

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO AGUDO EN VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES: UN ESTUDIO PILOTO

Paz de Corral¹, Enrique Echeburúa, Belén Sarasúa
e Irene Zubizarreta
Universidad del País Vasco

Resumen

En este estudio-piloto se trata de poner a prueba un programa terapéutico cognitivo-conductual (reevaluación cognitiva y entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento) en el tratamiento del trastorno de estrés posttraumático agudo en víctimas de agresiones sexuales. La muestra consta de 10 pacientes seleccionadas con arreglo a los criterios del *DSM-III-R*. Se utiliza un diseño experimental de medidas repetidas (en el pretratamiento, en el postratamiento y en los seguimientos de 1, 3, 6 y 12 meses). Las víctimas tratadas mejoran en todas las medidas en el postratamiento y en los diversos seguimientos. Se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y para las investigaciones futuras. PALABRAS CLAVE: *Trastorno por estrés posttraumático, entrenamiento en habilidades de afrontamiento*

Abstract

The aim of this paper was to test a cognitive-behavioral therapeutic programme (cognitive restructuring and specific coping skills training) in the treatment

¹ *Correspondencia:* Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, Avenida de Tolosa, 70, 20009 San Sebastián (Spain).

Agradecimientos. Este estudio se ha financiado con una beca de investigación de la Universidad del País Vasco (proyecto nº 006.230-0106/88) y con un convenio entre el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos (Universidad del País Vasco), por una parte, y el Instituto Vasco de la Mujer, los ayuntamientos de San Sebastián y Vitoria y las diputaciones de Álava, Guipúzcoa y Vizcaya, por otra. Dos de las autoras (Belén Sarasúa e Irene Zubizarreta) han sido becadas por el Ministerio de Educación y Ciencia y por el Seminario de Estudios de la Mujer de la Universidad del País Vasco, respectivamente.

Este trabajo constituye una primera presentación de los datos de una investigación más amplia sobre la eficacia diferencial de tratamientos (tratamiento cognitivo-conductual *versus* relajación) en la terapia del trastorno de estrés posttraumático agudo en víctimas de agresiones sexuales.

of acute posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. The sample consisted of 10 patients selected according to *DSM-III-R* criteria. An experimental design with repeated measures (pretreatment, posttreatment and 1, 3, 6 and 12-month follow-up) was used. Most treated patients improved on all measures immediately posttreatment and at follow-up. Implications of this study for clinical practice and future research in this field are commented upon.

KEY WORDS: *Posttraumatic stress disorder, training in coping skills*

Introducción

Según el *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994), el trastorno de estrés postraumático surge cuando una persona ha sufrido una amenaza a su integridad física y/o psicológica y ha experimentado una reacción emocional muy intensa de miedo, horror o indefensión ante esa amenaza. Los síntomas se centran en la reexperimentación cognitiva y emocional del suceso, en la evitación conductual y cognitiva de lo ocurrido y en la hiperactivación psicofisiológica. Todo ello lleva a una interferencia significativa en el funcionamiento social y laboral, a una pérdida de interés por lo que anteriormente resultaba atractivo desde el punto de vista lúdico e interpersonal y a un cierto embotamiento afectivo para captar y expresar sentimientos de intimidad y ternura (Echeburúa y Corral, 1994).

Un 15-25% de mujeres es objeto de una agresión sexual en algún momento de su vida; de entre ellas, más del 50% —e incluso del 70%, según el estudio de Bownes, O'Gorman y Sayers (1991)— experimenta un trastorno de estrés postraumático según los criterios diagnósticos del *DSM-IV* (APA, 1994). Las mujeres agredidas sexualmente constituyen, sin duda, el grupo de población más afectado por este cuadro clínico (Kilpatrick, Saunders, Veronen, Best y Von, 1987; Resnick, Kilpatrick, Best y Kramer, 1992). Por ello, la frecuencia de las víctimas de agresiones sexuales aquejadas de estrés postraumático exige la puesta a punto de programas de intervención eficaces.

El grupo de Kilpatrick (Kilpatrick y Veronen, 1983) ha elaborado un programa de intervención cognitivo-conductual breve, con una duración de 4 a 6 horas en 2 sesiones, basado en los siguientes puntos: abreacción (catarsis emocional), explicación de las respuestas de miedo y ansiedad según la teoría del aprendizaje, reestructuración cognitiva de los sentimientos de culpa y enseñanza de habilidades de afrontamiento (conductas asertivas, relajación, autoinstrucciones, etc.) para reanudar la vida cotidiana y hacer frente a los problemas más inmediatos. Los resultados obtenidos con este programa en 10 víctimas recientes de agresiones sexuales no han sido superiores a un grupo de control de víctimas recientes de violación sin tratamiento. Se requieren, por ello, nuevas investigaciones.

En el estudio de Frank *et al.* (1988) se han asignado 42 víctimas de violación, en las cuatro primeras semanas tras la agresión, a un grupo de desensibilización sistemática o a un grupo de terapia cognitiva basada en el modelo de Beck. En ambos grupos ha habido una mejoría significativa, sin diferencias entre ellos. No se ha controlado, sin embargo, el efecto del mero paso del tiempo, que puede ser una variable significativa porque, de hecho, suele producirse una mejoría sustancial en-

tre el 1er. y el 3er. mes después de la agresión sexual en víctimas no tratadas (Kilpatrick, Veronen y Resick, 1979).

Las dos investigaciones controladas publicadas hasta la fecha, referidas a víctimas recientes de violación, son insatisfactorias, en un caso (Kilpatrick y Veronen, 1983) porque el seguimiento es breve (3 meses) y los resultados inconcluyentes; en el otro (Frank *et al.*, 1988), porque plantea algunos problemas metodológicos. Además, en ninguno de estos dos estudios se ha evaluado directamente el trastorno de estrés postraumático, sino los síntomas indirectos asociados a la violación (ansiedad y miedos, depresión, disfunciones sexuales, etc.). La evaluación del trastorno de estrés postraumático en las víctimas recientes de agresiones sexuales sólo ha sido objeto de estudio hasta ahora en algunos estudios de casos (Alario, 1992; Sarasúa, Echeburúa y Corral, 1993).

En resumen, no se ha demostrado que un tratamiento sea superior a otro ni siquiera que acelere el curso normal de recuperación en los tres primeros meses tras la agresión sexual.

Tampoco se ha averiguado hasta la fecha la eficacia relativa de cada uno de los componentes que constituyen estos programas (Corral, Echeburúa, Sarasúa y Zubizarreta, 1992; Echeburúa, Corral, Sarasúa y Zubizarreta, 1990).

El principal objetivo de esta investigación es poner a prueba un programa terapéutico cognitivo-conductual —la reevaluación cognitiva y el entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento— para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático agudo en víctimas de agresiones sexuales con un seguimiento a largo plazo (1 año) y contribuir de este modo a la búsqueda del tratamiento de elección para este cuadro clínico.

En la selección de este programa terapéutico se han tenido en cuenta los siguientes criterios: ser una terapia psicológica breve, contar con una buena fundamentación teórica y no tener una contrastación empírica suficiente en la aplicación a este trastorno.

Con respecto al tipo de medidas utilizadas, se ha diseñado una escala para evaluar específicamente el trastorno de estrés postraumático, similar a la utilizada en algunos otros estudios con víctimas no recientes de agresiones sexuales (Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock, 1991; Kusher, Riggs, Foa y Miller, 1992; Resick y Schnicke, 1992). Asimismo, se ha recurrido a otros autoinformes para evaluar otras variables psicopatológicas asociadas con este trastorno (depresión, ansiedad y miedos e inadaptación).

Método

Sujetos

La muestra de sujetos de este estudio está compuesta por víctimas de agresiones sexuales que acuden en busca de tratamiento psicológico a los Centros de Asistencia Psicológica de la Mujer del País Vasco (San Sebastián, Bilbao y Vitoria) durante el período comprendido entre abril de 1989 y marzo de 1993.

Los criterios de admisión al estudio son los siguientes: a) haber experimentado

una agresión sexual; b) cumplir los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático según el *DSM-III-R* (American Psychiatric Association, 1987); c) haber transcurrido después de la agresión un período no superior a 3 meses; y d) no padecer una enfermedad orgánica ni un trastorno de conducta graves. Se trata, en último término, de contar con pacientes homogéneas aquejadas de un trastorno de conducta agudo y no afectadas por otros cuadros clínicos.

Una vez realizada la selección previa en las 21 pacientes agredidas sexualmente que acuden al programa terapéutico durante ese período de tiempo, la muestra de las víctimas elegidas queda constituida por 10 sujetos. Las razones de exclusión del estudio de las 11 mujeres restantes son las siguientes: a) padecer un trastorno de conducta grave (fundamentalmente, esquizofrenia, deficiencia mental o depresión mayor) (5); b) mostrar un trastorno de estrés postraumático durante un período inferior a un mes y no cumplir, por tanto, los criterios diagnósticos del *DSM-III-R* (APA, 1987) (3); c) no padecer el trastorno de estrés postraumático (2); y d) tratarse de una violación dudosa (1).

En cuanto a las características demográficas más significativas de la muestra seleccionada (Tabla 1), las víctimas son chicas jóvenes, con una edad media de 24 años (DT=6,9) y, en su mayor parte, solteras y estudiantes. En cuanto al tipo de agresión, se trata en la mitad de los casos de una violación consumada, con lesiones físicas y utilización de armas por parte del agresor, que, en la mayoría de los casos, es un desconocido para la víctima. Este último dato permite explicar el alto índice de denuncias —el 70% del total— habido en este estudio. Las víctimas de violación por extraños tienen una probabilidad mayor de denunciar el delito (Echeburúa, Corral, Zubizarreta, Sarasúa y Páez, 1993).

Resulta especialmente significativo, desde la perspectiva del impacto psicológico, que el 40% de las víctimas carezca de relaciones sexuales previas y que la violación constituya, por tanto, su primera experiencia sexual.

Diseño experimental

El diseño utilizado es un diseño experimental de medidas repetidas. La evaluación de todas las víctimas se ha efectuado en el pretratamiento, en el postratamiento y en los seguimientos de 1, 3, 6 y 12 meses.

En esta investigación no se ha utilizado un grupo de control sin tratamiento o de lista de espera. En primer lugar, porque asignar a las víctimas en una fase aguda del trastorno de estrés postraumático a un grupo de estas características es éticamente indefendible. En segundo lugar, porque resulta difícil mantener la motivación de las pacientes para someterse a evaluaciones repetidas sin recibir una intervención terapéutica. En tercer lugar, porque la mera aplicación repetida de las medidas de evaluación es de por sí terapéutica y tiende a facilitar una regresión hacia la media (Atkeson, Calhoun, Resick y Ellis, 1982). Y en cuarto lugar, porque el contexto en el que se ha desarrollado esta investigación —los Centros de Asistencia Psicológica a la Mujer dependientes de los servicios sociales de ayuntamientos y diputaciones— hace inviable el mantenimiento de las víctimas en un grupo de control sin tratamiento o de lista de espera.

Tabla 1.
Características demográficas de las víctimas y variables relacionadas con la agresión sexual

	Sujetos (N=10) N (%)
<i>Edad media</i> (rango)	24 (15-45)
<i>Estado civil</i>	
casadas	2 (20%)
solteras	8 (80%)
<i>Nivel de instrucción</i>	
estudios primarios	1 (10%)
FP	4 (40%)
BUP/COU	3 (30%)
estudios universitarios	2 (20%)
<i>Tiempo medio transcurrido desde la agresión en semanas</i> (rango)	5,5 (4-12)
<i>Tipo de agresión</i>	
VIOLACIÓN	5 (50%)
vaginal	3 (30%)
anal	1 (10%)
bucal	1 (10%)
INTENTO DE VIOLACIÓN	5 (50%)
<i>Lesiones físicas</i>	3 (30%)
<i>Utilización de armas</i>	5 (50%)
<i>Relación con el agresor</i>	
conocido	1 (10%)
desconocido	9 (90%)
<i>Denuncias</i>	7 (70%)
<i>Experiencia sexual anterior</i>	6 (60%)

Medidas de evaluación

ENTREVISTAS

Se lleva a cabo una entrevista estructurada basada en la *Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático* (Echeburúa, Corral, Sarasúa, Zubizarreta y Sauca, 1994), que tiene lugar en todas las evaluaciones y sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés postraumático según los criterios diagnósticos del *DSM-III-R* (APA, 1987).

Esta escala, estructurada en un formato de tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems, de los que 4 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 6 a los de hiperactivación. El rango es de 0 a 51 en la escala global; de 0 a 12 en la subescala de reexperimentación, de 0 a 21 en la de evitación y de 0 a 18 en la de activación.

La existencia del diagnóstico de trastorno de estrés postraumático, según las exigencias diagnósticas del *DSM-III-R* (APA, 1987), requiere una puntuación global mínima de 12, con una distribución de 2 puntos en la escala de reexperimentación (se requiere un síntoma), de 6 en la de evitación (se requieren tres síntomas) y de 4 en la de activación (se requieren dos síntomas).

EVALUACIÓN DE OTROS SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS ASOCIADOS

Además de las medidas del trastorno de estrés postraumático, se han evaluado otros indicadores psicopatológicos asociados habitualmente a las agresiones sexuales: los miedos, la ansiedad, la depresión y la inadaptación a la vida cotidiana. Se han utilizado instrumentos que han mostrado ser muy sensibles al cambio terapéutico.

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

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

La escala de ansiedad-rasgo no está incluida en el estudio. Una intervención te-

rapéutica breve no puede tener por objetivo modificar una variable estable de la personalidad.

El *Inventario de depresión de Beck (BDI)* (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) consta de 21 ítems y mide la intensidad de los síntomas depresivos. El rango de las puntuaciones es de 0 a 63. El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de 0,93. Desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de 0,62 a 0,66.

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

Modalidad terapéutica

El tratamiento puesto a prueba en este estudio es la reevaluación cognitiva y el entrenamiento en estrategias específicas de afrontamiento. La *reevaluación cognitiva* está enfocada, en primer lugar, a la explicación de las reacciones normales ante una agresión sexual y del proceso de adquisición y mantenimiento de los miedos (Foa, Steketee y Rothbaum, 1989). Se trata, en segundo lugar, de modificar los pensamientos negativos asociados a la violación, así como el posible sentimiento de culpa en relación con lo que la víctima pudo haber hecho y no hizo, y de sustituirlos por pensamientos más adaptativos. Y, por último, se resitúa el acontecimiento traumático en sus justas dimensiones y se señalan los aspectos positivos existentes en la nueva situación.

El *entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento* implica la relajación muscular progresiva (según el método propuesto por Bernstein y Borkovec, 1973), la parada de pensamiento y la distracción cognitiva (como técnicas reductoras de pensamientos intrusivos) y, por último, instrucciones de exposición gradual a los estímulos temidos para recuperar las actividades habituales de la paciente.

La descripción más detallada de este programa figura en Echeburúa (1995) y la aplicación del mismo a un caso clínico en Sarasúa *et al.* (1993).

Procedimiento

El programa de evaluación y tratamiento, elaborado conjuntamente entre los directores de la investigación —los dos primeros firmantes del trabajo— y la terapeuta, se ha puesto a prueba, a modo de estudio-piloto previo, con una muestra de 5 pacientes antes de comenzar propiamente con la investigación a fin de comprobar la adecuación de los instrumentos de evaluación y de las técnicas terapéuticas.

EVALUACIÓN

Se lleva a cabo inicialmente una entrevista de selección. Las víctimas que reúnen todos los criterios de admisión se asignan a la investigación a medida que van llegando a los Centros de Asistencia Psicológica. Por razones éticas, las pacientes excluidas del estudio reciben también asistencia terapéutica, pero sin ser incluidas en la investigación.

A las víctimas seleccionadas se les aplican los instrumentos de evaluación en el pretratamiento y se les explica el contenido de la terapia. Las siguientes evaluaciones —siempre en el marco de una entrevista personal— tienen lugar en el postratamiento y en los seguimientos de 1, 3, 6 y 12 meses.

Tratamiento

La terapeuta que ha llevado a cabo la evaluación y el tratamiento de todas las pacientes —la tercera firmante de este trabajo— es una psicóloga clínica con 5 años de experiencia en el tratamiento cognitivo-conductual de víctimas de agresiones sexuales.

El procedimiento terapéutico se caracteriza por ser individual, constar de 4 sesiones con una periodicidad semanal y tener una duración total de 5 horas.

Tabla 2.
Características de la modalidad terapéutica

<i>Tipo de tratamiento</i>	<i>Modalidad</i>	<i>Duración en semanas</i>	<i>Número de sesiones semanales</i>	<i>Número total de horas</i>
Reevaluación cognitiva y estrategias específicas de afrontamiento	Individual	4	1	5

Resultados

La intensidad del trastorno de estrés postraumático en las víctimas estudiadas es alta. La puntuación media en la *Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático* es de 36,7 (DT = 8,59).

No ha habido abandonos ni rechazos del tratamiento.

El tipo de agresión sexual (violación/no violación) muestra una correlación muy baja, no significativa, con la gravedad del trastorno de estrés postraumático ($r=0,14$).

En esta investigación se entiende por éxito terapéutico la desaparición del trastorno de estrés postraumático según los criterios diagnósticos del *DSM-III-R*. Desde

una perspectiva categorial, los resultados obtenidos son muy satisfactorios en todos los momentos de la evaluación (Tabla 3).

Tabla 3.

Porcentaje de éxitos terapéuticos (ausencia del trastorno de estrés postraumático)

Evaluación	Tasa de éxitos N = 10	
	N	(%)
Postratamiento	8	(80)
1 mes	10	(100)
3 meses	10	(100)
6 meses	10	(100)
12 meses	10	(100)

Desde una perspectiva dimensional —es decir, el grado de intensidad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático— los resultados son más matizados. En las Tablas 4 y 5 aparecen representadas las medias y desviaciones típicas en la escala de estrés postraumático y en las restantes variables psicopatológicas, respectivamente. En la Tabla 6, a su vez, figuran los valores de F y de t , referidos a los momentos fundamentales de evaluación, del ANOVA de medidas repetidas en la gravedad global del trastorno de estrés postraumático y en las otras medidas psicopatológicas. La evolución de dichas medidas durante todo el tratamiento está representada en la Figura 1.

En la gravedad global del trastorno de estrés postraumático se aprecia, por un lado, una clara mejoría entre el pre- y el postratamiento y, por otro, un aumento lento de dicha mejoría hasta el seguimiento de los 6 meses, a partir del cual los resultados tienden a estabilizarse.

En cuanto a las variables psicopatológicas (miedos, ansiedad, depresión e inadaptación), la evolución es similar a la experimentada por el trastorno de estrés postraumático. Sólo en el caso de los miedos se aprecia una evolución algo distinta: la mejoría tiende incluso a aumentar desde el postratamiento hasta el seguimiento de los 12 meses ($t = 2,75$; $p < 0,05$).

Conclusiones

En esta investigación se evalúa por primera vez el trastorno de estrés postraumático en víctimas recientes de agresiones sexuales. En los dos estudios publicados hasta la fecha (Frank *et al.*, 1988; Kilpatrick y Veronen, 1983) la evaluación del cambio terapéutico está relacionada con diversas variables psicopatológicas indirectas (ansiedad, miedos, depresión, etc.), pero no con el trastorno de estrés postraumático propiamente dicho. Es asimismo el primer estudio en que se lleva a cabo un seguimiento a largo plazo de 12 meses.

Tabla 4.

Medias y desviaciones típicas en la escala global de estrés postraumático y en las subescalas de reexperimentación, evitación y activación

	<i>Sujetos (N = 10)</i>	
	X	DT
<i>Escala global de estrés postraumático (0-51)</i>		
Pretratamiento	36,7	(8,59)
Postratamiento	12	(6,94)
1 mes	8	(4,42)
6 meses	6	(3,62)
12 meses	5	(2,49)
<i>Subescala de reexperimentación (0-12)</i>		
Pretratamiento	9,9	(2,42)
Postratamiento	3	(1,24)
1 mes	2	(1,05)
6 meses	1,3	(0,82)
12 meses	0,9	(0,99)
<i>Subescala de evitación (0-21)</i>		
Pretratamiento	11,6	(3,75)
Postratamiento	3,3	(2,66)
1 mes	1,5	(1,43)
6 meses	1,1	(1,28)
12 meses	0,8	(1,33)
<i>Subescala de activación (0-18)</i>		
Pretratamiento	15,2	(3,64)
Postratamiento	5,7	(3,40)
1 mes	4,5	(2,67)
6 meses	3,6	(2,59)
12 meses	3,3	(1,82)

Tabla 5.
Medias y desviaciones típicas en las variables psicopatológicas asociadas

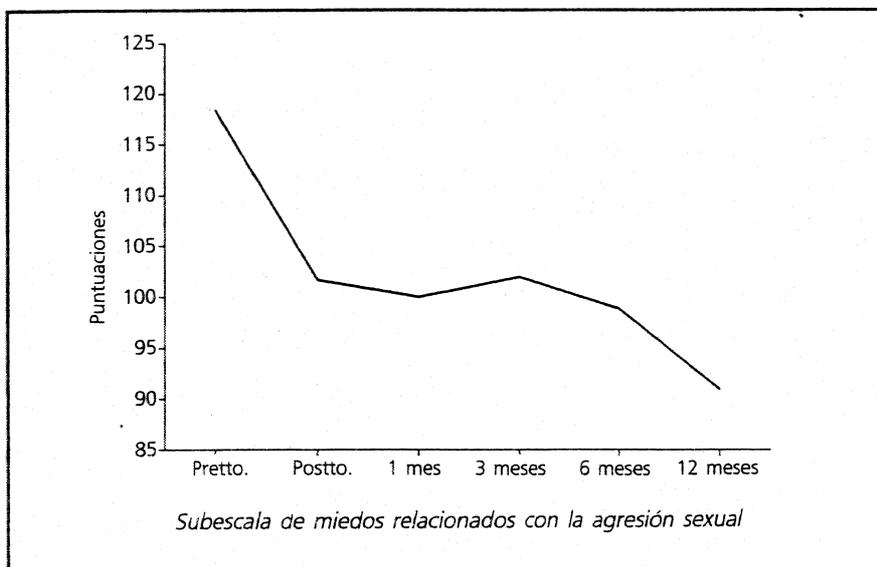
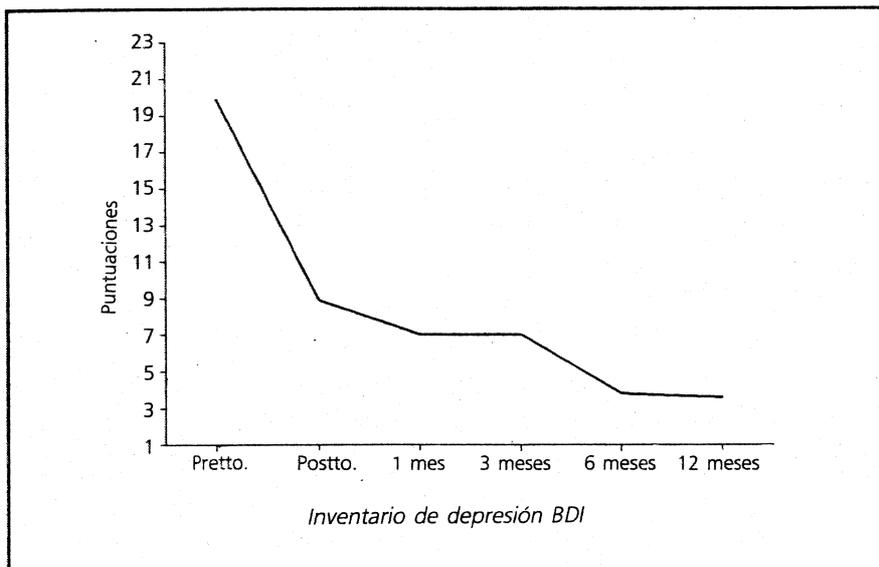
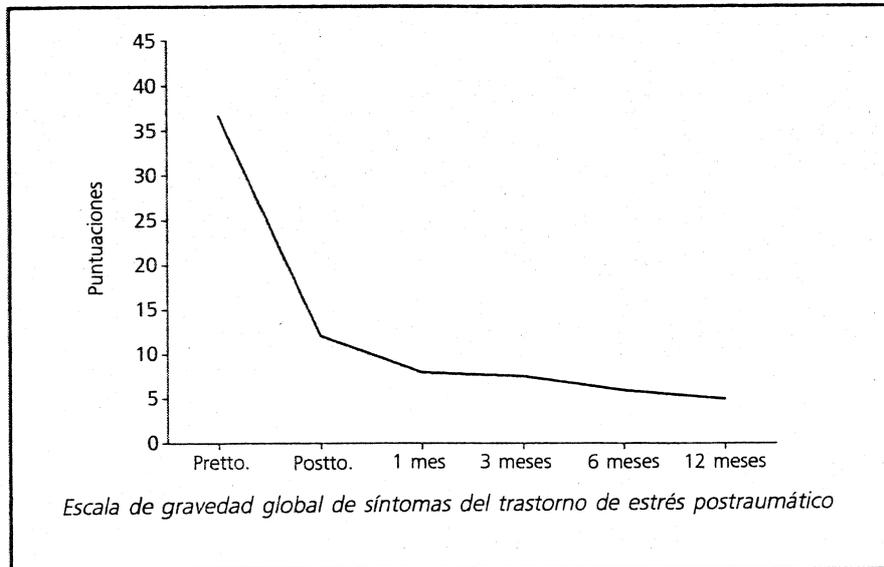
	Sujetos (N = 10)	
	X	DT
<i>Miedos (MFS-III)</i> (45-225)		
Pretratamiento	118,4	(33,27)
Postratamiento	101,7	(26,85)
1 mes	100	(29,33)
6 meses	98,9	(34,82)
12 meses	91	(24,05)
<i>Ansiedad (STAI-E)</i> (0-60)		
Pretratamiento	42,4	(7,83)
Postratamiento	18,5	(9,46)
1 mes	19,3	(7,45)
6 meses	13,2	(6,74)
12 meses	10,4	(4,94)
<i>Depresión (BDI)</i> (0-63)		
Pretratamiento	19,9	(8,72)
Postratamiento	8,9	(7,89)
1. mes	7	(6,12)
6 meses	3,8	(3,19)
12 meses	3,6	(2,67)
<i>Inadaptación (Escala de adaptación)</i> (1-6)		
Pretratamiento	4,6	(1,07)
Postratamiento	2,4	(0,69)
1 mes	2,4	(0,84)
6 meses	1,9	(0,56)
12 meses	1,8	(0,42)

Tabla 6.
Valores de F y de t en el análisis de varianza de medidas repetidas
en las variables psicopatológicas

	(N = 10)
<i>Escala de estrés postraumático</i>	$F = 102,92^{***}$
	t
Pre-Post	9,75 ^{***}
Pre-12 meses	8,10 ^{***}
Post-1 mes	3,02 [*]
Post-12 meses	3,71 ^{**}
<i>Miedos (MFS-III)</i>	$F = 3,13^*$
	t
Pre-Post	1,90
Pre-12 meses	3,00 [*]
Post-1 mes	0,36
Post-12 meses	2,75 [*]
<i>Ansiedad (STAI-E)</i>	$F = 47,45^{***}$
	t
Pre-Post	9,53 ^{***}
Pre-12 meses	12,67 ^{***}
Post-1 mes	0,28
Post-12 meses	0,75
<i>Depresión (BDI)</i>	$F = 17,42^{***}$
	t
Pre-Post	4,11 ^{**}
Pre-12 meses	6,42 ^{***}
Post-1 mes	1,26
Post-12 meses	3,05 [*]
<i>Inadaptación (Escala de adaptación)</i>	$F = 5,38^{***}$
	t
Pre-Post	6,13 ^{***}
Pre-12 meses	8,57 ^{***}
Post- 1 mes	0,00
Post-12 meses	3,67 ^{**}

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Figura 1. Evolución de las variables psicopatológicas



Según los resultados obtenidos, existe una baja correlación ($r=0,14$) entre el grado de intensidad del trastorno de estrés postraumático que experimentan las víctimas y el tipo de agresión sexual (violación consumada *versus* intento de violación). Por ello, la gravedad de este cuadro clínico depende fundamentalmente de otras circunstancias (percepción subjetiva de la agresión, acontecimientos estresantes sufridos, grado de apoyo social, estabilidad emocional, etc.), como también ocurre en otros estudios (Becker, Skinner, Abel, Howell y Bruce, 1982; Kusher *et al.*, 1992). No hay, por tanto, una correspondencia entre la *gravedad jurídica* y la *gravedad psicológica* de las agresiones sexuales.

De la misma forma que en otros estudios con víctimas no recientes de agresiones sexuales (Foa *et al.*, 1991; Resick y Schnicke, 1992), el trastorno de estrés postraumático se muestra como un cuadro clínico susceptible de tratamiento con éxito con un programa terapéutico cognitivo-conductual. De hecho, se obtiene una tasa de éxitos del 100% de los casos cuando ha transcurrido un año del tratamiento.

Si bien no se ha sometido a estudio la eficacia de cada uno de los componentes del programa terapéutico, la reevaluación cognitiva y el entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento parecen eficaces para hacer frente a los síntomas de reexperimentación y de evitación; la relajación, para hacer frente a los síntomas de activación.

En cuanto a la evolución terapéutica, el perfil es el mismo en todas las variables psicopatológicas: una rápida mejoría entre el pre- y el postratamiento, un aumento lento de dicha mejoría entre el postratamiento y el seguimiento de los 6 meses y, por último, un mantenimiento de los logros terapéuticos a partir de este momento de evaluación. No obstante, continúa la mejoría de los miedos relacionados con la agresión sexual incluso en el seguimiento de los 12 meses.

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

En resumen, el programa cognitivo-conductual propuesto resulta efectivo para superar el trastorno de estrés postraumático y las variables psicopatológicas asociadas en víctimas recientes de agresiones sexuales con un seguimiento a largo plazo. Desde esta perspectiva, 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 e incluso intentos de suicidio (*cf.* Foa, Rothbaum y Steketee, 1993).

Quedan aún, sin embargo, algunas incógnitas por resolver. La remisión espontánea de las víctimas no tratadas —no controlada en este estudio— no es probable porque el grado de estrés en las 3 primeras semanas del suceso es un factor altamente predictivo del nivel de estrés a largo plazo (Veronen y Kilpatrick, 1983) y las víctimas de este estudio han sido evaluadas, por término medio, a las 5 semanas de la agresión, con el resultado de un grado alto de estrés en todos los casos.

Por otra parte, no se conoce el papel desempeñado por los factores inespecíficos del tratamiento y por el mero paso del tiempo, así como tampoco el peso espe-

cífico de cada uno de los componentes de este programa. Conviene, por ello, replicar los resultados de esta investigación con una muestra más amplia de víctimas y con más grupos que permitan dar respuesta a estos interrogantes.

Referencias

- Alario, S. (1992). Tratamiento comportamental de un trastorno por estrés postraumático: un caso de violación (víctima reciente). *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 22, 45-56.
- Albuquerque, A. (1992). Tratamiento del estrés postraumático en ex combatientes. En E. Echeburúa (comp.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd. ed. rev.)*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. ed.)*. Washington, DC: Autor.
- Atkeson, B. M., Calhoun, K. S., Resick, P. A. y Ellis, E. M. (1982). Victims of rape: Repeated assessment of depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 96-102.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Becker, J. V., Skinner, L. J., Abel, G. G., Howell, J. y Bruce, K. (1982). The effects of sexual assault on rape and attempted rape victims. *Victimology*, 7, 106-113.
- Bernstein, D. A. y Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*. Champaign: Research.
- Bownes, I. T., O'Gorman, E. C. y Sayers, A. (1991). Assault characteristics and posttraumatic stress disorder in rape victims. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 27-30.
- Corral, P., Echeburúa, E., Sarasúa, 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.
- Echeburúa, E. (1995). Tratamiento de las víctimas de las agresiones sexuales. En F. J. Labrador (1995), *Guía de la sexualidad*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). «Escala de adaptación», manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (comps.), *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasúa, 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., Sarasúa, B., Zubizarreta, I. y Sauca, D. (1994). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático. En E. Echeburúa (comp.), *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I., Sarasúa, B. y Páez, D. (1993). Estrés postraumático, expresión emocional y apoyo social en víctimas de agresiones sexuales. En D. Páez (comp.), *Salud, expresión y represión social de las emociones*. Valencia: Promolibro.
- Foa, E. B., Rothbaum, O. B., Riggs, D. S. y Murdock, T. R. (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., Rothbaum, B. O. y Steketee, G. S. (1993). Treatment of rape victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 256-276.

- Foa, E. B., Steketee, G. y Rothbaum, O. B. (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, 403-419.
- 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. y Veronen, L. J. (1983). Treatment for rape related problems: crisis intervention is not enough. En L. H. Cohen, W. L. Clairborn y G. A. Specter (comps.), *Community clinical psychology series (4º vol., 2ª edic.)* Nueva York. Human Sciences.
- Kilpatrick, D. G. y Veronen, L. J. (1984). *Treatment of fear and anxiety in victims of rape*. Final report, Grant nº R01 MH29602. Rockville, MD. National Institute of Mental Health.
- Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J. y Resick, P. A. (1979). The aftermath of rape: Recent empirical findings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49, 658-669.
- Kusher, M. G., Riggs, D. S., Foa, E. B. y Miller, S. M. (1992). Perceived controllability and development of posttraumatic stress disorder in crime victims. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 105-110.
- Resick, P. A. y Schnicke, N. K. (1992). Cognitive processing for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Best, C. L. y Kramer, T. L. (1992). Vulnerability-stress factors in development of posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 424-430.
- Sarasúa, B., Echeburúa, E. y Corral, P. (1993). Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático en una víctima reciente de violación. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 189-211.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto (Ca.): Consulting Psychologists.
- Veronen, L. J. y Kilpatrick, D. G. (1980). Self-reported fears of rape victims: A preliminary investigation. *Behavior Modification*, 4, 383-396.
- Veronen, L. J. y Kilpatrick, D. G. (1983). Stress management for rape victims. En D. Meichenbaum y M. E. Jaremko (comps.), *Stress reduction and prevention*. Nueva York: Plenum.
- Wolpe, J. y Lang, P. J. (1964). A fear survey schedule for use in behavior therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 27-30.