

ESTRES POSTRAUMATICO EN EX COMBATIENTES Y EN VICTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES: NUEVAS PERSPECTIVAS TERAPEUTICAS

P. Corral-E. Echeburúa-B. Sarasua-I. Zubizarreta
Universidad del País Vasco

Introducción

Las personas que experimentan sucesos aversivos inusuales bruscamente, tales como las consecuencias de la guerra (Albuquerque, 1992), las agresiones sexuales (Corral, Echeburúa y Sarasua, 1989), los accidentes (Muse, 1986) o los desastres naturales (Holen, 1991; Madakasira y O'Brien, 1987), pueden sufrir el trastorno de estrés postraumático. Asimismo la victimización (el hecho de ser víctima de un delito) puede causar unas repercusiones psicológicas muy negativas en la estabilidad emocional de las personas afectadas, especialmente en el caso de las víctimas de violación. De hecho, el desarrollo del estrés postraumático como consecuencia de cualquier delito lo experimenta el 25% de todas las víctimas, pero este porcentaje puede ascender hasta el 50%-60% en el caso de las mujeres agredidas sexualmente (Kilpatrick, Veronen y Best, 1985).

No obstante, el estrés postraumático afecta a una minoría de personas, ya que muchas personas disponen de recursos para hacer frente a las situaciones extremas. En Gran Bretaña, por ejemplo, en la II Guerra Mundial la mayor parte de la población soportó los ataques aéreos alemanes sin un pánico masivo y sin un aumento significativo de los trastornos de conducta. Un examen de 8000 escolares que estuvieron expuestos a bombardeos en Bristol halló que sólo el 4% de los niños manifestaron luego síntomas de ansiedad atribuibles a las incursiones aéreas. Estudios realizados en Alemania y Japón, así como más recientemente en Israel con motivo de la Guerra de los 6 Días, han llegado a conclusiones similares. Las incursiones aéreas pueden causar a muchas personas reacciones

emocionales agudas, como irritabilidad, reacciones de temor a los ruidos bruscos y alteraciones del sueño, pero, en la gran mayoría de los casos, estos síntomas desaparecen a los pocos días o meses de terminado el conflicto (Agras, 1989). Desde otra perspectiva, estos hechos ponen en cuestión la teoría del condicionamiento en la génesis de los trastornos de ansiedad (Echeburúa y Corral, 1990).

En este trabajo se hace una revisión de los aspectos psicopatológicos y del tratamiento del estrés postraumático en dos tipos de pacientes: los ex combatientes y las víctimas de agresiones sexuales. Se trata, por un lado, de los dos grupos de población más afectados por este cuadro clínico y que más demanda terapéutica solicitan y, por otro, de las únicas muestras clínicas que hasta la fecha han sido investigadas más sistemáticamente. El esclarecimiento de los procedimientos terapéuticos eficaces en este tipo de pacientes puede dar luz sobre las estrategias de tratamiento adecuadas en el caso del estrés postraumático derivado de los accidentes o de las catástrofes naturales, que, si bien se da con menos frecuencia y gravedad, apenas ha sido objeto de estudios sistemáticos.

Trastorno de estrés postraumático en ex combatientes y en víctimas de agresiones sexuales: aspectos comunes y aspectos diferenciales

Según el DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), el trastorno de estrés postraumático, que se presenta como consecuencia de un suceso aversivo brusco que está fuera del marco habitual de las experiencias humanas, es un cuadro clínico que aparece en sujetos que han sido víctimas de desastres naturales (inundaciones, terremotos, etc.), de accidentes (incendios, choques de trenes, catástrofes aéreas, etc.) o de agresiones provocadas deliberadamente por el ser humano (bombardeos, violaciones, torturas, secuestros, asesinatos de seres queridos, etc.). Algunos de estos factores ocasionan el trastorno con mucha mayor frecuencia (la tortura, los secuestros o las agresiones sexuales), mientras que otros lo producen sólo ocasionalmente (los desastres naturales o los accidentes de coche). En general, el trastorno tiende a ser más grave y más duradero cuando las causas son obra del ser humano y no meramente accidentales. El estrés postraumático puede afectar al 1% o 2% de la población adulta, que es una tasa de prevalencia similar a la de la esquizofrenia (Keane, 1989).

El trastorno de estrés postraumático se ha estudiado especialmente en ex combatientes, sobre todo de la guerra del Vietnam, y en víctimas de agresiones sexuales. La probabilidad de experimentar este trastorno es mayor en las mujeres agredidas que en los ex combatientes porque el suceso traumático se produce con frecuencia en un ambiente "seguro"

(casa, ascensor, portal, lugar de trabajo, etc.) para la víctima. Los ex combatientes saben que probablemente nunca más se van a exponer a esa situación de estrés, ya que no van a volver a la guerra; las víctimas de agresiones sexuales, por el contrario, van a reanudar su vida en muchas ocasiones en el mismo escenario en que ocurrió el ataque, con el consiguiente temor a volver a experimentarlo.

El tipo de síntomas asociado al estrés postraumático puede ser variable de unas personas a otras, pero hay tres aspectos nucleares que, en mayor o menor medida, se repiten de forma constante. En primer lugar, las víctimas suelen revivir intensamente la agresión sufrida o la experiencia vivida en forma de recuerdos constantes involuntarios, de pesadillas, de "flashbacks" y de un malestar psicológico profundo, agravado por algunos acontecimientos externos (la lectura de noticias o la visión de imágenes relacionadas con el tema, por ejemplo). En segundo lugar, las víctimas tienden a evitar o a escaparse de los estímulos asociados al hecho traumático (estar sola, salir por la noche, ver escenas violentas, etc.) e incluso rechazan pensar voluntariamente y dialogar con sus seres queridos sobre lo ocurrido. Y en tercer lugar, las víctimas muestran una respuesta de alerta exagerada, que se manifiesta en dificultades de concentración, en irritabilidad y, especialmente, en problemas para conciliar el sueño. Todo ello les lleva a una pérdida de interés por lo que anteriormente les resultaba atractivo desde el punto de vista lúdico y social y a un cierto embotamiento afectivo para captar y expresar sentimientos de intimidad y ternura (Foa, Steketee y Rothbaum, 1989).

No todos los ex combatientes o las víctimas de agresiones sexuales experimentan, sin embargo, el estrés postraumático ni tampoco lo sufren con la misma intensidad. La reacción psicológica ante la situación vivida depende, entre otras variables, de la intensidad del trauma, de las circunstancias del suceso, de la edad, del historial de agresiones previas, de la estabilidad emocional anterior, de los recursos psicológicos propios, de la autoestima, del apoyo social y familiar y de las relaciones afectivas actuales. Todos estos elementos interactúan de forma variable en cada caso y configuran las diferencias individuales que se constatan entre las víctimas de un mismo hecho traumático (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1990).

El trastorno de estrés postraumático presenta unas características diferenciales según sea el agente inductor del mismo. El aumento de la activación desempeña un papel especialmente significativo en el caso de las agresiones sexuales. Estos sucesos ocurren en la mayor parte de los casos en el medio habitual de la víctima, al menos en más del 50% de los casos de personas conocidas. Por ello, la activación aumentada funciona como una respuesta adaptativa ante el temor de experimentar

una nueva agresión en la vida cotidiana. Las pesadillas, por el contrario, ocupan un lugar relativamente secundario, quizá porque en la mayor parte de las víctimas (con la excepción de los casos de abuso sexual en la infancia) han estado sólo en una ocasión en contacto con el estímulo aversivo (Echeburúa, Corral, Zubizarreta, Sarasua y Páez, 1992).

Sin embargo, el prototipo de estrés postraumático de los ex combatientes está caracterizado por apatía —el aumento de activación no es en este caso una respuesta adaptativa, ya que se encuentran ahora lejos del escenario de guerra y no van a volver a él— y por un gran número de pesadillas, explicables probablemente por el contacto duradero con los estímulos aversivos (Albuquerque, 1992). Asimismo las amnesias selectivas, los fenómenos disociativos (la atribución de los síntomas a circunstancias ajenas al trauma) y las complicaciones asociadas a este cuadro clínico (depresión, alcoholismo, dependencia a otras drogas, etc.) son mucho más frecuentes entre los ex combatientes que en las víctimas de agresiones sexuales.

A diferencia de otras reacciones psicológicas ante situaciones adversas en la vida, el estrés postraumático no mejora espontáneamente (al menos, no lo hace en muchos casos) con el transcurso del tiempo. Si bien las consecuencias psicológicas inmediatas (malestar generalizado, conductas desorganizadas, aislamiento, pánico, pérdida de apetito, insomnio, taquicardia, temblores, etc.) tienden a remitir a las pocas semanas, hay ciertos problemas —y éstos son los especialmente preocupantes— que se pueden mantener inalterables. De hecho, en el ámbito de las agresiones sexuales sólo un 20% de las víctimas no muestra ningún síntoma un año después de la agresión (Echeburúa et al., 1989).

Más allá de las reacciones inmediatas, las víctimas pueden experimentar en el ámbito personal, además de las alteraciones referidas al ámbito de la ansiedad, problemas de depresión y pérdida de autoestima, con una cierta desconfianza en las propias posibilidades para encauzar la vida futura. Mención aparte merecen los sentimientos de culpa, derivados (en el caso de las agredidas sexualmente) de la atribución sesgada de lo ocurrido a los errores cometidos por la víctima y de los pensamientos obsesivos en relación con lo que pudo hacer y no hizo; y procedentes (en el caso de los ex combatientes) de las atrocidades cometidas y del hecho de seguir viviendo cuando otros compañeros han muerto o quedado inválidos. Esta autoinculpación puede dañar seriamente la autoestima de los sujetos y dificultar su readaptación emocional posterior. Son asimismo frecuentes, en el ámbito interpersonal, conductas evitativas, déficits en la expresión y captación de los sentimientos (sobre todo, de intimidad y ternura) y alteraciones sexuales (especialmente, pérdida del deseo erótico o disfunciones sexuales). Todo ello puede llevar a una reducción

de la actividad social y lúdica de los sujetos y, en último término, a una capacidad disminuida para disfrutar de la vida.

Los recursos psicológicos disponibles para hacer frente al estrés postraumático son muy limitados en el ser humano. De hecho, este trastorno de conducta, a diferencia de las situaciones de duelo (revés económico, desengaño amoroso, pérdida de un ser querido, etc.), no remite espontáneamente con el paso del tiempo y el restablecimiento del equilibrio emocional y del funcionamiento social y laboral adecuado puede requerir en muchos casos de un tratamiento especializado.

Factores predictivos de estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales

La vulnerabilidad psicológica a las agresiones sexuales ha sido recientemente objeto de estudio. La carencia de asertividad (ya que los violadores tienden a elegir víctimas no asertivas y pasivas) y el haber sido objeto de abusos sexuales durante la infancia (o de otras agresiones sexuales en la vida adulta) son factores de riesgo. No obstante, estas características sólo están presentes en una pequeña parte de todas las mujeres agredidas.

Las diferencias individuales de reacción ante una agresión sexual dependen de las siguientes variables (Kilpatrick et al., 1985; Steketee y Foa, 1987):

- a) Cada víctima cuenta con unas habilidades específicas para hacer frente al estrés, que dependen de la historia previa, del apoyo social y del nivel de funcionamiento psicológico en el momento de la agresión sexual.
- b) Las repercusiones psicológicas inmediatas de la víctima son una función combinada de la intensidad de la agresión sexual como estresor y de las habilidades de la víctima para hacer frente a la situación.
- c) Las interacciones sociales de la víctima después de la agresión con familiares, amigos, jueces, policías, terapeutas, etc., pueden tener efectos positivos, negativos o mixtos en la readaptación emocional posterior. Estos contactos pueden ser fuentes adicionales de estrés, aumentar las habilidades de afrontamiento o ser una mezcla de ambas cosas.

Se puede predecir la gravedad del problema a largo plazo a partir de la intensidad inicial del trastorno a los pocos días de la agresión. Es decir, cuanto más intensa sea la reacción de las primeras horas y días tras la agresión, mayor es la probabilidad de que se cronifique el problema (Kilpatrick et al., 1985).

Según las características biográficas/demográficas, las mujeres casadas y las mayores tienen peor pronóstico de recuperación que las solteras y las niñas y más jóvenes. Según el historial psiquiátrico anterior, los trastornos psicopatológicos previos (depresión, ansiedad, etc.) y, en general, los problemas graves de salud tienden a ensombrecer la recuperación tras la agresión sexual y pueden ser mayores predictores de depresión que la intensidad del trauma ocurrido durante la agresión sexual. Las características del tipo de agresión sexual no influyen en las reacciones de las víctimas a corto plazo, pero, sin embargo, las víctimas de agresiones especialmente crueles experimentan mayores problemas de ajuste a largo plazo (Corral et al., 1989; Echeburúa et al., 1989).

Ciertos acontecimientos de vida estresantes experimentados en los últimos meses antes de la agresión pueden agravar las reacciones psicológicas experimentadas en el momento del trauma. Desde este punto de vista, la muerte de un ser querido y la ausencia de relaciones afectivas (sobre todo, si se acompaña de soledad) en el último año aumentan la intensidad del estrés postraumático tras la violación. Estos dos últimos factores pueden reducir la capacidad de una mujer para enfrentarse con la situación.

Por otra parte, la mayoría de los estudios sugieren que los efectos inmediatos y a largo plazo son menores cuando la víctima cuenta con un buen apoyo social. Los resultados obtenidos hasta la fecha sobre factores predictivos no son todavía concluyentes. Es, sin embargo, una línea de investigación de gran interés, ya que puede ayudar a precisar el tipo de asistencia individualizada que requiere cada víctima (Echeburúa, 1989).

Tratamiento del estrés postraumático

La conceptualización del estrés postraumático como un trastorno de ansiedad aparece por vez primera en el DSM-III (A.P.A., 1980). En los 12 años transcurridos hasta la fecha ha habido un creciente interés por el tratamiento de este cuadro clínico, que no ha venido acompañado, sin embargo, por la existencia de investigaciones controladas, sino por la publicación de casos aislados.

Los procedimientos aplicados en el tratamiento de los trastornos de ansiedad han sido, fundamentalmente, la terapia de exposición, en la que el paciente debe enfrentarse a las situaciones temidas (o, en algunos

casos, a las imágenes de las mismas) sin escaparse de ellas, y el entrenamiento en el control de la ansiedad, en el que se enseña al paciente una serie de habilidades conductuales (relajación, exposición) y cognitivas (autoinstrucciones, distracción) para hacer frente a la ansiedad en la vida cotidiana. La terapia de exposición se ha mostrado más eficaz en el tratamiento de los trastornos fóbicos; el entrenamiento en control de la ansiedad, en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (Echeburúa y Corral, 1991).

Los modelos conceptuales del estrés postraumático surgidos recientemente (Chemtob, Roitblat, Hamada, Carlson y Twentymán, 1988; Foa et al., 1989) asignan un papel central a las imágenes aversivas en la génesis y mantenimiento del trastorno. Por ello, la exposición a los estímulos evocadores del trauma se ha considerado de interés en el tratamiento del estrés postraumático en algunos estudios de casos relacionados con ex combatientes (Albuquerque, 1992; Fairbank, Gross y Keane, 1983; Keane y Kaloupek, 1982), con víctimas de agresiones sexuales (Frank, Anderson, Stewart, Dancu, Hughes y West, 1988) y con supervivientes de accidentes (McCaffrey y Fairbank, 1985; Muse, 1986). En estos estudios las dos modalidades de exposición —en imaginación (Fairbank y Keane, 1982) y en vivo (Johnson, Gilmore y Shenoy, 1982)— han demostrado ser de utilidad terapéutica.

Tratamiento con ex combatientes

El número de personas implicadas en la guerra que están aquejadas de estrés postraumático puede oscilar entre el 15% y el 25%, que puede ascender hasta el 36% en el caso de los soldados en primera línea de combate o en zona de gran riesgo. De hecho, el pánico paralizante puede dar cuenta de un considerable número de bajas, que oscila de una guerra a otra. Las causas psiquiátricas fueron responsables del 12% de todas las bajas en el ejército inglés en las dos guerras mundiales, y del 20%-30% en el ejército israelí y del 50% en los ejércitos árabes en las guerras de Oriente Medio (Belenky y Jones, 1983).

Los agentes productores de estrés en las situaciones bélicas pueden ser múltiples. Los más frecuentes figuran expuestos en la Tabla 1. Aunque los factores de estrés relacionados con la muerte de un compañero, el combate en sí mismo y el hecho de ser herido son los más importantes y los comunes a todas las guerras, algunos otros factores, como las atrocidades o el maltrato a la población civil y las difíciles condiciones de supervivencia, son más típicos de la guerra de guerrillas (Grady, Woolfolk y Budney, 1989).

TABLA 1

Sucesos estresantes mas frecuentes entre los ex combatientes
(Albuquerque, 1992)

-
1. Exponerse al combate.
 2. Participar o ser testigo del abuso de la violencia.
 3. Afrontar la muerte o las heridas graves de compañeros de la unidad de combate.
 4. Entrar en contacto con personas muertas o heridas en la batalla.
 5. Quedar aislado de los compañeros de la unidad de combate.
 6. Afrontar la perspectiva de la muerte de uno mismo.
 7. Ser herido.
 8. Estar expuesto a condiciones infrahumanas (climas extremos, enfermedades tropicales, alimentación inadecuada, falta de sueño, higiene totalmente insuficiente, etc.).
 9. Perder el contacto con los familiares.
-

a) *La abreacción*

La abreacción o catarsis se refería originalmente a la emoción profunda que acompañaba la reminiscencia intensa de los recuerdos traumáticos en una situación de hipnosis. Es la producción de emociones por sí misma, y no la mera reevocación, el elemento crucial para lograr efectos terapéuticos (Sargant, 1957). Más recientemente, equivale a cualquier experiencia emocional intensa durante el tratamiento. La emoción puede ser de muchos tipos —no sólo miedo—, y puede implicar problemas que no están relacionados con el trauma que precipitó la situación de estrés (Marks, 1991).

La catarsis es más efectiva si es prolongada. Los efectos terapéuticos de la catarsis parecen independientes de la forma en que ésta se produzca, bien sea espontáneamente (por el sonido de un petardo, por ejemplo) o bien inducida por sugestión, hipnosis, comentarios sobre el combate o por medio de alcohol o psicofármacos (barbitúricos). Es más fácil provocar la catarsis en un tiempo y en un lugar próximos al escenario de los acontecimientos.

La evidencia empírica sobre la eficacia de la abreacción es escasa y se limita a algunos estudios de casos, en donde se presenta la técnica de forma muy heterogénea y en donde, además, no se hace un seguimien-

to de la duración de los posibles efectos positivos. Es, por ello, prematuro hacer un balance de este procedimiento terapéutico. No obstante, los resultados son con frecuencia imprevisibles y revivir repetidamente la experiencia negativa no siempre ayuda a los pacientes aquejados de estrés postraumático. La abreacción puede a veces sensibilizar al paciente y suponerle un nuevo trauma (Kennedy, 1960).

En algunos estudios de casos la "escenificación" diurna de las pesadillas del paciente —una técnica que consta de exposición, abreacción y control atribucional del final de la pesadilla (en forma de un final feliz o de la constatación de que sólo se trata de un sueño)— ha dado resultado en el tratamiento de las pesadillas recurrentes, que están presentes con frecuencia en los ex combatientes aquejados de estrés postraumático (Marks, 1991).

b) La terapia de exposición

Sólo hay un estudio controlado sobre el tratamiento conductual del estrés postraumático en ex combatientes (Keane, Fairbank, Caddell y Zimering, 1989). En este estudio se asigna aleatoriamente a 24 ex combatientes de la guerra del Vietnam a dos modalidades terapéuticas: a) relajación y exposición en imaginación a la situación traumática en un contexto terapéutico de apoyo; b) grupo de control de lista de espera. El tratamiento es individual y consta de 14 sesiones de 90 minutos. Con un seguimiento de 6 meses, los pacientes de la terapia activa mejoran más que los del grupo de control en variables de psicopatología general (ansiedad, depresión, hipocondría) y en algunos síntomas del estrés postraumático (reexperimentación de los sucesos aversivos, reacciones de sobresalto, irritabilidad, dificultad de concentración), pero no en otros (evitación social, embotamiento afectivo). Una limitación de este estudio es que más de la mitad de los sujetos (6 en el grupo de tratamiento y 10 en el grupo de control) consume algún tipo de psicofármacos durante la investigación y que esta variable no está controlada. Otra limitación es que no hay un grupo de control de factores inespecíficos (por ejemplo, un grupo de discusión) que permita dilucidar si la mejoría clínica es atribuible al procedimiento terapéutico específico o a algunos factores inespecíficos como el mero contacto con el terapeuta.

En un estudio piloto reciente (Albuquerque, 1992), fruto de una investigación más amplia aún no concluida, se trata a 28 ex combatientes de las guerras coloniales portuguesas aquejados de estrés postraumático con un programa de exposición y de reestructuración cognitiva grupal, que consta de 16 sesiones semanales de 75 minutos y que está basado en los siguientes componentes terapéuticos:

- a) Verbalización de las experiencias de guerra, de los "flashbacks", de las pesadillas, de los pensamientos intrusivos, etc.
- b) Exposición a las situaciones asociadas con el acontecimiento traumático:
 - ** Durante las sesiones: cartas, cintas, fotografías, etc.
 - ** Fuera de las sesiones: películas, libros, recuerdos de guerra, recortes de periódico, etc. (que se ofrecían al paciente como tareas para casa).
- c) Aliento para verbalizar los pensamientos y sentimientos sobre la guerra fuera de las sesiones terapéuticas (con la familia, los amigos, etc.).
- d) Reestructuración cognitiva (llevada a cabo sobre todo por los componentes mismos del grupo).
- e) Generalización de las habilidades sociales aprendidas en el grupo al medio natural.
- f) Traslado final a otro grupo, centrado en el "aquí y ahora" (relaciones interpersonales, empleo, etc.), que incluye a la familia y a los trabajadores sociales.

Los resultados de este programa son alentadores. Con un seguimiento de 3 meses, el 70% de los pacientes que termina el tratamiento experimenta una mejoría en todas las áreas evaluadas (estrés postraumático, ansiedad, depresión e inadaptación social). Los pensamientos intrusivos, los "flashbacks" y las amnesias selectivas son los síntomas que más rápidamente desaparecen. No obstante, un dato de gran significación clínica es que se produce una tasa de abandonos del 32%, que es superior a la tasa del 20-25% que se registra en la terapia de exposición con otros trastornos de ansiedad (Echeburúa y Corral, 1992) y que puede ser atribuible en este caso a la tensión emocional que este tipo de terapia (sobre todo, en las primeras fases de catarsis) supone para los pacientes y los terapeutas.

Por otra parte, y a modo de resumen de los programas existentes, el estrés postraumático de los ex combatientes debe tratarse lo antes posible, incluso en el ámbito geográfico mismo del escenario de combate. Por ello, en el ejército norteamericano el número de casos evacuados a hospitales de retaguardia ha decrecido progresivamente del 10% en la II Guerra Mundial al 6% en la Guerra de Corea y a menos del 1,5% en Vietnam. De hecho, en Corea el 65%-75% de los casos tratados en o junto a la línea fronteriza (es decir, muy cerca de la línea de combate) pudieron regresar al frente, y menos del 10% de los mismos tuvieron que ser tratados por segunda vez (West y Coburn, 1987).

El ejército israelí ha tratado recientemente casos de estrés de combate en un hospital cercano a las luces y sonidos de la guerra y que tenía un carácter más militar que hospitalario. Se somete a los soldados a la exposición repetida de películas de guerra, con una reacción que tiende a pasar del terror al aburrimiento. La reexposición temprana a las situaciones temidas —el regreso inmediato al frente tras el programa de tratamiento— contribuye a afianzar los resultados terapéuticos. El agotamiento físico, las heridas de guerra y la brevedad de las sesiones terapéuticas correlacionan negativamente con la terapia de exposición. Estas recomendaciones terapéuticas, sin embargo, carecen, de momento, de una evaluación empírica sistemática.

Tratamiento con víctimas de agresiones sexuales

Un 15%-25% de mujeres es objeto de una agresión sexual en algún momento de su vida; de entre ellas, más del 50% experimenta un trastorno de estrés postraumático. Es, sin duda, el grupo de población más afectado por este cuadro clínico (Kilpatrick, Saunders, Veronen, Best y Von, 1987). Por ello, la frecuencia de las víctimas de agresiones sexuales aquejadas de estrés postraumático exige la puesta a punto de programas de intervención eficaces.

a) 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 (Echeburúa et al., 1990).

El grupo de Kilpatrick (Kilpatrick, 1992a) elabora un programa de intervención conductual breve, con una duración de 4 a 6 horas en 2 sesiones, basado en los siguientes puntos: abreacción, explicación de la ansiedad según la teoría del aprendizaje, reestructuración cognitiva de los sentimientos de culpa y enseñanza de habilidades de afrontamiento para reanudar la vida cotidiana y hacer frente a los problemas más inmediatos. En una primera evaluación de este programa los resultados obtenidos con 52 víctimas frente a un grupo de control sin tratamiento no han resultado superiores. Se requieren, por ello, nuevas investigaciones.

En el estudio de Frank et al. (1988) se asignan 60 víctimas de violación, en las cuatro primeras semanas tras la agresión, a un grupo de desensibilización sistemática o a un grupo de terapia cognitiva. En ambos grupos hay una mejoría significativa, sin diferencias entre ellos, pero en

estos estudios no hay un grupo de control ni se distribuye aleatoriamente a las víctimas a las modalidades terapéuticas. No se controla, por ello, el efecto del mero paso del tiempo. 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 mejoría sustancial entre el 1er. y el 3er. mes después de la agresión sexual en víctimas no tratadas (Kilpatrick, 1992b).

b) Tratamiento para víctimas no recientes

Son muy pocos los trabajos sistemáticos orientados a víctimas no recientes de agresiones sexuales. 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 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 (Echeburúa et al., 1990).

El grupo de Kilpatrick (Veronen y Kilpatrick, 1987) ha diseñado un programa individual de inoculación de estrés para este tipo de víctimas, que consta de 10 sesiones, tiene una duración total de 20 horas (a razón de 2 sesiones semanales de 2 horas) y suele ser llevado a cabo habitualmente por mujeres. Los datos preliminares de este programa de intervención son alentadores en la reducción de la depresión, de la ansiedad y de los miedos asociados con la agresión sexual. Las limitaciones de este estudio son que no hay un grupo de control, que las medidas de evaluación no incluyen específicamente el estrés postraumático y que se carece aún de una evaluación a largo plazo para poder obtener conclusiones definitivas.

Una innovación reciente de la inoculación de estrés 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 Marhoefer-Dvorak, 1988). Este procedimiento terapéutico se muestra superior a un grupo de control de lista de espera, pero los resultados no son diferentes de los obtenidos con el entrenamiento asertivo o la terapia de apoyo más información: una mejoría significativa en los temores y en los síntomas de intrusión y evitación, pero un cierto estancamiento en las medidas de depresión, autoestima y miedos sociales. Las limitaciones de este estudio son que no se evalúa directamente el estrés postraumático, que existe un cierto solapamiento no controlado en las modalidades terapéuticas (por ejemplo, la exposición está presente en todas las modalidades terapéuticas) y que el factor de éxito puede ser la inoculación de

estrés, pero también puede serlo 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 sea).

En el estudio mejor controlado publicado hasta la fecha, Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock (1991) asignan aleatoriamente 45 víctimas de agresiones sexuales aquejadas de estrés postraumático a una de estas cuatro modalidades terapéuticas: a) exposición prolongada en imaginación y en vivo; b) entrenamiento en inoculación de estrés; c) terapia de apoyo (con el objetivo de controlar los factores inespecíficos de la terapia); y d) grupo de control de lista de espera. El programa de tratamiento, llevado a cabo por una terapeuta mujer, es individual y consta de 9 sesiones de 90 minutos con una periodicidad de 2 veces por semana. La inoculación de estrés y la exposición se muestran más eficaces que la terapia de apoyo y el grupo de control de lista de espera en la reducción de los síntomas de estrés postraumático (pero no en los síntomas de depresión y ansiedad, en donde mejoran todos los grupos por igual). A corto plazo (tras el tratamiento), la inoculación de estrés es superior a la exposición; a medio plazo (en el seguimiento de los 3,5 meses), por el contrario, la exposición es superior a la inoculación de estrés. Estos resultados sugieren que la inoculación de estrés es útil a corto plazo porque está constituida por un grupo de técnicas orientadas al control de la ansiedad pero, justamente por su complejidad, los pacientes tienden a abandonarlas a medio plazo. Por el contrario, la exposición puede mostrarse aversiva a corto plazo, pero a largo plazo se constituye como una estrategia efectiva de "coping". La combinación de ambos procedimientos en un programa terapéutico integrado es una alternativa terapéutica que requiere ser puesta a prueba en investigaciones ulteriores.

Una limitación común a los estudios de los grupos de Kilpatrick, de Resick y de Foa con la inoculación de estrés es que no han delimitado la eficacia diferencial de cada uno de los componentes de este programa cognitivo-conductual tan complejo (Echeburúa, 1989).

Conclusiones

El estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales y en ex combatientes requiere una evaluación cuidadosa. La naturaleza misma de la psicopatología presentada (especialmente, la evitación por parte del paciente de cualquier estímulo o referencia asociados al trauma experimentado), así como la existencia de fenómenos disociativos (los síntomas no se atribuyen a la situación aversiva sufrida), pueden inducir al clínico a no ver la conexión entre los síntomas pasados y presentes (ansiedad, depresión, irritabilidad, pesadillas, etc.) y las experiencias del trauma y,

en último término, a no dar el tratamiento adecuado. De hecho, en el estudio de Albuquerque (1992) la mitad de los pacientes habían sido diagnosticados equivocadamente con otras etiquetas psiquiátricas.

La evolución de los síntomas tras un acontecimiento traumático a la remisión o a la fase crónica puede depender de la existencia de un trastorno psicopatológico previo, de la intensidad y gravedad de los estresores y del apoyo psicológico y social recibido durante y después del trauma. No se sabe aún la importancia relativa de estos factores ni si hay algunos otros significativos.

Las variables de las que depende el desarrollo diferido del estrés postraumático (incluso 10 o 15 años después de ocurrido el suceso aversivo), y que puede darse hasta en un 30%-50% de todos los pacientes aquejados de este trastorno de conducta, no están del todo claras. Si bien los síntomas de este cuadro clínico, especialmente la evitación, parecen estar presentes en todo momento de forma atenuada, algunas situaciones nuevas (como el establecimiento por primera vez de una relación de pareja en las víctimas de abuso sexual en la infancia), algunos estresores de la vida adulta (el divorcio, la pérdida de empleo, etc.) o las vicisitudes del envejecimiento (la pérdida de los padres, el abandono del hogar por parte de los hijos, la jubilación, el aumento de la incapacidad y las enfermedades crónicas, etc.) pueden actuar como sucesos desencadenantes que reactivan el trastorno de estrés traumático latente.

Si bien todavía se requieren estudios controlados con seguimientos a largo plazo y no se conocen con exactitud los mecanismos del cambio terapéutico, la terapia de exposición se ha mostrado eficaz en el tratamiento del estrés postraumático. Este cuadro clínico surge a partir de sucesos aversivos impredecibles/incontrolables que no han sido procesados emocionalmente de forma adecuada y que interfieren en la integración cognitiva y emocional de otras experiencias y conductas. En concreto, las estructuras cognitivas del miedo patológico se distinguen de las del miedo normal en que contienen elementos erróneos (Foa et al., 1989; Rachman, 1980; Rothbaum y Foa, 1991).

Con la exposición sistemática, en primer lugar, se accede y se activa la estructura del miedo presente en los recuerdos traumáticos y, en segundo lugar, se ofrece al paciente una experiencia correctora (la exposición) en ausencia de consecuencias aversivas. De este modo, el sujeto se dota de una información que resulta incompatible con los errores cognitivos procesados y que le posibilita llevar a cabo un nuevo procesamiento emocional adecuado de la información (Foa y Kozak, 1986). Todo ello conduce, en último término, y tras la reevaluación de los errores cognitivos, a cambios en las dimensiones conductuales, cognitivas y psicofisiológicas del miedo, que el sujeto percibe como un alivio de los síntomas.

El estrés postrumático es susceptible de tratamiento con la terapia de exposición en los ex combatientes y en víctimas de agresiones sexuales, si bien el número de abandonos del tratamiento (especialmente en el primer tipo de pacientes) es demasiado alto. Falta aún por saber, sin embargo, si este mismo tratamiento —solo o en combinación con algún otro— es de utilidad en otro tipo de pacientes aquejados de estrés postraumático, como es el caso de las víctimas de delitos o los supervivientes de accidentes o de catástrofes naturales. La ausencia de investigaciones controladas hasta la fecha impide extraer conclusiones al respecto.

El curso del trastorno de estrés postraumático es, con frecuencia, como ocurre en el caso de los ex combatientes o de las víctimas de abuso sexual en la infancia o de malos tratos en el hogar, crónico y de larga duración y ha conducido a los pacientes a situaciones de aislamiento (Keane, Scott, Chavoya, Lamparski y Fairbank, 1985). En estos casos la terapia de exposición es necesaria, pero puede ser insuficiente si no se complementa con un entrenamiento en habilidades sociales y un sistema de apoyo social (Nezu y Carnevale, 1987).

Se sabe aún muy poco sobre la prevención del estrés postraumático cuando es inevitable el enfrentamiento con las situaciones aversivas. Por lo que se refiere a los conflictos bélicos, la disciplina y el entrenamiento militar adecuado, así como el mantenimiento de la misma unidad de combate en el entrenamiento y en la batalla (que suscita factores de cohesión grupal) y la exposición a las situaciones de combate mediante maniobras militares simuladas, contribuyen a reducir la situación de estrés previa. El mantenimiento de la moral por un período prolongado parece estar relacionado con la creencia en los objetivos de la guerra, un buen liderazgo, una buena información de la situación militar, el odio al enemigo y el permanecer ocupado. Desde una perspectiva más psicopatológica, el rechazo para el combate a las personas incapaces de controlar la tensión mental y la evacuación rápida de los soldados aquejados de estrés postraumático contribuyen a evitar fenómenos de contagio emocional y, en último término, a frenar la generalización de este problema. Todas estas variables, estudiadas especialmente en los conflictos bélicos y en las guerras de guerrillas de los años 40-80, requieren, sin embargo, investigaciones más sistemáticas para delimitar su alcance explicativo en las guerras más recientes, en donde, por ejemplo, apenas se ve al enemigo y no se llega al cuerpo a cuerpo.

Agradecimientos. Este estudio se ha financiado con una beca de investigación de la Universidad del País Vasco (proyecto nº 006.230-0106/88). Dos de las autoras (Irene Zubizarreta y Belén Sarasua) han sido becadas por el Seminario de Estudios de la Mujer de la Universidad del País Vasco y por el Ministerio de Educación y Ciencia, respectivamente, para llevar a cabo una investigación más amplia de la que forma parte este trabajo.

Referencias

- American Psychiatric Association(1980): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC. A.P.A.
- American Psychiatric Association(1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd. ed. rev.). Washington, DC. A.P.A.
- Agras,S.(1989): *Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad*. Barcelona. Labor (original, 1985).
- 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.
- Belenky, G.L.-Jones, F.D.(1983): Implications of Arab-Israeli wars for psychiatric casualties. En *WPA Abstracts* (Abstract 5250, pág. 71).
- Corral,P.-Echeburúa,E.-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.
- Chemtob,C.-Rotblat,H.-Hamada,R.-Carlson,J.-Twentyman,C.(1988): A cognitive action theory of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 253-275.
- Echeburúa,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 Sebastián. Universidad del País Vasco.
- Echeburúa,E.-Corral,P.(1990): Insuficiencias de los modelos de condicionamiento en la conceptualización de los trastornos de ansiedad. *Boletín de Psicología*, 28, 59-77.
- Echeburúa,E.-Corral,P.(1991): Tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. En G. Buela-Casal y V.E. Caballo (Eds.) *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid. Siglo XXI.
- Echeburúa,E.-Corral,P.(1992, en prensa): Eficacia terapéutica de los psicofármacos y de la exposición en el tratamiento de la agorafobia/trastorno de pánico: una revisión. *Clínica y Salud*.
- Echeburúa,E.-Corral,P.-Sarasua,B.(1989): El impacto en las víctimas de violación. En A. Beristáin y J.L. De La Cuesta (Eds.). *Cárcel de mujeres. Ayer y hoy de la mujer delincuente y víctima*. Bilbao. Mensajero.
- Echeburúa,E.-Corral,P.-Sarasua,B.-Zubizarreta,I.(1990): Tratamiento psicológico del estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales: una revisión. *Análisis y Modificación de Conducta*, 16, 417-437.
- Echeburúa,E.-Corral,P.-Zubizarreta,I.-Sarasua,B.-Paez,D.(1992): 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. Promo-libro.

- Fairbank, J.A.-Gross, R.T.-Keane, T.M. (1983): Treatment of posttraumatic stress disorder: Evaluation of outcome with a behavioral code. *Behavior Modification*, 7, 557-568.
- Fairbank, J.A.-Keane, T.M. (1982): Flooding for combat-related stress disorders: Assessment of anxiety reduction across traumatic memories. *Behavior Therapy*, 13, 499-510
- Foa, E.B.-Kozak, M.J. (1986): Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E.B.-Rothbaum, B.O.-Riggs, D.S.-Murdock, T.B. (1991): Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Rape Victims: A Comparison Between Cognitive-Behavioral Procedures and Counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Foa, E.B.-Steketee, G.-Rothbaum, B.O. (1989): Behavioral/cognitive conceptualization of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Frank, E.-Anderson, B.-Stewart, B.D.-Dancu, C.-Hughes, C.-West, D. (1988): Efficacy of cognitive behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. *Behavior Therapy*, 19, 403-420.
- Grady, D.-Woolfolk, R.-Budney, A. (1989): Dimensions of War Zone Stress. An Empirical Analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 347-350.
- Johnson, C.H.-Gilmore, J.D.-Shenoy, R.Z. (1982): Use of a flooding procedure in the treatment of a stress-related anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 235-237.
- Holen, A. (1991): A longitudinal study of the occurrence and persistence of posttraumatic health problems in disaster survivors. *Stress Medicine*, 7, 11-17.
- Keane, T.M. (1989): Post-traumatic stress disorder. Current status and future directions. *Behavior Therapy*, 20, 149-153.
- Keane, T.M.-Fairbank, J.A.-Caddell, J.M.-Zimering, R.T. (1989): Implosive(flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20, 245- 260.
- Keane, T.M.-Kaloupek, D.G. (1982): Imaginal flooding in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 138-140.
- Keane, T.M.-Scott, W.O.-Chavoya, G.A.-Lamparski, D.M.-Fairbank, J.A. (1985): Social support in Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder: A comparative analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 95-102.
- Kennedy, A. (1960): Indications for psychological treatment. *Lancet*, 1, 1257.
- Kilpatrick, D.G. (1992a): Tratamiento psicológico de las agresiones sexuales. En E. Echeburúa (Ed.). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid. Pirámide.
- Kilpatrick, D.G. (1992b): Eficacia de la intervención psicológica en víctimas recientes de agresiones sexuales. En E. Echeburúa (Ed.). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid. Pirámide.
- Kilpatrick, D.G.-Saunders, B.E.-Veronen, L.J.-Best, C.L.-Von, J.M. (1987) Criminal Victimization: Lifetime Prevalence, Reporting to Police and Psychological Impact. *Crime and Delinquency*, 33, 479-489.
- Kilpatrick, D.G.-Veronen, L.J.-Best, C.L. (1985): Factors predicting psychological distress among rape victims. En CH. R. Figley (Ed.). *Trauma and its wake*, New York. Brunner/Mazel.
- Madakasira, S.-O'Brien, E. (1987): Acute Post-traumatic Stress Disorder in Victims of a Natural Disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 286-290.

- Marks, I.M. (1991): *Miedos, Fobias y Rituales*. Barcelona. Martínez Roca. 2º volumen (original, 1987).
- McCaffrey, R.J.-Fairbank, J.A. (1985): Behavioral assessment and treatment of accident-related posttraumatic stress disorder: Two case studies. *Behavior Therapy*, 16, 406-416.
- Muse, M. (1986): Stress-related, posttraumatic chronic pain syndrome: Behavioral treatment approach. *Pain*, 25, 389-394.
- Nezu, A.M.-Carnevale, G.J. (1987): Interpersonal problem solving and coping reactions of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 155-157.
- Rachman, S. (1980): Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 51-60.
- Resick, P.A.-Jordan, C.G.-Girelli, S.A.-Hutter, C.K.-Marhoefer-Dvorak, S. (1988): A Comparative Outcome Study of Behavioral Group Therapy for Sexual Assault Victims. *Behavior Therapy*, 19, 385-401.
- Rothbaum, B.O.-Foa, E.B. (1991): Exposure treatment of PTSD concomitant with conversion mutism: A case study. *Behavior Therapy*, 22, 449-456.
- Sargant, W. (1957): *Battle for the mind*. London. Pan.
- Steketee, G.-Foa, E.B. (1987): Rape victims: post-traumatic stress responses and their treatment: a review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 69-86.
- Veronen, L.J.-Kilpatrick, D.G. (1987): Control del estrés en víctimas de violación. En D. Meichenbaum y M.E. Jaremko (Eds.). *Prevención y reducción del estrés*. Bilbao. Desclee de Brouwer.
- West, L.J.-Coburn, K. (1987): Ansiedad postraumática. En R.O. Pasnau (Ed.). *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad*. Madrid. Edifarma.