúa, E., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995b). Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 455-482.
- DiNardo, P.A. y Barlow, D.H. (1988). *Anxiety disorders interview schedule-revised (ADIS-R)*. Phobic and Anxiety Disorders Clinic, 1535 Western Avenue, Albany, New York 12203.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987a). *Escala de Inadaptación*. Manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987b). *Escala de Expectativas de Cambio*. Manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). Trastorno de estrés postraumático. En M.A. Vallejo (Ed.). *Manual de terapia de conducta*. Madrid. Pirámide.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I., Sarasua, B. y Páez, D. (1993). Estrés postraumático, expresión emocional y apoyo social en víctimas de agresiones sexuales. En D. Páez (Ed.). *Salud, expresión y represión social de las emociones*. Valencia. Promolibro.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: an experimental study. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 185-199.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification*, 21, 433-456.

- Foa, E.B. y Emmelkamp, P.M. (1983). *Failures in behavior therapy*. New York. John Wiley and Sons.
- Foa, E.B. y Riggs, D.S. (1995). Posttraumatic stress disorder following assault: Theoretical considerations and empirical findings. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 61-65.
- Foa, E.B., Riggs, D.S., Massie, E.D. y Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26, 487-499.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O. y Molnar, C. (1995). Cognitive-behavioral therapy of posttraumatic stress disorder. En M.J. Friedman, D.S. Charney y A.Y. Deutch (Eds.). *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to posttraumatic stress disorder*. Philadelphia. Lippincott-Raven Publishers.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O. y Steketee, G.S. (1993). Treatment of rape victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 256-276.
- Frank, E. y Stewart, B.D. (1983). 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.
- Guerricaechevarría, C. y Echeburúa, E. (1997). Tratamiento psicológico de la adicción al teléfono (líneas partyline y eróticas): un caso clínico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 697-727.
- Kilpatrick, D.G. y Veronen, L.J. (1984). *Treatment of fear and anxiety in victims of rape*. Final report, Grant n° R01 MH29602. Rockville, MD. National Institute of Mental Health.
- Kusher, M.G., Riggs, D.S., Foa, E.B. y Miller, S.M. (1992). Perceived controllability and development of posttraumatic stress disorder in crime victims. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 105-110.
- Seisdedos, N. (1978). *19 PF. Monografía técnica*. Madrid. TEA Ediciones, S.A.. 2ª edición revisada, 1981.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press.
- Taylor, S. y Koch, W.J. (1995). Anxiety disorders due to motor vehicle accidents: nature and treatment. *Clinical Psychology Review*, 15, 721-738.
- Veronen, L.J. y Kilpatrick, D.G. (1980). Self-reported fears of rape victims: A preliminary investigation. *Behavior Modification*, 4, 383-396.
- Wolpe, J. y Lang, P.J. (1964). A fear survey schedule for use in behavior therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 27-30.