

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE MUJERES VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES RECIENTES Y NO RECIENTES EN LA VIDA ADULTA

Enrique Echeburúa¹, Belén Sarasua¹, Irene Zubizarreta² y Paz de Corral¹

¹Universidad del País Vasco; ²Centro de Tratamiento Psicológico para Víctimas de Violencia de Género de la Diputación Foral de Álava (España)

Resumen

El objetivo del estudio fue evaluar un programa individual cognitivo conductual, de 10 sesiones, para el tratamiento de mujeres víctimas de agresiones sexuales en la vida adulta. Participaron 138 víctimas (107 recientes y 31 no-recientes), de las que 84 completaron el tratamiento. Se evaluó a las participantes con la Escala de gravedad de síntomas del TEPT, el STAI, el MFS-III, el BDI, el HDRS, la Escala de autoestima y la Escala de inadaptación. Se realizaron evaluaciones independientes en el pretratamiento, en el postratamiento y en los seguimientos. La tasa de éxito en la disminución de síntomas del TEPT fue del 100%, del 65,6% en el malestar emocional y del 60% en la evitación sexual. Los resultados se mantuvieron a los 12 meses. La tasa de éxitos fue alta en ambos grupos, pero inferior en el de las no-recientes en los seguimientos de los 3 y 12 meses. Hubo un nivel alto de abandonos en las víctimas no-recientes. El tratamiento propuesto fue eficaz, pero un reto de futuro es diseñar estrategias motivacionales para el tratamiento y mejorar la terapia para las víctimas no recientes.

PALABRAS CLAVE: mujeres adultas víctimas de agresiones sexuales, víctimas recientes y no recientes, tratamiento psicológico, resultados a largo plazo.

Abstract

The purpose of this study was to evaluate an individual 10-session cognitive-behavioral programme for the treatment of adult female victims of sexual assault. 138 Victims (107 recent and 31 non-recent victims) participated in the study voluntarily, and 84 completed treatment. Participants were assessed with the PTSD Severity Scale, the STAI, the MFS-III, the BDI, the HDRS, the Self-Esteem Scale and the Misadjustment Scale. Independent assessments were made at pre-treatment, post-treatment and 1, 3, 6 and 12-month follow-up. In the treatment completers the success rate in PTSD was of 100% and of 65.6% and 60%, respectively, in emotional trouble and in sexual avoidance at the post-treatment assessment. The results were maintained at 12-month follow-up. When recent

and non-recent victims were compared, the success rate was high in both groups, but slightly lower among the non-recent victims at 3- and 12-month follow-up. However, the drop-out rate among non-recent victims was rather high. The proposed treatment was effective, but a future challenge is to design motivational strategies for treatment and to improve the therapy for non-recent victims.

KEY WORDS: adult female victims of sexual assault, recent and non-recent victims, psychological treatment, long-term outcome.

Introducción

Si bien cualquier persona puede ser víctima de una agresión sexual, son las mujeres quienes padecen en mayor medida esta conducta violenta. De hecho, cerca de un 15% de la población femenina sufre alguna agresión sexual a lo largo de su vida (Campbell y Wasco, 2005; Vickerman y Margolin, 2009).

La victimización -el hecho de ser víctima de un suceso violento- puede causar unas repercusiones psicológicas muy negativas en la estabilidad emocional de las personas afectadas, especialmente en el caso de las mujeres agredidas sexualmente en la vida adulta o en la infancia (Cortés, Cantón-Cortés y Cantón, 2011; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011; Picó-Alfonso, Echeburúa y Martínez, 2008). Así, el desarrollo del trastorno de estrés postraumático (TEPT) como consecuencia de cualquier conducta violenta 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 (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997).

El TEPT suele ser más grave y duradero cuando el suceso sufrido es muy intenso o cuando la víctima es vulnerable psicológicamente y no cuenta con un apoyo familiar y social adecuado. La intensidad de los síntomas inmediatamente tras la agresión es un predictor del funcionamiento de las víctimas a largo plazo (Resnick, Acierno, Amstadter, Self-Brown y Kilpatrick, 2007). Además (o en lugar) del TEPT, las víctimas de agresiones sexuales pueden sufrir un malestar emocional profundo (ansiedad, depresión, sentimientos de culpa) y conductas de evitación sexual. Sin embargo, los estudios disponibles hasta la fecha se han centrado fundamentalmente en el tratamiento del TEPT (Foa *et al.*, 2005; Foa y Rothbaum, 1998; Resick *et al.*, 2008; Rothbaum, Astin y Marsteller, 2005), sin prestar atención específicamente a otros problemas existentes, como la sintomatología ansioso-depresiva o los problemas sexuales.

En cuanto al tratamiento, se cuenta actualmente con recursos terapéuticos eficaces para hacer frente a la psicopatología generada por una agresión sexual, especialmente cuando la víctima dispone de una red de apoyo familiar y social y se controlan los problemas derivados de la victimización secundaria. Sin embargo, son pocos los estudios recientes de revisión actualmente existentes que hagan una valoración crítica de los tratamientos utilizados hasta la fecha (Taylor y Harvey, 2009; Vickerman y Margolin, 2009).

En general, según el metaanálisis de Taylor y Harvey (2009), la terapia psicológica consigue reducir los efectos psicopatológicos, especialmente el TEPT, en las víctimas de agresiones sexuales. Estos efectos beneficiosos tienden a mantenerse a

los 6-12 meses del tratamiento. En cuanto al formato, hay una superioridad de la terapia individual sobre la terapia grupal y de las terapias estructuradas y relativamente intensivas (10-16 sesiones) sobre las terapias breves de apoyo. Respecto a las modalidades terapéuticas, según el metaanálisis de Vickerman y Margolin (2009), los tratamientos cognitivo conductuales son los que cuentan con un mayor apoyo empírico. Más específicamente, la exposición prolongada (EP) (Foa *et al.*, 2005) y la terapia de procesamiento cognitivo (TPC) (Resick *et al.*, 2008), se han mostrado eficaces, seguidas por el entrenamiento en inoculación de estrés (EIS) (Veronen y Kilpatrick, 1983) y la desensibilización por movimiento ocular y reprocesamiento (DMO) (Rothbaum *et al.*, 2005; Shapiro, 1995). La EP, la TPC y la DMO implican una exposición a los recuerdos traumáticos o a las escenas relacionadas con el trauma. En la TPC, en la DMO y en el EIS se incluyen otros componentes, como la reestructuración cognitiva en la TPC, la desensibilización por movimientos oculares en la DMO o la enseñanza de habilidades de afrontamiento en el EIS. La EP y la EIS incluyen también una exposición a los miedos y a las situaciones evitadas que interfieren negativamente en la vida cotidiana de las víctimas (Foa, Keane y Friedman, 2003).

Una limitación de los estudios efectuados es que las propuestas terapéuticas presentadas son muy diversas y que, al mismo tiempo, tienen componentes que se solapan entre sí, como es el caso de la exposición en la EP y en la DMO o el de la reestructuración cognitiva, en el de la TPC y el EIS. Como señalan Vickerman y Margolin (2009), algunos problemas adicionales son que los seguimientos no son largos y que las víctimas estudiadas son heterogéneas en las diversas investigaciones. Así, algunos estudios se han centrado en las víctimas recientes de una agresión sexual (Echeburúa y Corral, 2007; Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996; Foa, Zoellner y Feeny, 2006; Kilpatrick y Calhoun, 1988; Resnick *et al.*, 2007), pero la mayoría de los estudios han tenido como objetivo a víctimas con síntomas crónicos que han sufrido la agresión al menos tres meses antes. En otros casos se han analizado víctimas adultas con síntomas crónicos, pero se han mezclado víctimas con agresiones sufridas hace unos meses con víctimas que han sufrido violencia sexual en la infancia (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1997).

Por ello, el principal objetivo de este estudio es poner a prueba un programa terapéutico integrador de tipo cognitivo conductual con víctimas homogéneas de agresiones sexuales, en donde se incluyen técnicas de exposición, reestructuración cognitiva y habilidades de afrontamiento, así como valorar su eficacia con un seguimiento a largo plazo (un año). Un segundo objetivo es evaluar los resultados del programa no sólo en función del TEPT, sino también de otro tipo de variables (malestar emocional y conductas de evitación sexual). Y un tercer objetivo, dada la escasez de información al respecto, es establecer la eficacia diferencial del programa en adultos víctimas recientes y no recientes de agresiones sexuales. A efectos de homogeneizar la muestra, se han excluido las víctimas adultas de violencia sexual en la infancia y las de acoso sexual en el trabajo, ya abordadas en otros estudios (Sarasua, Echeburúa, Zubizarreta y Corral, 1998; Sarasua, Zubizarreta, Corral y Echeburúa, 2013), así como las víctimas de una agresión sexual por parte de su pareja en el marco de una relación de maltrato (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 2007) porque tienen un perfil diferenciado.

Método

Participantes

La muestra total de este estudio consta de 138 mujeres que han sufrido una agresión sexual en la vida adulta y que han acudido en busca de un tratamiento psicológico al Centro de Asistencia Psicológica para Víctimas de Violencia de Género de la Diputación Foral de Álava (País Vasco). En dicho centro se desarrolla un programa de tratamiento específico para víctimas de agresiones sexuales desde 1990 y la atención es gratuita para las pacientes.

Los criterios de selección han sido los siguientes: a) ser mujer mayor de 18 años y haber sido víctima de una agresión sexual en la vida adulta; b) no haber sufrido la agresión por parte de su pareja ni haber estado expuesta a un acoso sexual en el trabajo; c) no sufrir actualmente un proceso de victimización ni un trastorno mental grave y d) acceder voluntariamente a la participación en el estudio tras haber sido ampliamente informada, con la firma de una hoja de consentimiento.

La muestra preseleccionada abarcó a las 158 mujeres que habían acudido al programa. Sin embargo, 11 fueron excluidas por haber sufrido una agresión sexual por parte de su pareja, 6 por haber estado expuestas a un acoso sexual en el trabajo y 3 por padecer un trastorno mental grave (depresión mayor). La muestra seleccionada finalmente fue, por tanto, de 138 mujeres.

El conjunto de víctimas seleccionadas se dividió en dos grupos según el tiempo transcurrido desde la agresión, con un punto de corte de 12 semanas, a efectos de establecer una diferencia entre las víctimas recientes (VR) ($n= 107$; el 77,5%) y las víctimas no recientes (VNR) ($n= 31$; el 22,5%). El tiempo medio tras la agresión en las VR fue de 4,3 semanas ($DT= 3,30$; rango: 2-12) y el de las VNR fue de 206,32 semanas (3,96 años; $DT= 5,2$; rango: 0,5-25).

Respecto a las características demográficas de la muestra total, las víctimas eran mujeres jóvenes, con una edad media de 27,4 años ($DT= 8,7$; rango: 18-58), no tenían pareja en una mayoría de los casos ($n= 85$; el 61,6%), eran de nacionalidad española ($n= 108$; el 78,3%) y pertenecían a un nivel socioeconómico medio ($n= 84$; el 60,9%).

Instrumentos

- “Entrevista semiestructurada para víctimas de agresiones sexuales” (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1995). Es un instrumento que evalúa la historia de victimización sexual, la percepción de amenaza a la vida y las consecuencias jurídico-penales. Asimismo permite identificar la reacción del entorno familiar, los recursos de apoyo existentes, la victimización secundaria y el sentimiento de culpa. Por último, se reflejan las características sociodemográficas, los antecedentes psicopatológicos, la existencia de sucesos estresantes en el último año y el estado de salud de las víctimas.
- “Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático” (EGS; Echeburúa *et al.*, 1997). Es una escala heteroaplicada que evalúa la gravedad e

intensidad de los síntomas de este trastorno según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) en víctimas de diferentes sucesos traumáticos. Esta escala está estructurada en un formato de tipo Likert, de 0 a 3, según la frecuencia e intensidad de los síntomas y consta de 17 ítems que corresponden a los criterios diagnósticos (5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de activación). El rango oscila de 0 a 51 en la escala global, de 0 a 15 en la subescala de reexperimentación, de 0 a 21 en la de evitación y de 0 a 15 en la de activación. Es una escala con una eficacia diagnóstica muy alta (95,45%) si se establece un punto de corte global de 15 y unos puntos de corte parciales de 5 (con 2 puntos, al menos, en un síntoma), 6 (con 2 puntos, al menos, en tres síntomas) y 4 (con dos puntos, al menos, en dos síntomas) en la subescalas de reexperimentación, evitación y activación, respectivamente. Las propiedades psicométricas son muy satisfactorias (Echeburúa *et al.*, 1997).

- "Inventario de ansiedad-estado" (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), versión española de TEA (1982). Es un autoinforme que consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de puntuaciones oscila de 0 a 60 en cada escala. El punto de corte elegido para la población femenina en el STAI-Estado es de 31 (correspondiente al percentil 75). La fiabilidad test-retest es de 0,81 en la escala de ansiedad-rasgo, bastante más alta, como es lógico, que en la de ansiedad-estado ($r= 0,40$). La consistencia interna varía de 0,83 a 0,92. Por otra parte, la validez convergente con otras medidas de ansiedad oscila entre 0,58 y 0,79.
- "Inventario de depresión de Beck" (*Beck Depression Inventory*, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979), versión española de Vázquez y Sanz (1997). Es un autoinforme de 21 ítems (rango: 0-63 puntos) que mide la intensidad de los síntomas depresivos y da más importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales y somáticos. El punto de corte más utilizado para discriminar entre población sana y aquejada de sintomatología depresiva es de 18 (Beck, Brown y Steer, 1996). 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 entre 0,62 y 0,66.
- "Escala de valoración de la depresión" (*Hamilton Depression Rating Scale*, HDRS; Hamilton, 1960), versión española de Conde y Franch (1984). Es un instrumento heteroaplicado que evalúa la sintomatología depresiva, especialmente en los componentes somáticos y conductuales. Se suele utilizar como medida complementaria al BDI. El punto de corte establecido es de 18 puntos. Las propiedades psicométricas son satisfactorias -tiene una fiabilidad entre observadores de 0,90 y el coeficiente de validez convergente es de 0,60- y, además, es muy sensible a los cambios terapéuticos.
- "Cuestionario de miedos modificado" (*Modified Fears Scale*, MFS-III; Veronen y Kilpatrick, 1980). Este instrumento está basado en el "Cuestionario de miedos" (*Fears Scale*; Wolpe y Lang, 1964) y cuenta con una subescala específica de 45 ítems de miedos referidos a la agresión sexual, 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. La consistencia interna oscila entre 0,81 y 0,94. Desde la perspectiva de la validez discriminante, este instrumento discrimina adecuadamente entre las víctimas y las no víctimas durante, al menos, tres años después de la agresión sexual. La versión española de este cuestionario se puede encontrar en Echeburúa *et al.*, 1995.

- “Escala de autoestima” (*Self-Esteem Scale*, EAE; Rosenberg, 1965). Esta escala tiene por objetivo evaluar el grado de satisfacción que tiene una persona consigo misma. Este autoinforme consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala de tipo Likert (rango: 10-40 puntos). El punto de corte en la población adulta es de 29, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la autoestima. La fiabilidad test-retest es de 0,85 y el coeficiente alfa de consistencia interna es de 0,92. La validez convergente y la validez discriminante son asimismo satisfactorias. La versión española de esta escala se puede encontrar en Echeburúa y Corral (1998).
- “Escala de inadaptación” (IG; Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Es un autoinforme que consta de 6 ítems (rango: 0-30) y mide el grado en que la situación de maltrato afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana (trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja o posibilidad de tenerla y relación familiar), así como también a nivel global. El punto de corte establecido es de 12 en la escala total y de 2 en cada uno de los ítems, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la inadaptación. En esta investigación se ha utilizado el ítem que refleja el grado de inadaptación global a la vida cotidiana (rango: 0-5 puntos). Las propiedades psicométricas de fiabilidad y validez han resultado satisfactorias y están descritas en Echeburúa *et al.*, 2000.

Procedimiento

El programa de evaluación y tratamiento fue elaborado conjuntamente por los cuatro firmantes del trabajo y se puso a prueba por primera vez en dos estudios-piloto con 20 víctimas de agresiones sexuales cada uno aquejadas de un trastorno de estrés postraumático agudo y crónico, respectivamente (Echeburúa *et al.*, 1996; Echeburúa *et al.*, 1997).

Las víctimas participantes en esta investigación fueron evaluadas en dos sesiones. Asimismo se les explicó el contenido del programa y firmaron la hoja de consentimiento informado. En la primera sesión se obtuvieron los datos relacionados con las características biográficas y las circunstancias de la agresión sexual y del apoyo social y familiar. En la segunda se evaluaron los síntomas psicopatológicos. Las siguientes evaluaciones se realizaron en el postratamiento y en los seguimientos de un mes, 3, 6 y 12 meses.

La evaluación y el tratamiento se llevaron a cabo por un equipo de psicólogas clínicas con formación en violencia de género y con, al menos, tres años de experiencia clínica en terapia cognitivo conductual. Además, se realizó una

supervisión por las directoras del programa, que cuentan con una dilatada experiencia en el tratamiento de las víctimas de agresiones sexuales.

En esta investigación no se ha recurrido a un grupo de control sin tratamiento o de lista de espera, al haberse llevado a cabo en un centro público, donde se presta atención psicológica de forma inmediata a las víctimas de agresiones sexuales que lo requieren.

MODALIDAD TERAPÉUTICA

La modalidad terapéutica aplicada en esta investigación ha sido un tratamiento cognitivo conductual en formato individual que consta de 10 sesiones de una hora de duración, con una periodicidad semanal y que tiene una duración aproximada de 2,5 meses. El programa consta de dos partes. La primera se centra en los aspectos motivacionales y la segunda está dirigida a las consecuencias psicopatológicas derivadas de los sucesos traumáticos vividos. La intervención motivacional, que abarca las dos primeras sesiones, está orientada a transmitir empatía, favorecer la percepción de seguridad y proporcionar apoyo emocional a la víctima. La segunda parte está dedicada al establecimiento de estrategias urgentes para hacer frente al proceso jurídico-penal y, más específicamente, al tratamiento de los síntomas psicopatológicos detectados, con tres niveles de intervención de una, 3 y 4 sesiones cada uno. Los componentes del programa, con la distribución de sesiones correspondiente y su articulación en el conjunto del tratamiento están descritos en Echeburúa *et al.* (1995) y se resumen en la tabla 1.

Aunque el tratamiento psicológico tiene una estructura flexible, en función de la intensidad de los síntomas psicológicos detectados y de su adaptación a cada víctima, cabe destacar que, excepto el último aspecto de la intervención del tercer nivel, se ha aplicado siempre en toda su extensión.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS (versión 15.0 para Windows). Para describir las características de las muestras (las variables biográficas e historia de victimización y las variables psicopatológicas) y los resultados del tratamiento se ha llevado a cabo, por un lado, un análisis de carácter descriptivo (medias, desviaciones típicas y porcentajes) y, por otro, para evaluar las diferencias en la comparación de los grupos, se han utilizado, como pruebas de contraste, la chi cuadrado de Pearson para las variables cualitativas y la *t* de Student para las cuantitativas. Por último, para analizar los resultados del tratamiento se utilizó un análisis de frecuencias y de comparación de medias y se recurrió como prueba de contraste a un análisis de varianza de un factor con medidas repetidas (valores de *F* y *t*).

Tabla 1

Programa de tratamiento y diario de sesiones en mujeres víctimas de agresiones sexuales en la vida adulta

Motivación (1ª-2ª sesión)
<ul style="list-style-type: none"> Aspectos motivacionales Percepción de seguridad en un marco terapéutico empático Percepción de supervivencia y recuperación Restablecimiento de la sensación de control Apoyo emocional
Síntomas psicopatológicos
<i>Primer nivel de intervención (3ª sesión)</i>
Catarsis emocional
<i>Segundo nivel de intervención (4ª-6ª sesión)</i>
<ul style="list-style-type: none"> Estrategias urgentes de afrontamiento del proceso jurídico-penal Intervención psicoeducativa <ul style="list-style-type: none"> Explicación de las reacciones psicológicas a corto plazo y del proceso de aparición y mantenimiento de los miedos Indicación de los aspectos positivos de su vida y de su persona Reevaluación cognitiva <ul style="list-style-type: none"> Distorciones cognitivas (sentimientos de culpa e indefensión) Racionalización de la situación vivida
<i>Tercer nivel de intervención (7ª-10ª sesión)</i>
<ul style="list-style-type: none"> Entrenamiento en habilidades de afrontamiento <ul style="list-style-type: none"> Técnicas de distracción cognitiva y parada de pensamiento Relajación muscular progresiva Técnicas de autoexposición <ul style="list-style-type: none"> Reanudación de la vida cotidiana Recuperación de actividades gratificantes Normalización de la conducta sexual

Resultados

Características de la muestra

En cuanto al perfil demográfico, los dos grupos eran homogéneos en todas las variables estudiadas: edad (VR $M= 27,1$; $DT= 8,7$; rango: 18-58 y VNR $M= 28,8$; $DT= 8,6$; rango: 18-51) ($t[136]= 0,971$; *ns*), sin pareja (VR $n= 67$; 62,6% y VNR $n= 18$; 58,1%) ($\chi^2[1]= 0,211$; *ns*), españolas (VR $n= 83$; 77,6% y VNR $n= 25$; 80,6%) ($\chi^2[1]= 0,314$; *ns*) y con un nivel económico medio (VR $n= 65$; 60,8% y VNR $n= 19$; 61,3%) ($\chi^2[1]= 0,789$; *ns*).

Respecto a las circunstancias de la agresión sexual, y por lo que se refiere a la muestra total, la mitad de las víctimas sufrieron una penetración vaginal o anal (51,4%), perpetrada, en una mayoría de los casos, por un desconocido (55,1%) y sin la utilización de armas como medio coactivo (81,9%). Asimismo casi la mitad de las víctimas se sintió en peligro de muerte (49,3%), la mayoría denunciaron el suceso (84,1%) y una de cada cuatro sufrió una victimización secundaria (25,9%). En relación con las diferencias intergrupales, las VR sufrieron lesiones en una

proporción significativamente mayor (34,6%) que las VNR (16,1%) ($\chi^2[1]= 3,865$; $p < 0,05$) y presentaron una denuncia más frecuentemente (89,7%) que las VNR (64,5%) ($\chi^2[1]= 11,394$; $p < 0,01$) (tabla 2).

Tabla 2
Características de la agresión sexual

Variables	Muestra total (N= 138)		Víctimas recientes (n= 107)		Víctimas no recientes (n= 31)		$\chi^2(gf)$
	N	%	N	%	N	%	
Tipo de agresión							
Con penetración	71	51,4	52	48,6	19	61,3	1,550 (1)
Sin penetración	67	48,6	65	51,4	12	38,7	
Agresor							
Desconocido	76	55,1	62	57,9	14	45,2	3,109 (3)
Conocido ocasional	25	18,1	17	15,8	8	25,8	
Conocido	29	21,1	23	21,4	6	19,3	
Familiar	8	5,8	5	4,6	3	9,7	
Armas							
Sí	25	18,1	19	17,8	6	19,3	0,041 (1)
No	113	81,9	88	82,2	25	80,7	
Lesiones							
Sí	42	30,4	37	34,6	5	16,1	3,865 (1)*
No	96	69,6	70	65,4	26	83,9	
Amenaza a la vida							
Sí	68	49,3	53	49,5	15	48,4	0,013 (1)
No	70	50,7	54	50,5	16	51,6	
Denuncia							
Sí	116	84,1	96	89,7	20	64,5	11,394 (1)**
No	22	15,9	11	10,3	11	35,5	
Victimización secundaria							
Sí	30	25,9	23	24	7	35	1,052 (1)
No	86	74,1	73	76	13	65	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

En cuanto a las variables más significativas relacionadas con la víctima y con el apoyo recibido, la gran mayoría no tenía otra historia de victimización (80,4%) ni manifestaban problemas de consumo abusivo de alcohol u otras drogas (91,3%) ni estuvieron expuestas a sucesos especialmente estresantes en el último año (68,1%). Por otro lado, la mayor parte de ellas disponían de apoyo social (72,5%) y familiar (85%), revelaron el suceso a los familiares o a las personas allegadas (81,9%) y se sintieron creídas por ellos. En relación con las diferencias intergrupales, las VNR sufrieron otra historia de victimización (32,3%) con más frecuencia que las VR (16%) ($\chi^2[1]= 4,093$; $p < 0,05$) y estuvieron expuestas a sucesos estresantes en el último año en una proporción significativamente mayor

(51,6%) que las VR (26,2%) ($\chi^2[1]= 7,165$; $p < 0,01$). Asimismo las VNR disponían de menos apoyo familiar y social en (68,25% y el 58,1%, respectivamente) que las VR (89% y 76,6%, respectivamente) (tabla 3).

Tabla 3

Variables relacionadas con las víctimas y con el apoyo familiar y social recibido

Variables	Muestra total (N= 138)		Víctimas recientes (n= 107)		Víctimas no recientes (n= 31)		$\chi^2(1)$
	N	%	n	%	N	%	
Historia de victimización							
Sí	27	19,6	17	16	10	32,3	4,093*
No	111	80,4	90	84	21	67,7	
Sucesos estresantes							
Sí	44	31,9	28	26,2	16	51,6	7,165**
No	94	68,1	79	73,8	15	48,4	
Abuso de drogas							
Sí	12	8,7	7	6,5	5	16,1	2,783
No	126	91,3	100	93,5	26	83,9	
Contar lo ocurrido							
Sí	113	81,9	91	85,1	22	71	3,212
No	25	18,1	16	14,9	9	29	
Apoyo familiar							
Sí	96	85	81	89	15	68,2	6,014*
No	17	15	10	11	7	31,8	
Apoyo social							
Sí	100	72,5	82	76,6	18	58,1	4,154*
No	38	27,5	25	23,4	13	41,9	

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Síntomas psicopatológicos

Las variables psicopatológicas medidas en la evaluación pretratamiento, que abarcó a 115 víctimas de la muestra total (23 abandonaron el programa en la primera sesión de evaluación), son el trastorno de estrés postraumático y el malestar emocional (sintomatología ansioso-depresiva, inadaptación a la vida cotidiana y conductas de evitación sexual).

Las víctimas padecían un trastorno de estrés postraumático en el 44,3% ($n= 51$) de los casos evaluados y, desde una perspectiva dimensional, presentaron un alto nivel de gravedad, con una puntuación global ($M= 31,21$; $DT= 6,32$) que dobla el punto de corte establecido. A efectos de comprobar la fiabilidad entre observadores del diagnóstico del TEPT con la EGS, se calculó el coeficiente kappa, que fue más bien alto (0,89). En relación con las diferencias intergrupales, no hubo diferencias significativas ni en presencia del trastorno (VR $n= 39$; 44,3%; VNR $n= 12$; 44,4%) ($\chi^2[1]= 0,000$; ns) ni en el nivel de gravedad de los síntomas (VR $M= 30,54$; $DT= 6,57$; VNR $M= 33,42$; $DT= 5,05$) ($t[49]= -1,392$; ns).

En cuanto al malestar emocional, el nivel de ansiedad era muy alto (STAI-E $M= 38,47$; $DT= 9,32$), con miedos generalizados (MFS III $M= 117,93$; $DT= 33,50$), con temores perturbadores asociados directamente al suceso vivido o a situaciones de vulnerabilidad y con preocupaciones relacionadas con la agresión sufrida (tabla 4). Además, las víctimas que tenían pareja en el momento de la evaluación psicopatológica ($n= 44$; 38,3%) evitaban mantener relaciones sexuales en el 31,8% ($n= 14$) de los casos.

Tabla 4
Miedos a corto y a largo plazo en las víctimas de agresiones sexuales

Variables	Víctimas recientes ($n= 88$)		Víctimas no recientes ($n= 27$)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Estímulos asociados con la agresión sexual				
Coito anal	50	56,7	14	51,9
Gritos	40	45	12	44,4
Acto sexual	--	--	11	40,7
Escenas violentas en TV o en el cine	37	41,7	--	--
Sensación de no poder respirar	38	43,3	--	--
Estímulos indicadores de vulnerabilidad				
Salir con desconocidos	44	50	--	--
Andar por una calle poco iluminada	59	66,7	16	59,3
Gente que me sigue o va detrás de mí	66	75	16	59,3
Ruidos inesperados	41	46,7	15	55,6
Sentir que no creen lo que digo	35	40	13	48,1
Sueños	--	--	11	40,7
Borrachos	42	48,3	--	--
Citas con desconocidos	44	50	--	--
Sombras	42	48,3	--	--
Preocupaciones relacionadas con la agresión sexual				
Declarar en un juicio	51	58,3	--	--

Asimismo las víctimas mostraban una sintomatología depresiva moderada tanto en los componentes cognitivos (BDI $M= 20,72$; $DT= 11,59$) como conductuales y psicofisiológicos (HDRS $M= 23,70$; $DT= 11,73$), con sentimientos de culpa presentes en más de un tercio de los casos ($n= 54$; 39,1%), con una autoestima moderada (EAE $M= 28,23$; $DT= 6,08$) y con dificultades globales de adaptación a la vida cotidiana (IG $M= 3,5$; $DT= 1,11$).

En cuanto a las diferencias intergrupales, no hay diferencias significativas en relación con las medidas de ansiedad, depresión e inadaptación global: STAI VR $M= 38,50$ ($DT= 9,39$); VNR $M= 38,41$ ($DT= 9,26$) ($t[113]= 0,045$; *ns*); BDI VR $M= 20,18$ ($DT= 11,72$); VNR $M= 22,48$ ($DT= 11,28$) ($t[113]= -0,901$; *ns*); HRS $M= 23,62$ ($DT= 11,54$); VNR $M= 23,96$ ($DT= 12,52$) ($t[113]= -0,130$; *ns*) e IG VR $M= 3,50$ ($DT= 1,11$); VNR $M= 3,67$ ($DT= 1,10$) ($t[113]= -0,681$; *ns*). Sin embargo, la

autoestima era más alta en las VR, $M= 28,86$ ($DT= 6,12$), que en las VNR, $M= 26,18$ ($DT= 5,58$) ($t[113]= 2,030$; $p < 0,05$).

Por último, el 60% ($n= 69$) del total de víctimas presentaron un grado de malestar clínicamente significativo, independientemente del tiempo transcurrido, cuando se valoraba conjuntamente el nivel de ansiedad, de depresión e inadaptación, atendiendo a los puntos de corte de los instrumentos utilizados (≥ 24 en el STAI-E; ≥ 18 en el BDI y ≥ 3 en la IG). Los dos grupos estudiados son homogéneos en esta variable: VR (57,95%; $n= 51$) y VNR (66,7%; $n= 18$) ($\chi^2 [1]= 0,653$; *ns*).

Resultados del tratamiento

Con relación a los rechazos y abandonos, en la muestra total ($n= 138$) hubo 23 pacientes (16,7%) que rechazaron el tratamiento propuesto, después de habérselo explicado. No hubo diferencias significativas entre uno y otro grupo: 19 en el de las VR (17,8%) y 4 en el de las VNR (12,9%) ($\chi^2 [1]= 0,408$; *ns*). De todas las víctimas que iniciaron el programa de intervención ($n= 115$), hubo 84 (73%) que lo completaron (69 VR, el 78,4%, y 15 VNR, el 55,6%) y 31 (27%) que lo abandonaron prematuramente (19 VR, el 21,6%, y 12 VNR, el 44,4%). Las VNR abandonaron el tratamiento en un porcentaje significativamente mayor ($n= 12$; 44,4%) que las VR ($n= 19$; 21,6%) ($\chi^2 [1]= 5,480$; $p < 0,05$).

Respecto al éxito con el tratamiento, en este estudio se ha utilizado un indicador múltiple de éxito terapéutico: desaparición del TEPT (puntuación < 15 en la EGS), superación del malestar emocional clínicamente significativo (según los puntos de corte de las siguientes medidas: puntuación < 24 en el STAI-E, < 18 en el BDI y < 3 en la IG) y normalización de la conducta sexual.

Tabla 5
Tasa de éxitos en relación con la desaparición del TEPT

Evaluación		Muestra total ($N= 36$)		Víctimas recientes ($n= 30$)		Víctimas no recientes ($n= 6$)		$\chi^2(1)$
		<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Postrata- miento	Éxito	36	100	30	100	6	100	3,280
	Pérdida	--	--	--	--	--	--	
Seguimiento								
Un mes	Éxito	33	91,7	27	90	6	100	0,655
	Pérdida	3	8,3	3	10	--	--	
Tres meses	Éxito	32	88,9	27	90	5	83,3	4,641*
	Pérdida	1	2,8	--	--	1	16,7	
Seis meses	Éxito	32	88,9	27	90	5	83,3	3,033
	Pérdida	--	--	--	--	--	--	
12 meses	Éxito	32	88,9	27	90	5	83,3	3,033
	Pérdida	--	--	--	--	--	--	

Notas: * $p < 0,05$. La muestra inicial de víctimas con TEPT fue de 51 mujeres ($n_{recientes}=39$ y $n_{no\ recientes}=12$). Sin embargo, 15 de ellas (29,4%) ($recientes= 9$ y $no\ recientes= 6$) no completaron el tratamiento.

La tasa de éxitos en la evaluación postratamiento en relación con el TEPT en la muestra total de víctimas que finalizaron el programa (36 de las 51 que manifestaban este cuadro clínico al comienzo de la terapia) es del 100%. Si bien hay una pérdida total de 4 sujetos (11,1% sobre el total de los casos tratados con TEPT) en los diversos controles de seguimiento, la tasa de éxitos es alta, se mantiene constante en los diferentes momentos de la evaluación y llega hasta un 88,9% ($n= 32$) en el último seguimiento de los 12 meses. No hay diferencias entre ambos grupos, excepto en el seguimiento de los 3 meses, en donde el grupo de las VNR obtiene resultados algo inferiores (tabla 5).

A su vez, la tasa de éxitos de la muestra total en la evaluación postratamiento respecto al malestar emocional es del 65,6% (es decir, de las 48 víctimas que sufrían malestar clínico al comienzo de la terapia 31 lo superaron) y el 35,4% ($n= 17$) mantenían algún tipo de sintomatología. La tasa de éxitos aumenta de forma progresiva en los distintos controles de seguimiento hasta llegar al 87,5% a los 12 meses, a pesar de las pérdidas habidas ($n= 6$; el 12,5% del total) en los seguimientos. Hay algunas diferencias entre ambos grupos en los seguimientos de los 3 y 12 meses, en donde el grupo de las VNR obtiene resultados inferiores (tabla 6).

Tabla 6

Tasa de éxitos en relación con la desaparición del malestar emocional

Evaluación		Muestra total (N= 48)		Víctimas recientes (n= 38)		Víctimas no recientes (n= 10)		$\chi^2(2)$
		N	%	n	%	n	%	
Postrata- miento	Éxito	31	65,6	25	65,8	6	60	0,116
	Fracaso	17	35,4	13	34,2	4	40	
Seguimiento								
Un mes	Éxito	34	70,8	28	73,7	6	60	2,607
	Fracaso	11	22,9	7	18,4	4	40	
	Pérdida	3	6,3	3	7,9	--	--	
Tres meses	Éxito	38	79,2	31	81,6	7	70	7,332*
	Fracaso	5	10,4	4	10,5	1	10	
	Pérdida	2	4,2	--	--	2	20	
Seis meses	Éxito	41	85,4	34	89,5	7	70	1,365
	Fracaso	2	4,2	1	2,6	1	10	
	Pérdida	--	--	--	--	--	--	
12 meses	Éxito	42	87,5	35	92,1	7	70	4,479*
	Fracaso	--	--	--	--	--	--	
	Pérdida	1	2,1	--	--	1	10	

Notas: * $p < 0,05$. La muestra inicial de víctimas con malestar emocional fue de 69 mujeres ($n_{recientes}=51$ y $n_{no\ recientes}=18$). Sin embargo, 21 de ellas (recientes= 13 y no recientes= 8) no completaron el tratamiento.

Por último, en cuanto a la normalización de la conducta sexual en la muestra total, la tasa de éxitos ha sido relativamente alta en las pacientes que han completado el tratamiento (60%). La tasa de éxitos aumenta de forma progresiva

hasta un 90% a partir del seguimiento de los 3 meses. El tamaño de la muestra en esta variable ha sido reducido ($n= 10$) porque muchas de las víctimas o no tenían pareja ($n= 72$; 62,8%) o no presentaban este problema en la evaluación pretratamiento ($n= 30$; 69,8%). Por ello, no se presentan los resultados atendiendo a la comparación de los dos grupos por carecer de relevancia en el análisis estadístico (tabla 7).

Tabla 7

Tasa de éxitos en relación con la normalización de la conducta sexual en la muestra total ($N= 10$)*

Evaluación	Éxitos		Fracasos		Pérdidas	
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
Postratamiento	6	60	4	40	--	--
Seguimiento						
Un mes	7	70	2	20	1	10
Tres meses	9	90	--	--	1	10
Seis meses	9	90	--	--	--	--
12 meses	9	90	--	--	--	--

Nota: *La muestra inicial de víctimas que evitaban las relaciones sexuales fue de 14, de las que 4 (28,8%) no completaron el tratamiento. Dado el pequeño número de víctimas que compone cada grupo (víctimas recientes= 8 y víctimas no recientes= 2) solo se presentan, a modo de tendencia, los datos de la muestra total.

Tabla 8

Medias y desviaciones típicas de las variables psicopatológicas en las evaluaciones de las víctimas recientes y de las víctimas no recientes

Variables	Víctimas recientes ($n= 88$)		Víctimas no recientes ($n= 27$)		<i>t</i>	<i>gl</i>
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>		
Intensidad del TEPT (EGS) (0-51)						
Pretratamiento	20,78	(10,58)	22,81	(11,16)	-0,861	113
Postratamiento	8,19	(4,42)	7,20	(3,98)	0,798	82
Un mes	6,06	(3,73)	5,07	(3,15)	0,923	78
3 meses	5,00	(3,69)	3,91	(2,53)	0,974	76
6 meses	4,12	(3,32)	3,64	(2,16)	0,470	73
12 meses	3,62	(2,96)	3,60	(2,06)	0,125	71
Ansiedad (STAI-E) (0-60)						
Pretratamiento	38,50	(9,39)	38,41	(9,26)	0,045	113
Postratamiento	17,92	(7,27)	20,40	(8,50)	-1,158	82
Un mes	15,93	(6,89)	18,64	(9,01)	-1,261	78
3 meses	13,47	(6,20)	15,00	(5,88)	-0,793	76
6 meses	12,47	(5,63)	12,91	(4,74)	-0,244	73
12 meses	11,52	(5,32)	11,30	(4,85)	0,125	71

Variables	Víctimas recientes (n= 88)		Víctimas no recientes (n= 27)		t	gl
	M	DT	M	DT		
Depresión (BDI) (0-63)						
Pretratamiento	20,18	(11,72)	22,48	(11,18)	-0,901	113
Postratamiento	7,94	(6,37)	11,86	(9,62)	-1,959	82
Un mes	6,38	(4,50)	7,92	(6,63)	-1,069	78
3 meses	5,79	(3,78)	7,25	(5,58)	-1,140	76
6 meses	5,12	(3,73)	6,82	(4,51)	-1,350	73
12 meses	4,44	(3,38)	5,20	(2,90)	-0,667	71
Depresión (HDRS) (0-62)						
Pretratamiento	23,62	(11,54)	23,96	(12,52)	-0,130	113
Postratamiento	11,90	(6,71)	14,00	(7,47)	-1,078	82
Un mes	9,65	(5,21)	12,71	(7,79)	-1,818	78
3 meses	7,90	(4,35)	9,67	(6,32)	-1,193	76
6 meses	6,72	(4,04)	8,82	(4,64)	-1,559	73
12 meses	6,00	(3,80)	7,80	(4,51)	-1,353	71
Miedos (MFS-III) (45-225)						
Pretratamiento	119,78	(33,59)	111,92	(33,13)	1,065	113
Postratamiento	88,60	(23,72)	89,60	(24,07)	-0,146	82
Un mes	82,49	(22,87)	84,00	(24,64)	-0,222	78
3 meses	76,86	(25,38)	84,41	(21,41)	-0,969	76
6 meses	77,53	(22,43)	83,27	(22,36)	-0,785	73
12 meses	77,43	(21,83)	82,20	(22,58)	-0,639	71
Autoestima (10-40)						
Pretratamiento	28,86	(6,12)	26,18	(5,58)	2,030*	113
Postratamiento	32,30	(4,73)	31,00	(5,59)	0,935	82
Un mes	34,71	(12,94)	30,57	(9,44)	1,132	78
3 meses	34,10	(4,40)	32,41	(5,24)	1,186	76
6 meses	34,36	(4,31)	33,18	(4,60)	0,830	73
12 meses	34,75	(4,22)	34,10	(4,75)	0,442	71
Inadaptación global (IG) (0-5)						
Pretratamiento	3,50	(1,11)	3,67	(1,10)	-0,681	113
Postratamiento	2,02	(0,90)	2,33	(1,04)	-1,146	82
Un mes	2,13	(4,80)	2,14	(0,87)	-0,005	78
3 meses	1,45	(0,80)	1,67	(0,99)	-0,809	76
6 meses	1,23	(0,83)	1,45	(0,82)	-0,813	73
12 meses	1,13	(0,79)	1,30	(0,95)	-0,624	71

Nota: * $p < 0,05$.

Desde una perspectiva dimensional, en las tablas 8 y 9 se muestran las medias y las desviaciones típicas de todas las medidas utilizadas en las diversas evaluaciones y los resultados de la comparación de los dos grupos, así como los valores de F y t en el Anova de medidas repetidas de cada grupo. En ambos grupos y en todas las variables estudiadas se pone de manifiesto una mejoría entre las evaluaciones pre y postratamiento, que se mantiene constante e incluso aumenta hasta el seguimiento de los 12 meses.

Tabla 9

Valores de *F* y *t* en el análisis de varianza de medidas repetidas en las víctimas recientes y en las víctimas no recientes

Variables	Víctimas recientes (n= 69)			Víctimas no recientes (n= 15)		
	<i>F</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>F</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>
Intensidad del TEPT (EGS) (0-51)	413,0777***			49,158***		
Pre - Pos		12,323***	68		5,276***	14
Pre - 12 meses		9,654***	62		4,644*	9
Pos - 12 meses		14,619***	62		5,188*	9
Ansiedad (STAI-E) (0-60)	639,192***			118,978***		
Pre - Pos		18,742***	68		6,463***	14
Pre - 12 meses		21,515***	62		3,501*	9
Pos - 12 meses		8,008***	62		11,004***	9
Depresión (BDI) (0-63)	220,994***			46,382***		
Pre - Pos		12,006***	68		4,222**	14
Pre - 12 meses		11,838***	62		2,505*	9
Pos - 12 meses		5,156***	62		5,083**	9
Depresión (HDRS) (0-62)	364,776***			64,245***		
Pre - Pos		12,010***	68		3,252*	14
Pre - 12 meses		7,597***	62		3,172*	9
Pos - 12 meses		12,409***	62		4,437**	9
Miedos (MFS-III) (45-225)	975,524***			152,207***		
Pre - Pos		8,504***	68		3,425*	14
Pre - 12 meses		27,313***	62		2,505*	9
Pos - 12 meses		31,536***	62		4,984**	9
Autoestima (10-40)	3828,666***			436,536***		
Pre - Pos		-6,434***	68		-3,442**	14
Pre - 12 meses		-7,371***	62		-2,766*	9
Pos - 12 meses		-9,750***	62		-5,215**	9
Inadaptación global (IG) (0-5)	256,271***			66,805***		
Pre - Pos		11,835***	68		4,750***	14
Pre - 12 meses		10,077***	62		2,882*	9
Pos - 12 meses		16,304***	62		5,041**	9

Notas: A efectos de simplificación de la tabla, se exponen sólo tres de los seis momentos evaluados (pre, pos y 12 meses). * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Discusión

En esta investigación se ha estudiado a 138 mujeres víctimas de agresiones sexuales en la vida adulta en tratamiento. Se trata, por tanto, de una muestra amplia y representativa de mujeres jóvenes (en torno a 25-30 años), de nivel económico medio, que buscaban ayuda terapéutica porque mostraban un malestar emocional intenso que desbordaba sus recursos psicológicos de afrontamiento y que interfería negativamente en su vida cotidiana. Además, la victimización secundaria era relativamente frecuente.

Las principales aportaciones de este estudio son que se analizan comparativamente por vez primera las víctimas recientes y no recientes de agresiones sexuales en la vida adulta a nivel demográfico, psicopatológico y de tratamiento, que se presenta la eficacia de un programa cognitivo conductual integrador con una muestra amplia (138 víctimas) y con un seguimiento a largo plazo (un año) y que se evalúan medidas múltiples de éxito relacionadas con el TEPT, el malestar emocional y las conductas de evitación sexual.

Aun siendo similar el perfil demográfico entre las víctimas recientes y las víctimas no recientes (estas últimas menos numerosas en el estudio al haber sido excluidas las víctimas adultas de violencia sexual en la infancia), hay algunas diferencias entre ellas. Así, las víctimas recientes han tenido más lesiones y, probablemente por ello, han presentado denuncias con más frecuencia que las víctimas del otro grupo (Echeburúa, Fernández-Montalvo, Corral y López-Goñi, 2009). A su vez, las víctimas no recientes tenían más frecuentemente una historia de victimización, habían estado expuestas a sucesos estresantes recientes y contaban con un menor apoyo familiar y social.

Por lo que se refiere a las características psicopatológicas de la muestra total, las víctimas presentaban cuadros clínicos diversos porque la agresión sexual es un suceso traumático, no un diagnóstico clínico (Echeburúa, Corral y Amor, 2002). Los trastornos más frecuentes, sin diferencias entre los grupos (excepto en el nivel de autoestima, que era más bajo en las VNR), eran el malestar emocional (un 60% del total), el trastorno de estrés postraumático (un 44,3% del total) y las conductas de evitación sexual (un 31,8% del total), como también aparecen en otros estudios (Campbell y Wasco, 2005; Foa y Rothbaum, 1998). Un aspecto de interés era la presencia de preocupaciones y temores perturbadores asociados directamente con la agresión sufrida o con situaciones de vulnerabilidad (estar sola, salir de noche, viajar, etcétera), que es también congruente con estudios previos (Veronen y Kilpatrick, 1983). Los cuadros clínicos podían ser atribuidos a los efectos de la agresión sexual porque más del 80% de las mujeres no presentaba otra vía de victimización ni las víctimas eran consumidoras abusivas de alcohol o drogas. En las víctimas había dos factores de agravamiento de los síntomas: más de la mitad de ellas sufrieron una penetración vaginal o anal y también casi la mitad se sintieron en peligro de muerte (Sarasua, Zubizarreta, Corral y Echeburúa, 2012).

En cuanto al tratamiento, la intervención propuesta, de 10 sesiones, ha sido estructurada en diversos módulos (aspectos motivacionales y de empatía, psicoeducación, reevaluación cognitiva y habilidades de afrontamiento), se ha aplicado en un formato individual a una muestra más bien grande (115 mujeres) y se ha llevado a cabo un seguimiento suficientemente amplio (un año, con controles periódicos). El programa diseñado en esta investigación es coherente, tanto en el enfoque teórico como en el formato y la duración propuestos, con las recientes revisiones metaanalíticas de Taylor y Harvey (2009) y de Vickerman y Margolin (2009).

A diferencia de otros estudios previos centrados exclusivamente en el trastorno de estrés postraumático (Echeburúa *et al.*, 1996, 1997; Foa *et al.*, 2005; Resick *et al.*, 2008; Rothbaum, Astin y Marsteller, 2005), el objetivo de esta investigación ha sido la mejoría terapéutica de las víctimas en un espectro de

conductas más amplias (trastorno de estrés postraumático, malestar emocional y conductas de evitación sexual), tal como se ha manifestado también en otros estudios (David, Simpson y Cotton, 2006; Resick, Nishith, Weaver, Astin y Feuer, 2002).

En relación con el balance de la terapia, cabe señalar, en primer lugar, que ha habido una tasa de rechazos (16,7%) y de abandonos (27%) del programa relativamente alta. No ha habido diferencias en los grupos en la tasa de rechazos, pero sí en la de abandonos, que ha sido mayor en el grupo de las VNR. Al margen de ciertas variables coyunturales, como enfermedades o cambios de residencia, o por la propia percepción de mejoría, una circunstancia explicativa de este hecho puede ser la dureza de una terapia que obliga a la víctima a confrontar cogniciones y emociones negativas (vergüenza, culpa, odio o repugnancia) que están relacionadas con aspectos de su pudor e intimidad (Foa *et al.*, 2003).

En las víctimas que han completado el tratamiento (73%) los resultados obtenidos han sido muy positivos, si bien diversas en los distintos objetivos terapéuticos. Es decir, en el postratamiento ha habido una desaparición del trastorno de estrés postraumático en el 100% de los casos, pero la reducción del malestar emocional (65,6%) y de las conductas de evitación sexual (60%) ha sido algo más reducida, quizá porque estas últimas variables son más resistentes a la mejoría y el cambio requiere de un mayor tiempo para su visualización. Un aspecto destacable es que las tasas de éxito terapéutico se mantienen relativamente constantes (e incluso aumentan en el caso del malestar emocional) hasta el seguimiento de los 12 meses. La mejoría de las VNR es algo inferior a la de las VR, especialmente en los seguimientos de los 3 y 12 meses. Esta respuesta favorable al tratamiento ha aparecido también en las revisiones de Taylor y Harvey (2009) y de Vickerman y Margolin (2009).

Los resultados encontrados en este estudio son muy positivos si se tiene en cuenta que las víctimas presentaban un cuadro clínico grave, que el programa de tratamiento ofertado fue breve (10 sesiones con una periodicidad semanal) y que el éxito terapéutico obtenido se mantuvo en el seguimiento de un año. Este último dato es meritorio porque en la mayor parte de los estudios realizados no se han controlado los efectos del tratamiento más allá de los 6 meses. Se trata, por tanto, de un estudio que ha mostrado la existencia de un tratamiento efectivo, pero también eficiente porque se puede implementar en la práctica habitual de los Centros de Atención a la Víctima sin necesidad de grandes inversiones económicas o en recursos humanos (Echeburúa y Corral, 2007; James, 2008).

Algunas limitaciones de este estudio son que, al tratarse de un programa con muchos componentes, resulta difícil establecer el peso específico de cada uno de ellos. Además de depurar el contenido del tratamiento, como ya se ha empezado a hacer en algunos estudios (Resick *et al.*, 2008), resultaría de interés en el futuro conocer el perfil de las víctimas que completan el programa en relación con el de las que no lo hacen o lo rechazan, así como poner a prueba distintos formatos de tratamiento (individual/grupal) (Echeburúa, 2010). Por último, un reto de futuro es diseñar estrategias motivacionales para el tratamiento, a efectos de reducir la tasa de rechazos y abandonos y rediseñar el programa para las víctimas no recientes, que cuentan con variables biográficas más complejas (historia de victimización,

sucesos estresantes, menor apoyo) y con una respuesta a la terapia más débil, así como adaptar el contenido del tratamiento a las necesidades específicas de cada víctima.

Referencias

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A. T., Brown, G. K. y Steer, R. A. (1996). *Beck Depression Inventory (BDI-II)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Campbell, R. y Wasco, S. M. (2005). Understanding rape and sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence, 20*, 127-131.
- Conde, V. y Franch, J. I. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Laboratorios Upjohn.
- Cortés, M. R., Cantón-Cortés, D. y Cantón, J. (2011). Consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil: papel de la naturaleza y continuidad del abuso y del ambiente familiar. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 19*, 41-56.
- David, W. S., Simpson, T. L. y Cotton, A. J. (2006). Taking charge: a pilot curriculum of self-defense and personal safety training for female veterans with PTSD because of military sexual trauma. *Journal of Interpersonal Violence, 21*, 555-565.
- Echeburúa, E. (2010). The challenge of posttraumatic stress disorder prevention: how to survive a disaster? *Terapia Psicológica, 28*, 147-154.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual, 15*, 373-387.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 19*, 469-486.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid. Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema, 14*(supl.), 139-146.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta, 26*, 325-340.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta, 23*, 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: an experimental study. *Journal of Anxiety Disorders, 10*, 185-199.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. La Coruña: Fundación Paideia.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification, 21*, 433-456.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., Corral, P. y López-Goñi, J. J. (2009). Assessing the risk markers in femicide and in severe intimate partner violence: a new assessment instrument. *Journal of Interpersonal Violence, 24*, 925-939.
- Foa, E. B., Keane, T. M. y Friedman, M. J. (2003). *Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona: Ariel.

- Foa, E. B. y Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Nueva York: Guilford.
- Foa, E. B., Zoellner, L. A. y Feeny, N. C. (2006). An evaluation of three brief programs for facilitating recovery after assault. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 29-43.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A., Riggs, D. S. y Feeny, N. C. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for PTSD with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 953-964.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 23*, 53-65.
- James, R.K. (2008). *Crisis intervention strategies* (6ª ed.). Belmont, CA: Thomson.
- Kilpatrick, D. G. y Calhoun, K. S. (1988). Early behavioral treatment for rape trauma: efficacy or artifact? *Behavior Therapy, 19*, 421-427.
- Picó-Alfonso, M. A., Echeburúa, E. y Martínez, M. (2008). Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence. *Journal of Family Violence, 23*, 577-588.
- Resick, P. A., Galovski, T. E., Uhlmansiek, M. O., Scher, C. D., Clum, G. A. y Yoiing-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for PTSD in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 243-258.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L. Astin, M. C. y Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic PTSD in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 867-879.
- Resnick, H., Acierno, R., Amstadter, A. B., Self-Brown, S. y Kilpatrick, D. G. (2007). An acute post-sexual assault intervention to prevent drug abuse: update findings. *Addictive Behaviors, 32*, 2032-2045.
- Resnick, H., Acierno, R., Waldrop, A. E., King, L., King, D., Danielson, C., Ruggiero, K. J., y Kilpatrick, D. G. (2007). Randomized controlled evaluation of an early intervention to prevent post-rape psychopathology. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 2342-2447.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University.
- Rothbaum, B. O., Astin, M. C. y Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 607-616.
- Sarasua, B., Echeburúa, E., Zubizarreta, I. y Corral, P. (1998). Tratamiento cognitivo conductual del trastorno de estrés postraumático agudo en una víctima de acoso sexual en el trabajo. *Análisis y Modificación de Conducta, 24*, 657-678.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad: un estudio exploratorio. *Psicothema, 19*, 459-466.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Corral, P. y Echeburúa, E. (2012). Factores de vulnerabilidad y de protección del impacto emocional en mujeres adultas víctimas de agresiones sexuales. *Terapia Psicológica, 30*, 7-18.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Corral, P. y Echeburúa, E. (2013). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de Psicología, 29*, 29-37.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures*. Nueva York: Guilford.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Manual of State/Trait Anxiety Inventory*. Madrid: TEA. (Orig. 1970).

- Taylor, J. A. y Harvey, S. T. (2009). Effects of psychotherapy with people who have been sexually assaulted: a meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior, 14*, 273-285.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud, 8*, 403-422.
- 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 (Eds.), *Stress reduction and prevention* (pp. 341-374). Nueva York: Plenum.
- Vickerman, K. A. y Margolin, G. (2009). Rape treatment outcome research: empirical findings and state of the literature. *Clinical Psychology Review, 29*, 431-448.
- Wolpe, J. y Lang, P. L. (1964). A fear survey for use in behavior therapy. *Behaviour Research and Therapy, 2*, 27-30.

RECIBIDO: 16 de febrero de 2012

ACEPTADO: 16 de abril de 2012