

TRATAMIENTO PSICOLOGICO DEL TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO EN UNA VICTIMA RECIENTE DE VIOLACION

**Belén Sarasua Sanz
Enrique Echeburúa Odriozola
Paz de Corral Gargallo**

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

RESUMEN

En este artículo se describe el tratamiento de una víctima de violación aquejada de un trastorno de estrés postraumático. La paciente, una joven soltera de 20 años, sufría este cuadro clínico desde hacía 2 meses. El programa terapéutico consistió en apoyo emocional, reevaluación cognitiva y entrenamiento en habilidades de afrontamiento específicas. El tratamiento constó de cuatro sesiones clínicas en un período de cuatro semanas. Tras un año de seguimiento, la paciente se encontraba muy mejorada, con una importante reducción en las conductas problemáticas, así como una mejoría en la adaptación subjetiva y social. Se comentan las implicaciones de este caso para la investigación clínica y la práctica profesional.

Palabras clave: TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO, AGRESION SEXUAL, TRATAMIENTO.

SUMMARY

In this paper the treatment of a rape victim with post-traumatic stress disorder is described. The patient, a 20-year-old single woman, was suffering from this disorder for two months. The treatment consisted of emotional support, cognitive restructuring and training in specific coping skills. The treatment was developed all through four clinical sessions in a period of four weeks. At the end of 1 year follow-up the patient was much improved, with an important reduction in target problems and an improvement in subjective as well as social adjustment. The implications of this case for clinical research and practice are discussed.

Key words: POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, SEXUAL AGGRESSION, TREATMENT.

INTRODUCCION

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).

La conceptualización del estrés postraumático como un trastorno de ansiedad aparece por vez primera en el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). En los últimos años se ha suscitado un interés creciente por el tratamiento de este cuadro clínico, que no ha venido acompañado, sin embargo, por la existencia de investigaciones controladas. El trastorno de estrés postraumático puede afectar al 1% o 2% de la población adulta, que es una tasa de prevalencia similar a la de la esquizofrenia.

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 catástrofes naturales (Hodgkinson y Stewart, 1991; Holen, 1991; Madakasira y O'Brien, 1987), de accidentes (Muse, 1986) o de agresiones provocadas deliberadamente por el ser humano, como en el caso de las consecuencias de la guerra (Albuquerque, 1992) o de las agresiones sexuales (Corral, Echeburúa y Sarasua,

1989). Algunos de estos factores ocasionan el trastorno con mucha frecuencia (la tortura, los secuestros o las violaciones), 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.

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).

El tipo de síntomas asociados 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 (Tabla I). 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 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 (Corral, Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta, 1992; Foa, Steketee y Rothbaum, 1989).

Desde una perspectiva psicopatológica, el aumento de la activación desempeña un papel especialmente significativo en el caso de las agresiones sexuales. Estos sucesos ocurren casi siempre en el medio habitual de la víctima (casa, ascensor, portal, lugar de trabajo, etc.), a manos 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 (Echeburúa, Corral, Zubizarreta, Sarasua y Páez, 1993).

TABLA 1.- Criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático (DSM-III-R, modificado, A.P.A., 1987)

SINTOMAS (con 1 mes de duración)	PRESENCIA EN LA PACIENTE
1. REEXPERIMENTACION INTENSA DE LA AGRESION SUFRIDA	
* Rumiaciones	SI
* "Flashbacks"	SI
* Pesadillas	SI
* Malestar psicológico profundo	SI
2. EVITACION DE LOS ESTIMULOS ASOCIADOS AL HECHO TRAUMATICO	
* Evitacion conductual	SI
* Evitacion cognitiva	SI
3. AUMENTO PERSISTENTE DE LA ACTIVACION PSICOFISIOLOGICA	
* Dificultades de concentración	SI
* Irritabilidad	SI
* Trastornos del sueño	SI
* Hipervigilancia	SI
CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS RESULTANTES	
A) PERDIDA DE INTERES GENERALIZADA	En parte
B) EMBOTAMIENTO AFECTIVO	En parte

No todas 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).

Los recursos psicológicos disponibles en el ser humano para hacer frente al estrés postraumático son muy limitados. Este trastorno de conducta, a diferencia de las situaciones de duelo (revés económico, desengaño amoroso, pérdida de un ser querido, etc.), no mejora espontáneamente con el paso del tiempo. De hecho, sólo un 20% de las víctimas de agresiones sexuales no muestra ningún síntoma un año después de la agresión (Echeburúa et al., 1990). 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, las repercusiones a largo plazo (ansiedad generalizada y conductas de evitación, problemas de depresión, sentimientos de culpa en relación con lo ocurrido, embotamiento afectivo y pérdida de autoestima) tienden a generar en la víctima una cierta desconfianza en las propias posibilidades para encauzar la vida futura.

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). No obstante, los problemas psicopatológicos previos y los problemas graves de salud, así como la ausencia de apoyo social, tienden a ensombrecer la recuperación tras la agresión sexual y pueden ser mayores predictores de depresión que incluso la intensidad del trauma ocurrido durante la agresión sexual (Corral et al., 1992).

Desde una perspectiva terapéutica, conviene establecer una diferenciación entre las víctimas recientes (hasta 3 meses de la agresión) y las víctimas no recientes de agresiones sexuales (por ejemplo, las mujeres adultas aquejadas de abuso sexual en la infancia). La intensidad y el tipo de problemas experimentados, así como los enfoques terapéuticos, son distintos en ambos casos. La mayoría de los estudios se han centrado en el tratamiento del estrés postraumático crónico (Corral et al., 1992; Echeburúa et al., 1990).

Sólo hay dos investigaciones clínicas controladas con víctimas recientes de violación. El grupo de Kilpatrick (Kilpatrick, 1992a) ha diseñado 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 no han resultado superiores a un grupo de control sin tratamiento.

En el estudio del grupo de Frank (Frank, Anderson, Stewart, Dancu, Hughes y West, 1988) se han puesto a prueba la desensibilización sistemática y la terapia cognitiva en un grupo de 60 víctimas recientes de violación. En ambas modalidades hay una mejoría significativa, sin diferencias entre ellas, pero en este estudio 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 a causa de la inexistencia de diferencias entre ambos tipos de terapia. 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).

Ningún enfoque terapéutico hasta la fecha ha mostrado, por tanto, ser efectivo en el tratamiento de las víctimas recientes de agresiones sexuales. Es más, la carencia de grupos de control, excepto en el estudio de Kilpatrick (1992a), y la cortedad del periodo de seguimiento establecido impiden conocer en qué medida los programas de intervención aceleran el curso normal de la recuperación en los 3 primeros meses, qué efecto tiene la acción terapéutica en los periodos de seguimiento a largo plazo y cuál es la eficacia relativa de cada uno de los elementos que componen la terapia.

Son muy pocos los casos clínicos de estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales descritos en la bibliografía, que aparecen referidos, además, a víctimas a largo plazo (por ejemplo, Alario, 1992). El interés del caso presentado en estas páginas deriva de la aplicación de un programa nuevo basado en el apoyo emocional, la reevaluación cognitiva y el establecimiento de habilidades de afrontamiento específicas. Las peculiaridades de este programa son que es intensivo, pero breve, que está orientado específicamente a la recuperación inmediata de la vida cotidiana y que está aplicado por una mujer terapeuta. Se trata, en último término, de ejemplificar una estrategia terapéutica de intervención temprana orientada a evitar la cronificación de síntomas que suele ser habitual en el trastorno de estrés postraumático. Este caso forma parte de una investigación clínica más amplia sobre la eficacia diferencial de terapias

en el tratamiento del estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales llevada a cabo por los autores y que aún está en curso.

METODO

Sujeto

La paciente es una chica de 20 años, soltera, administrativa de profesión, de un nivel económico medio, que vive con sus padres y una hermana soltera de 24 años. Tiene un aspecto físico agradable, con una mirada muy expresiva, parece desenvuelta y con una buena capacidad de sintonización personal. Al haberse quedado en paro y no encontrar un puesto laboral adecuado a su formación, actualmente trabaja como empleada de hogar. Acude al Centro de Asistencia Psicológica a Víctimas de Agresiones Sexuales del Ayuntamiento de San Sebastián en noviembre de 1991 tras haber sufrido una violación.

La agresión sexual tuvo lugar en Ceuta, en septiembre de 1991, cuando la víctima disfrutaba de las vacaciones en compañía de una amiga. Allí iniciaron una relación de amistad con unos chicos de origen marroquí con los que salieron frecuentemente. En una ocasión la paciente se quedó a solas con uno de ellos, y éste la obligó a ir a una chabola deshabitada bajo la amenaza de un cuchillo. Intentó escaparse varias veces, pero el agresor consiguió retenerla toda la noche y violarla tres veces. La víctima acudió a la comisaría a la mañana siguiente para denunciar la violación y consiguió identificar al agresor, que tenía antecedentes penales por delitos relacionados con las drogas, a través de las fotografías mostradas por la policía. El violador fue detenido al cabo de poco tiempo y está actualmente a la espera del juicio.

La paciente acude a la consulta aquejada de un cuadro clínico de trastorno de estrés postraumático. En primer lugar, presenta pensamientos recurrentes e intrusivos relacionados con el suceso vivido y una hiperreactividad psicofisiológica (sudoración, taquicardia, temblores, flojera en las piernas, etc.) ante determinados estímulos asociados, como las "caras morenas" y las "personas de raza árabe". En segundo lugar, muestra un estado de ansiedad generalizada y, en concreto, un temor a acudir sola a lugares que antes no le eran problemáticos ("ir a clase de inglés", "desplazarse al trabajo", "bajar la basura por la noche" y "salir de noche con unas amigas"), así como una gran inhibición ante la perspectiva de establecer relaciones afectivas y sexuales.

Tiende, por ello, a evitar sistemáticamente las situaciones temidas y, en general, todo tipo de relaciones sociales con la presencia de chicos. Asimismo evita hablar (y aun pensar) sobre el trauma experimentado, incluso con las personas más allegadas. Y en tercer lugar, muestra una hiperactivación psicofisiológica, en forma de trastornos del sueño, de irritabilidad, y de dificultades de concentración, con una preocupación sobreañadida por la posibilidad de haberse infectado con el virus del sida. Toda esta situación le lleva a un embotamiento afectivo y a una pérdida de interés generalizada por las actividades lúdicas y sociales, que la paciente vive con amargura por el contraste con el tipo de vida anterior a la agresión (salidas y viajes relativamente frecuentes, relaciones sociales abundantes, etc.) (Tabla 1).

Los síntomas descritos aparecieron de forma brusca y generalizada tras la agresión sexual, pero al regresar a casa, sentirse en un lugar "seguro" y contar con el apoyo emocional de sus amigas se atenuaron (sobre todo, los relacionados con el malestar psicológico global y la hiperactivación). No obstante, en el último mes le han sobrevenido ideas de culpabilidad (en el sentido de atribuciones de responsabilidad por lo ocurrido: viajar sola con una amiga, fiarse de un extranjero desconocido, no haber intuido a tiempo lo que iba a ocurrir, etc.). Asimismo se ha percatado de que las conductas de evitación y de embotamiento afectivo resultan persistentes, de que no puede superar la situación por sí misma y de que ella "ya no es la que era". Por ello, acude a la consulta en este momento (2 meses después de la agresión).

El historial médico y psicológico de la víctima no revela ninguna enfermedad grave ni intervención quirúrgica. El desarrollo evolutivo de la infancia y de la adolescencia ha sido normal y actualmente mantiene unas relaciones familiares y laborales satisfactorias. Tiene un buen concepto de sí misma, especialmente en el ámbito de las relaciones interpersonales. Se trata de una persona asertiva, extrovertida y con buenas habilidades para establecer relaciones sociales. Sus actividades de ocio preferidas son estar con amigos, escuchar música, colaborar en emisiones de radio y, sobre todo, viajar y conocer personas nuevas. Si bien en la actualidad no sale con ningún chico, ha tenido una relación de pareja durante algunos meses hace un año, con unos contactos afectivos y sexuales satisfactorios. No consume apenas alcohol y nunca ha fumado ni tomado drogas. No ha recibido nunca tratamiento psiquiátrico ni psicológico antes de la aparición de este trastorno. No hay tampoco antecedentes psicopatológicos ni consultas médicas y/o psicológicas en el núcleo familiar.

La paciente ha relatado el suceso de la violación sólo a la amiga acompañante

en el viaje y a otras dos amigas que forman parte de su círculo de amistades y que se han mostrado muy comprensivas. La actitud de la policía, cuando denunció el suceso, fue un tanto fría y distante, incluso con un cierto grado de incredulidad. No ha comentado, sin embargo, nada de lo sucedido a sus padres ni a su hermana para no causarles preocupaciones y evitar conductas de sobreprotección.

Procedimiento

a) Evaluación

En la primera sesión de evaluación la terapeuta (la primera autora de este trabajo) elaboró una historia clínica detallada sobre las características demográficas de la víctima, las circunstancias de la agresión sexual y la historia de victimización, así como sobre la expresión emocional de lo ocurrido y el tipo de reacción de los demás ante el suceso vivido.

Asimismo la terapeuta llevó a cabo una entrevista clínica estructurada (el ADIS-R, Di Nardo y Barlow, 1988) con la víctima, que posibilita el diagnóstico de un "trastorno de estrés postraumático" (categoría 309.89) según los criterios del DSM-III-R (A.P.A., 1987). La duración de esta sesión (con la historia clínica y la entrevista estructurada) fue de alrededor de 1 hora.

En la segunda entrevista se entregaron a la paciente los cuestionarios y escalas en el orden señalado y que figuran en la Tabla 2 con las puntuaciones correspondientes. El tiempo invertido en la cumplimentación de estas medidas de autoinforme es de 45 minutos. La elección de este protocolo de evaluación tiene por objetivo evaluar directamente el trastorno de estrés postraumático, así como medir otras variables clínicas que suelen verse afectadas en las agresiones sexuales, como la ansiedad, los miedos, la depresión, el grado de estrés y apoyo social y el nivel global de adaptación a la vida cotidiana. Se utilizan dos medidas para valorar la depresión porque una -el BDI- presta más atención a los componentes cognitivos; y la otra -el Hamilton-, a los componentes conductuales y somáticos. Ambas son, pues, complementarias.

Los resultados de estas pruebas reflejaron, en síntesis, la existencia de un trastorno de estrés postraumático, así como un nivel alto de inadaptación global y de ansiedad-estado (con una puntuación dos veces mayor que en la ansiedad-rasgo), un grado moderado de depresión (referida ésta sobre todo a los

TABLA 2.- Resultados en los cuestionarios y escalas antes del tratamiento

Cuestionario y escalas *	Puntuación
Escala de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (0-50) (Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock, 1991) (Apéndice 1)	35
Escala de Adaptación Subescala de Adaptación Global (0-5) (Borda y Echeburúa, 1991)	5
Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI (T.E.A., 1982)	
Estado	45
Rasgo	19
Inventario de Depresión BDI (versión de 21 ítems) (0-62) (Conde y Franch, 1984)	22
Escala de Depresión de Hamilton HRS (versión autoaplicada de 21 ítems) (0-73) (Conde y Franch, 1984)	34
Inventario de Miedos MFS-VK Subescala de miedos asociados a la violación (45-225) (Veronen y Kilpatrick, 1980)	139
Escala de Estrés/Apoyo Social del Departamento de Salud Mental de California (1981) (Conde y Franch, 1984)	
Subescala de estrés (6-22)	16
Subescala de apoyo social (0-40)	17

* Figuran entre paréntesis, a efectos de facilitar la labor del lector, la amplitud teórica de las puntuaciones y los lugares en donde se pueden encontrar en castellano los cuestionarios y escalas citados, así como, en su caso, la versión utilizada de los mismos.

componentes psicofisiológicos y conductuales de la misma) y de miedos relacionados con la violación y un nivel de apoyo social insuficiente.

En la tercera entrevista se llevó a cabo una lista de las conductas-objetivo, elaborada por la víctima con la ayuda de la terapeuta, que tiene como finalidad especificar las conductas concretas que la paciente quiere mejorar y establecer un programa de tratamiento individualizado. Asimismo, al utilizarse dichas conductas como una medida repetida de evaluación, se posibilita el seguimiento de la evolución terapéutica de la paciente. La relación de las conductas-objetivo, así como el grado de dificultad subjetivo actual de cada una de ellas, figura en la Tabla 3. La duración total de esta entrevista fue de 40 minutos.

TABLA 3.- Lista y grado de dificultad de las conductas-objetivo antes del tratamiento

Conductas-Objetivo	Grado de dificultad (0-10)
Conducta 1ª: Sentirme más relajada	10
Conducta 2ª: Relacionarme con los chicos como lo hacía antes	10
Conducta 3ª: No pensar continuamente sobre el suceso ocurrido	9
Conducta 4ª: Dormir con un sueño tranquilo	8
Conducta 5ª: Acudir sola a los sitios normales (clases, trabajo, etc.)	7
Conducta 6ª: Eliminar la preocupación por la posibilidad de haber contraído el sida	7

b) Hipótesis explicativa y motivación para el tratamiento

Una vez llevada a cabo la evaluación, se le proporcionó a la víctima una información detallada del trastorno de estrés postraumático y se le explican los

factores de adquisición y mantenimiento de este cuadro clínico en su caso, así como las ventajas de una intervención psicológica rápida. Estas explicaciones son de gran interés para motivar a la paciente al tratamiento y al cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. No hay que olvidar que el rechazo o el abandono prematuro de la terapia es frecuente en las víctimas recientes de violación porque se experimenta un malestar psicológico generalizado y porque la asistencia a un Centro público de Atención Psicológica, como es éste el caso, puede ser percibido por la víctima como un eslabón más de una cadena que suele tener como precedentes el interrogatorio policial y el reconocimiento médico-forense, experiencias aversivas para la mayoría de las pacientes.

Las reacciones psicológicas experimentadas por la víctima constituyen una reacción *normal* a una situación *anormal* de amenaza a la integridad física y psicológica de una persona. Si bien el recuerdo de la agresión sufrida no lo va a olvidar nunca, los síntomas psicológicos experimentados son susceptibles de tratamiento. Es más, el tratamiento temprano de los mismos puede prevenir la generalización de las reacciones de ansiedad y la cronificación de los síntomas. La terapia va a estar orientada a la búsqueda de soluciones a los problemas que se le plantean aquí y *ahora* a la víctima y al restablecimiento del ritmo habitual de vida.

Se le reforzó a la víctima por solicitar ayuda terapéutica en un período de tiempo relativamente corto tras la agresión sexual. La consulta psicológica es un "lugar seguro", en donde va a aprender "cosas" para sentirse mejor y para recuperar el control de su vida. No se trata, por tanto, de una situación más en la que va a tener que limitarse a contar una vez más lo ocurrido.

La violación es una situación de *condicionamiento clásico* en que el dolor, la falta de control, la pérdida de libertad, la amenaza de ser herida o asesinada, etc., funcionan como *estímulos incondicionados* que suscitan una *respuesta incondicionada* de ansiedad y terror. A través de un proceso de condicionamiento por contigüidad temporal o física con los estímulos incondicionados, otros *estímulos condicionados* (la soledad, la noche, la actividad sexual, los cuchillos, etc.) llegan a elicitar respuestas de ansiedad. Ciertos estímulos cognitivos (como contar lo ocurrido a una amiga, asistir a una terapia, declarar en un juicio, etc.) funcionan también como estímulos condicionados que generan respuestas de ansiedad por asociación con la experiencia de la violación. El proceso de *generalización de estímulos* y de *condicionamiento de orden superior* explica la generalización de las respuestas de ansiedad a otros estímulos nuevos (caras morenas, personas de raza árabe, relaciones con chicos, ir de vacaciones, salir

de noche, etc.) y la ampliación, por tanto, del número de estímulos generadores de miedo.

El resultado de todo ello es que el escape de las situaciones de temor refuerza las conductas de evitación. De este modo, la evitación, resultante de la ansiedad anticipatoria y constituida como una estrategia de afrontamiento, lleva a la reducción del número global de conductas previamente reforzantes y, en último término, a la aparición de la depresión, que es consecuencia asimismo de la disminución de la autoestima por la atribución de responsabilidad propia en el ataque sufrido (Corral et al., 1989).

Por último, la terapeuta, tras resolver las dudas planteadas en relación con las explicaciones anteriores, le entregó a la víctima un folleto explicado de autoayuda sobre la violación (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1989) y le propuso el plan aproximado del tratamiento, la duración del mismo y el régimen de sesiones, así como el tipo de tareas. Estas podían ser inicialmente molestas, pero la terapeuta le iba a marcar a la paciente un programa graduado y le iba a enseñar unas habilidades para hacer frente a ese malestar inicial.

c) Tratamiento

La intervención elegida en este caso fue el apoyo emocional, la reevaluación cognitiva y el entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento, según el programa global descrito en Corral et al. (1992) y Kilpatrick (1992a) y que figura esquematizado en la Tabla 4.

El *apoyo emocional* tiene por objetivo facilitar la catarsis emocional de la víctima, desarrollar una relación de empatía y establecer las bases para llevar a cabo el programa terapéutico específico. La *reevaluación cognitiva* está enfocada a la modificación de los pensamientos asociados con la situación de la agresión (“miedo a no ser creída”, “temor a no disfrutar en adelante de las relaciones afectivas y sexuales”, “preocupaciones respecto a un posible contagio del sida”, etc.), así como del sentimiento de culpabilidad relacionado con lo que pudo haber hecho y no hizo para evitar la violación. Por último, el *entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento* implica la relajación muscular progresiva (según el método propuesto por Bernstein y Borkovec, 1983), técnicas reductoras de pensamientos intrusivos (como la parada de pensamiento con aserción encubierta y la distracción cognitiva) e instrucciones de exposición gradual para recuperar las actividades habituales de la víctima.

TABLA 4.- Programa de tratamiento en víctimas recientes de agresiones sexuales (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, no publicado)

1. CARACTERISTICAS GENERALES	
*Nº de sesiones:	4
*Periodicidad:	Semanal
*Duración total:	4 semanas
*Terapeuta:	Psicóloga Clínica (mujer)
2. COMPONENTES DEL PROGRAMA	
*Apoyo emocional	
*Reevaluación cognitiva centrada en los siguientes puntos:	
**Explicación racional de lo que le ocurre.	
**Reevaluación de los errores cognitivos de culpabilidad.	
**Indicación de los aspectos positivos existentes en la nueva situación.	
*Entrenamiento en habilidades de afrontamiento:	
**Relajación.	
**Habilidades específicas de asertividad y de recuperación de la vida normal (ocio, trabajo, relaciones sexuales, etc.).	
**Parada de pensamiento y aserción encubierta, así como técnicas de distracción cognitiva, para hacer frente a las intrusiones.	

El programa terapéutico constó de cuatro sesiones individuales de 1 hora de duración (a excepción de la primera, que duró 2 horas) con una periodicidad semanal. La duración total de la terapia fue, por tanto, de 4 semanas. El tiempo total de contacto de la terapeuta con la paciente, excluida la evaluación, fue de 5 horas.

En la primera sesión la terapeuta, en el contexto de una situación de apoyo emocional, resituó los síntomas de la paciente como *reacciones normales* ante una *situación anormal* y le expuso el proceso de adquisición y mantenimiento de los miedos utilizando como punto de partida el temor o rechazo ante las

relaciones afectivas y eróticas. Asimismo llevóa cabo una reevaluación cognitiva de las ideas irracionales, sobre todo en relación con la atribución de responsabilidad (“¿por qué se me ocurrió ir tan lejos de vacaciones?”, “fui demasiado ingenua por no haberme percatado antes de sus intenciones”, etc.), con el objetivo de ajustar a la realidad el sistema de procesamiento de información de la paciente. Por último, reevaluóel acontecimiento traumático en sí mismo haciendo ver a la paciente los aspectos positivos del mismo: permanecer viva (cuando podía haber muerto a manos de un agresor que estaba armado), descubrir el aprecio de sus amigas en una circunstancia tan difícil, contar con una vida por delante gracias a su juventud, etc.

La tarea propuesta al final de esta sesión para casa fue relatar lo ocurrido a su hermana. De este modo, la paciente puede contar con una fuente adicional de apoyo emocional en el hogar. Las relaciones de cordialidad y la proximidad de edad, con un tipo de vida similar y muchos gustos compartidos, favorecen este objetivo. No parece, sin embargo, razonable en este caso hacer esta confidencia a los padres. Al no haberlo hecho ya, y ante la actitud conservadora de los padres en materia de sexo, se puede predecir un comportamiento de tipo culpabilizador (o, cuando menos, de reproches por haber ocultado lo ocurrido durante 2 meses), que, lejos de constituir un apoyo emocional, podría resultar contraproducente para la paciente.

En la segunda sesión la terapeuta realizó con la víctima durante 45 minutos un ejercicio de relajación muscular progresiva para contrarrestar las respuestas de ansiedad excesivas. El grado de relajación obtenido fue valorado subjetivamente por la paciente como satisfactorio. La elección de esta técnica estaba encaminada a la consecución de las conductas-objetivo 1ª y 4ª.

Se introdujo asimismo en esta sesión el entrenamiento en la parada de pensamiento y en la aserción encubierta (cfr. Rimm y Masters, 1981) para hacer frente a los pensamientos intrusivos en relación con el suceso ocurrido (conducta-objetivo 3ª), así como técnicas de distracción cognitiva (cfr. Butler, 1990). Para la interrupción de las obsesiones se utilizó como estímulo aversivo el pellizco producido por una goma colocada en la muñeca.

La tarea propuesta al final de esta sesión fue la práctica de ejercicios diarios de relajación con una frecuencia de 2 veces diarias (una antes de dormir y otra en el momento en que mejor le venga o más ansiosa se encuentre), que debía anotar en un registro “ad hoc”. Asimismo la paciente debía aplicar la parada de pensamiento y la aserción encubierta cuantas veces se presentaran en su mente los pensamientos intrusivos. En este caso no se utilizó un registro de

tareas para no atraer en exceso la atención de la paciente hacia dicha conducta y para evitar, en último término, la aparición de un efecto yatrogénico.

En la 3ª sesión se comenzó con una revisión de las tareas hechas. El tiempo dedicado en casa a la relajación comienza a disminuir a medida que el aprendizaje de la terapia se consolida. Los dos últimos días ha conseguido un grado de relajación óptimo tras 10 minutos de aplicación de la técnica. Los pensamientos intrusivos han decrecido considerablemente. El éxito en la aplicación de la parada de pensamiento, junto con la distracción cognitiva, se debe, en gran parte, a que le resulta desde un principio atractiva a la paciente y a que la pone en práctica como si se tratara de un juego.

En este momento las tareas para casa, una vez afianzadas las técnicas terapéuticas enseñadas en las sesiones anteriores, se centraron en la recuperación de la vida normal (conducta-objetivo 5ª) y de ocio, especialmente en las relaciones con chicos (conducta-objetivo 2ª), así como en la exposición gradual a algunas situaciones temidas, como “ir al trabajo sola”, “acudir de nuevo a clases de inglés” o “bajar la basura por la noche sola”. Se le sugirió a la paciente la utilización de una serie de autoinstrucciones positivas y de ejercicios de respiración lenta y profunda para facilitar el enfrentamiento a dichas situaciones.

Por último, en la 4ª sesión, después de la revisión de tareas, se reconsideraron las ideas tratadas en la 1ª sesión respecto a la atribución de responsabilidad por lo ocurrido. Asimismo se realizó un reforzamiento diferencial y progresivo por la aparición de pensamientos más realistas en relación con la agresión y por los logros obtenidos en la recuperación de las actividades normales. Si bien se realizó un ejercicio de relajación al final de la sesión, la paciente ya era capaz de relajarse por sí sola en un período de 4 minutos. La consecución de los objetivos terapéuticos, así como las dificultades planteadas, se revisaron en las cuatro sesiones de seguimiento (1, 3, 6 y 12 meses).

RESULTADOS

El carácter polisintomático del trastorno de estrés postraumático hace aconsejable la utilización de criterios múltiples de cambio conductual para evaluar adecuadamente las consecuencias de una intervención terapéutica.

La evaluación de los logros terapéuticos se realizó mediante la aplicación de medidas repetidas de los instrumentos de evaluación utilizados en el

pretratamiento, que en algunos estudios previos se han mostrado muy sensibles al cambio terapéutico (Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock, 1991).

TABLA 5.- Grado de dificultad de las conductas-objetivo antes y después del tratamiento

Conductas-Objetivo	Grado de dificultad (0-10)					
	Pre	Post	1m	3m	6m	12 m
1ª: Sentirme más relajada	10	5	3	1	1	1
2ª: Relacionarme con los chicos como lo hacía antes	10	6	5	5	4	2
3ª: No pensar continuamente sobre el suceso ocurrido	9	4	4	2	2	1
4ª: Dormir con un sueño tranquilo	8	2	1	1	1	1
5ª: Acudir sola a los sitios normales (clases, trabajo, etc.)	7	5	4	2	1	1
6ª: Eliminar la preocupación por la posibilidad de haber contraído el sida	7	7	6	5	5	4

En la *Tabla 5* figura la evolución del grado de dificultad de las conductas-objetivo entre el pretratamiento, por un lado, y el postratamiento y los seguimientos, por otro. Tal como se refleja en este análisis comparativo, se ha producido una mejoría clínica significativa en todas las conductas-objetivo. La única excepción es la conducta 6ª (“preocupación por la posibilidad de haber contraído el sida”). La paciente rechazó las sugerencias reiteradas de la terapeuta de realizarse la prueba de seropositividad y optó, como estrategia de afrontamiento, por intentar olvidarse del tema. Si bien hubo una mejoría con el

transcurso del tiempo, la preocupación aún se mantenía con cierta intensidad en el último seguimiento.

De este modo, la disminución notable del nivel de ansiedad (conductas 1ª y 4ª), la desaparición de pensamientos recurrentes relacionados con la agresión sexual (conducta 3ª) y la recuperación de las actividades normales de trabajo, ocio y relación social (conductas 2ª y 5ª) tras el tratamiento han permitido normalizar el ritmo habitual de vida de la paciente. Los resultados obtenidos en los periodos de seguimiento muestran la estabilización e incluso la mejoría de los éxitos terapéuticos conseguidos tras la intervención.

TABLA 6.- Resultados en los cuestionarios y escalas antes y después del tratamiento

Cuestionario y escalas	Puntuación					
	Pre	Post	1m	3m	6m	12 m
Escala de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático	35	8	4	1	2	1
Escala de Adaptación	5	2	2	2	1	0
STAI						
Estado	45	25	28	24	24	18
Rasgo	19	19	24	19	20	19
BDI	22	13	14	14	9	8
HRS	34	24	20	17	12	14
MFS-VK	139	132	128	124	119	117
Escala de Estrés/Apoyo Social						
Subescala de estrés	16	22	22	22	6	6
Subescala de apoyo social	17	22	24	17	14	19

Desde una perspectiva psicopatológica más global, tal como figura en la *Tabla 6*, el trastorno de estrés postraumático, a excepción de la conducta de hipervigilancia, ya no está presente ni en el postratamiento ni en los seguimientos. Por otra parte, los niveles de ansiedad y de depresión, así como la cantidad de temores y el grado de inadaptación, se reducen considerablemente tras el tratamiento y tienden a mejorar aún más en los controles de seguimiento. Al hilo de todos estos cambios, y desde una percepción subjetiva, la paciente se iba sintiendo capaz de retomar sus antiguas amistades y de llevar una vida social satisfactoria.

CONCLUSIONES

El programa de apoyo emocional, reevaluación cognitiva y entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento expuesto en este estudio se ha mostrado eficaz en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático derivado de una violación reciente. 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 mero paso de los meses (Corral et al., 1992).

La mejoría experimentada por la paciente de este estudio no puede atribuirse al transcurso del tiempo. La víctima acude a la consulta a los 2 meses y 22 días de haber experimentado la agresión, que es un período temporal, tras la remisión espontánea de algunos síntomas en las primeras semanas, en que los síntomas tienden a estabilizarse y, por tanto, a cronificarse (Corral et al., 1989; Kilpatrick, 1992b; Steketee y Foa, 1987). Por ello, los logros terapéuticos pueden atribuirse a los efectos específicos o inespecíficos de la terapia y no al proceso natural de recuperación. No obstante, al menos en este caso, el efecto del transcurso del tiempo -así lo indica el resultado de los seguimientos- parece interactuar positivamente con los resultados terapéuticos del tratamiento.

Desde una perspectiva de costes y beneficios, el programa propuesto es breve (5 horas de contacto terapeuta-paciente en el transcurso de 4 semanas), está bien estructurado, ayuda a la paciente a comprender lo que le ocurre y a resituar el acontecimiento traumático en sus justas dimensiones y, por último, le facilita la adquisición de unas habilidades de afrontamiento de la ansiedad y del miedo que se mantienen en los controles de seguimiento. Por otra parte, la mejoría de la víctima a pesar de la brutalidad de la agresión (amenazada con un

cuchillo, violada tres veces durante la noche, etc.) contribuye a resaltar más la virtualidad terapéutica de este programa.

Si bien el trastorno de estrés postraumático es susceptible de tratamiento con éxito con el programa propuesto, la conducta de hipervigilancia se reduce, pero se mantiene aún a un nivel muy alto, incluso tras el último seguimiento. Esta activación aumentada pasa a formar parte del repertorio de conductas de las víctimas de agresiones sexuales, probablemente por un proceso de sensibilización ante estímulos percibidos como "“peligrosos”" para la seguridad personal, y funciona como una respuesta adaptativa ante el temor de experimentar una nueva agresión en la vida cotidiana (Corral et al., 1992; Echeburúa et al., 1993).

Los estudios clínicos con víctimas recientes de violación son escasos hasta la fecha y, sin embargo, parecen de gran utilidad. De hecho, la aplicación de un tratamiento específico al poco tiempo de la agresión puede tener un efecto profiláctico que impida el desarrollo de síntomas a medio y largo plazo, tales como fobias, aislamiento social, disfunciones sexuales o incluso intentos de suicidio. Los logros terapéuticos conseguidos con la intervención propuesta en este estudio coinciden con los resultados obtenidos en otras investigaciones (Frank et al., 1988; Kilpatrick, 1992a). Sin embargo, en estos estudios no se han realizado períodos de seguimiento ni tampoco se han empleado instrumentos de medida específicos para la evaluación del trastorno de estrés postraumático (sólo se han evaluado medidas psicopatológicas globales).

Por último, en este estudio quedan aún sin responder algunas cuestiones que deben ser objeto de investigaciones futuras, como, por ejemplo, el peso específico diferencial de cada uno de los componentes del programa terapéutico propuesto o la importancia de ciertos factores inespecíficos, como la edad y la motivación de la paciente, el sexo de la terapeuta, etc.

AGRADECIMIENTOS

Este estudio se ha financiado con una beca de investigación de la Universidad del País Vasco (proyecto nº 006.230-0106/88). Una de las autoras (Belén Sarasua) ha sido becada por el Ministerio de Educación y Ciencia para llevar a cabo una investigación más amplia, de la que forma parte este trabajo. Un convenio de colaboración entre la Universidad del País Vasco, el Instituto Vasco de la Mujer y las Diputaciones de Alava, Guipúzcoa y Vizcaya y los Ayuntamientos de San Sebastián y Vitoria ha posibilitado el acceso a la muestra clínica.

BIBLIOGRAFIA

- Alario, S.** (1992). Terapia conductual de un trastorno por estrés postraumático crónico: un caso de violación. *Psicologemas*, 6, 81-100.
- Alburquerque 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** (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd. ed.), Washington:A.P.A..
- American Psychiatric Association** (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-R*, Washington, DC: A.P.A., traducción, Masson. Barcelona.
- Bernstein, D.A. y Borkovec, T.D.** (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao. Desclée de Brouwer (original, 1973).
- Borda, M. y Echeburúa, E.** (1991). La autoexposición como tratamiento psicológico en un caso de agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 993-1012.
- Butler, G.** (1990). *Manejo de la ansiedad*. Pamplona. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra (original, 1985).
- Conde, V. y Franch, J.I.** (1984). *Escala de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid. Laboratorios Upjohn.
- Corral, P., Echeburúa, 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.
- Corral, P., Echeburúa, E., Sarasua, B. y Zubizarreta, I.** (1992). Estrés postraumático en ex combatientes y en víctimas de agresiones sexuales: nuevas perspectivas terapéuticas. *Boletín de Psicología*, 35, 7-24.
- Di Nardo, P.A. y Barlow, D.H.** (1988). *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R)*. New York. Center for Stress and Anxiety Disorders. State University of New York at Albany.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y 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., Sarasua, B. y Zubizarreta, I.** (1989). *La violación. Lo que la mujer debe saber y puede hacer*. Vitoria. Instituto Vasco de la Mujer.
- 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 emocional de las emociones*. Valencia. Promolibro.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Riggs, D.S. y 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. y 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. y West, D.** (1988). Efficacy of cognitive behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. *Behavior Therapy*, 19, 403-420.

- Hodgkinson, P.E. y Stewart, M. (1991). *Coping with Catastrophe. A Handbook of Disaster Management*. London. Routledge.
- Holen, A. (1991). A longitudinal study of the occurrence and persistence of posttraumatic health problems in disaster survivors. *Stress Medicine*, 7, 11-17.
- 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. y 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. y 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. y O'Brien, E. (1987). Acute Post-traumatic Stress Disorder in Victims of a Natural Disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 286-290.
- Muse, M. (1986). Stress-related, posttraumatic chronic pain syndrome: *Behavioral treatment approach*. *Pain*, 25, 389-394.
- Rimm, D.C. y Masters, J.C. (1981). Terapia de la conducta. *Técnicas y hallazgos empíricos*. México. Trillas (original, 1974).
- Steketee, G. y 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.
- T.E.A. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Madrid. Servicio de Publicaciones.
- Veronen, L.J. y Kilpatrick, D.G. (1980). Self reported fears of rape victims: a preliminary investigation. *Behavior Modification*, 4, 383-396.

APENDICE 1

ESCALA DE GRAVEDAD DE SINTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO

(Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock, 1991)

NOMBRE _____ Nº _____

TERAPEUTA _____ FECHA _____

EVALUACION _____

Los síntomas están referidos a las 2 últimas semanas.

0: NADA

1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO

2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/ALGO

3: 5 O MAS VECES POR SEMANA/MUCHO

REEXPERIMENTACION

(Se requiere 1 síntoma)

----1. ¿Ha tenido recuerdos o pensamientos recurrentes o intrusivos estresantes acerca de la agresión?

----2. ¿Ha tenido sueños desagradables o pesadilla recurrentes acerca de la agresión?

----3. ¿Ha tenido la experiencia de revivir repentinamente la agresión, actuando o sintiendo como si la agresión ocurriera de nuevo?

----4. ¿Ha experimentado un malestar psicológico intenso ante acontecimientos que le recordaban la agresión (incluyendo los aniversarios)?

EVITACION

(Se requieren 3 síntomas)

- 5. ¿Ha tenido que realizar esfuerzos persistentes para evitar pensamientos o sensaciones asociadas con la agresión?
- 6. ¿Ha tenido que realizar esfuerzos persistentes para evitar actividades, situaciones o lugares que le recuerdan la agresión?
- 7. ¿Existe algún aspecto importante de la agresión que no puede recordar todavía?
- 8. ¿Tiene una marcada pérdida del interés por las actividades de ocio desde la agresión?
- 9. ¿Se ha sentido aislada o distanciada de los demás desde la agresión?
- 10. ¿Ha sentido que su capacidad para experimentar emociones de todo tipo (por ejemplo, sentimientos amorosos) está deteriorada?
- 11. ¿Ha sentido que los planes o esperanzas de futuro han cambiado como consecuencia de la agresión (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)?

AUMENTO DE LA ACTIVACION

(Se requieren 2 síntomas)

- 12. ¿Ha tenido dificultades persistentes para conciliar o mantener el sueño?
- 13. ¿Ha estado irritable continuamente o ha tenido explosiones de ira?
- 14. ¿Ha tenido dificultades de concentración persistentes?
- 15. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, pararse de forma súbita para vez quién está a su alrededor, etc.) desde la agresión?

----16. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde la agresión?

----17. ¿Ha tenido reacciones físicas intensas (por ejemplo, sudoración, palpitaciones del corazón, etc.) cuando recordaba la agresión?

