

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO AGUDO EN UNA VÍCTIMA DE ACOSO SEXUAL EN EL TRABAJO

Belén Sarasua
Enrique Echeburúa
Irene Zubizarreta
Paz de Corral

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

RESUMEN

En este artículo se describe un programa de tratamiento cognitivo-conductual aplicado a una víctima de acoso sexual en el trabajo aquejada de un trastorno de estrés posttraumático agudo. La paciente, una mujer casada de 34 años, ha sufrido una agresión sexual en el ámbito laboral por parte de un superior. El programa terapéutico consta de 10 sesiones individuales en un período de 10 semanas. Se abordan asimismo los problemas relacionados con la declaración en el juicio oral. A los 12 meses de seguimiento el estado psicológico de la paciente es favorable, con una consecución de las conductas-objetivo y con una clara mejora en la adaptación personal y social. Se comentan las implicaciones de este caso para la investigación clínica y la práctica profesional.

Palabras-clave: *TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO AGUDO. ACOSO SEXUAL EN EL TRABAJO. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL.*

SUMMARY

In this paper the cognitive-behavioural treatment of a sexual harassment victim with acute posttraumatic stress disorder is described. The patient, a 34-year-old married woman, was suffering from this disorder since she was harassed by her boss at the workplace. The treatment consisted of emotional support, cognitive restructuring and training in specific coping skills. The treatment was developed all through ten clinical sessions in a period of ten weeks. Problems in sexual harassment litigation were dealt with. 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: *ACUTE POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER. SEXUAL HARASSMENT. BEHAVIOURAL-COGNITIVE TREATMENT.*

INTRODUCCIÓN

Las agresiones sexuales son un delito del que las mujeres son víctimas muy frecuentemente. De hecho, entre un 15 y un 25% de la población femenina ha sufrido algún tipo de abuso o agresión sexual, frecuentemente a manos de personas conocidas. Sin embargo, resulta especialmente difícil estimar la incidencia de este tipo de sucesos dentro del ámbito laboral, fundamentalmente por el escaso número de denuncias registradas. Además, en la mayoría de los casos las víctimas no buscan ayuda psicológica específica y optan por bajas laborales más o menos intermitentes. En estos casos el miedo a las represalias, en donde el máximo exponente es la pérdida del puesto de trabajo, o el temor a ser acusadas de difamación son las principales razones que justifican el ocultamiento (Echeburúa, 1995; Stockdale, 1996).

De hecho, la consideración del delito de acoso sexual ha sido una de las innovaciones del Código Penal de 1995. En concreto, según el artículo 184,

se consideran autores de este "nuevo" delito a las personas que soliciten "*favores de naturaleza sexual, prevaleándose de una situación de superioridad laboral o docente*", siempre que dicha petición implique el "*anuncio expreso o tácito de causar a la víctima un mal que ha de estar relacionado con las legítimas expectativas que pueda tener en el ámbito de dicha relación*". No obstante, esta situación tiene un difícil encaje en el plano jurídico ya que se prevé una extrema dificultad probatoria en el enjuiciamiento de estos delitos.

Sin embargo, y como ocurre también en el caso de otros delitos de los que es víctima la mujer, es decir, en las agresiones sexuales (Corral, Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta, 1998) o en el maltrato doméstico (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996a), no hay una correspondencia entre la gravedad jurídica (el delito de acoso sexual se castiga con una pena de arresto de doce a veinticuatro fines de semana o con una multa de seis a doce meses) y la gravedad psicológica de estos delitos.

Según un estudio reciente de UGT entre 772 mujeres azafatas, administrativas, periodistas, enfermeras, obreras y del sector químico y de hostelería en Madrid, el 84% de las mujeres sufre algún tipo de hostigamiento. Las mujeres más acosadas son las azafatas y las periodistas. En Gran Bretaña ese porcentaje es del 74%, y del 11% en Dinamarca. Los tipos de acoso sexual reflejados en este estudio, de menor a mayor intensidad, son los siguientes:

- 1) Hostigamiento leve y verbal: chistes, comentarios, conversaciones de tipo sexual, silbidos o piropos ofensivos: 84%.
- 2) Hostigamiento no verbal sin contacto físico: miradas lascivas, gestos obscenos y guiños de ojos: 55%.
- 3) Hostigamiento verbal grave: llamadas telefónicas y/o cartas no deseadas, presiones para salir a tomar copas, a cenar, o invitaciones a fiestas con intenciones eróticas y/o comportamientos similares: 27%.
- 4) Hostigamiento verbal con contacto físico no deseado: toqueteos, pellizcos, palmadas en el trasero, sujetarla por la cintura, roces intencionados, acorralar a la acosada, etc: 27%.
- 5) Hostigamiento físico que fuerza la consumación del acto sexual: 2%.

Cualquier mujer puede ser víctima de un acoso sexual, pero éste se dirige más a profesiones con costumbres y horarios más atípicos, como camareras, azafatas, periodistas, actrices, etc., y a personas con un estatuto laboral más frágil (recién incorporadas al trabajo, con contratos temporales, etc.). Si, además, están solteras, divorciadas o viudas, se mueven en un ambiente laboral con un gran predominio de hombres y, desde una perspectiva psicológica, son poco asertivas, aumentan los riesgos de verse sometidas a acoso. En suma, son

las mujeres más vulnerables -más aún, si se ven agobiadas por problemas económicos o familiares- las que más pueden sufrir y verse obligadas a consentir con este tipo de actuaciones.

Las repercusiones más frecuentes sobre la salud de la víctima incluyen una serie de síntomas psicológicos y psicósomáticos (tabla 1). Las consecuencias psicológicas oscilan entre la ansiedad y la depresión, con síntomas específicos de falta de concentración, irritabilidad e insomnio, así como un rechazo al trabajo y una disminución de la autoestima personal. En el plano de las relaciones interpersonales puede surgir una desconfianza hacia los hombres en general y, en consecuencia, una dificultad para establecer relaciones espontáneas con personas de otro sexo. Los síntomas psicósomáticos pueden ser más variables, pero incluyen frecuentemente dolores de cabeza y de espalda, así como molestias gastrointestinales.

Tabla 1.- Síntomas psicológicos y psicósomáticos inducidos más frecuentemente por el acoso sexual sobre la víctima (Echeburúa, 1995)

| |
|---|
| <p>1. Síntomas psicológicos</p> <p>A nivel personal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad (irritabilidad y falta de concentración, con rechazo al trabajo. - Depresión (pérdida de autoestima) <p>A nivel interpersonal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desconfianza hacia los hombres. - Dificultad para establecer relaciones espontáneas con el otro sexo. |
| <p>2. Síntomas psicósomáticos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolores de cabeza. - Molestias gastrointestinales |

El mayor o menor impacto psicológico del acoso sexual sobre la víctima depende, por un lado, de la mayor o menor intensidad de la agresión, tal como ésta es percibida por la víctima, y, por otro, del equilibrio psicológico previo y del apoyo social encontrado en el entorno de la víctima (compañeros de trabajo y círculo de amistades en general) cuando se exterioriza lo ocurrido. No es infrecuente, sin embargo, mantener en secreto el hostigamiento sexual, en parte porque la víctima teme ser acusada de falta de credibilidad, incluso de difamación, o de haber sido su propia conducta la causante del acoso, y en parte porque tiene miedo a ser objeto de represalias laborales. Lo más

preocupante del caso es que la ocultación del acoso sexual tiende a acrecentar el impacto psicológico, especialmente en lo referido a la autoestima y a las relaciones con personas de otro sexo (Echeburúa, 1995).

Las consecuencias psicológicas graves derivadas de las agresiones sexuales son hoy por hoy bien conocidas. El trastorno de estrés postraumático agudo, según los criterios diagnósticos del *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994), es un cuadro clínico asociado en más de la mitad de los casos a este tipo de sucesos. La gravedad de los síntomas experimentados depende de la existencia de trastornos psicopatológicos previos, de la percepción de control sobre los sucesos negativos, de la intensidad y gravedad de los estresores y del apoyo social y familiar recibido. Más en concreto, la percepción subjetiva de la amenaza parece ser un mejor predictor que la amenaza misma (*cf.* Corral *et al.*, 1998).

Los síntomas del trastorno de estrés postraumático 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 tiene como consecuencia una interferencia significativa en el funcionamiento social, familiar y laboral; una pérdida del interés por lo que anteriormente resultaba atractivo desde el punto de vista lúdico e interpersonal; y un cierto embotamiento afectivo para captar y expresar sentimientos de intimidad y ternura (Echeburúa y Corral, 1995).

En este trabajo se aplica un programa de tratamiento basado en el apoyo emocional, la reevaluación cognitiva y el entrenamiento en habilidades de afrontamiento específicas para hacer frente a las consecuencias derivadas de una agresión sexual en el ámbito laboral. Se trata de ejemplificar un tratamiento estructurado cuya eficacia se ha puesto a prueba en otras investigaciones sobre agresiones sexuales (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996b), pero aplicado en este caso a una víctima de acoso sexual en el trabajo, que, al ser aún un fenómeno poco estudiado, puede ser de utilidad para la práctica clínica y dar pie a futuras investigaciones.

MÉTODO

Sujeto

La paciente es una mujer de 34 años de edad, casada y con dos hijos de 10 y 3 años. Ha cursado estudios de auxiliar de clínica y dispone de un nivel económico medio. Desempeña un trabajo en el servicio de lim-

pieza de unos grandes almacenes desde hace varios años y cuenta con un contrato laboral estable.

Acude al Centro de Asistencia Psicológica para Víctimas de Agresiones Sexuales y de Violencia Familiar de la Diputación Foral de Vizcaya en junio de 1997 por haber sido víctima de una agresión sexual en el lugar de trabajo por parte de un superior.

La paciente, que ha interpuesto una denuncia, acude derivada por el médico forense y concierta la primera entrevista dos semanas después de haber sufrido la agresión sexual. En cuanto a las circunstancias concretas del hecho, se produjo en el despacho de su jefe, en donde éste la citó para informarle de un cambio de turno de trabajo. Inicialmente se produjo un hostigamiento leve y verbal, con piropos ofensivos e insinuaciones de carácter intimidatorio, utilizando información acerca de su vida privada con el fin de obtener "*favores sexuales*". Posteriormente se abalanzó sobre ella, la manoseó por todo el cuerpo y la amenazó con despedirla si no permanecía quieta. Ante la resistencia de la víctima por medio de forcejeos y gritos, el agresor la golpeó. Finalmente la víctima consiguió darle un empujón y llegar hasta la puerta de salida.

Con anterioridad a este suceso, y de forma ocasional, tanto la paciente como otras compañeras habían estado expuestas a chistes y comentarios de tipo sexual, a piropos ofensivos y groseros e incluso a veces a roces intencionados, siempre por parte de esta misma persona.

Tras sufrir la agresión, la víctima llamó por teléfono a su marido y por iniciativa de éste interpuso la denuncia y contactó con un sindicato. El médico de cabecera le prescribió un ansiolítico y le dio la baja laboral.

Acudió a la consulta muy nerviosa y repetía insistentemente que no entendía por qué ninguna compañera ni el guarda de seguridad habían oído sus gritos ni acudido en su ayuda. Mostraba sentimientos de impotencia y de rabia, así como autorreproches en relación con lo que podía haber hecho y no hizo para evitar la agresión: "*tenía que haberle golpeado desde el primer momento y haberle dejado inconsciente*". La paciente percibía la necesidad de ayuda psicológica porque se sentía "*desquiciada*". Experimentaba reacciones que nunca le habían sucedido, desconfiaba de las personas y respondía de forma desproporcionada ante cualquier situación adversa: por ejemplo, no montarse en el autobús -su medio habitual de transporte- en horas punta para evitar roces físicos. Se mostraba irritable y agresiva con sus seres queridos y no quería salir de casa. Recibió amenazas (mediante llamadas anónimas) y sugerencias de sus compañeras para que retirara la denuncia. Además, tenía una citación judicial para participar en un careo y no se sentía capaz de asistir.

El historial médico y psicológico de la víctima no reveló ninguna enfermedad física ni ningún trastorno psicológico. No se detectaron problemas en su desarrollo evolutivo ni en la infancia ni en la adolescencia. La relación con sus padres y hermana siempre ha sido buena. En el ámbito de la pareja, tras ocho años de matrimonio, la valoración era plenamente satisfactoria. Su hijo mayor es fruto de una relación anterior a su matrimonio que duró pocos meses.

En cuanto a las relaciones sociales, tenía buenas amigas dentro y fuera del trabajo. Se percibía como una persona sociable, familiar y muy luchadora. Ocupaba el tiempo libre en las tareas domésticas, en actividades de decoración y en planificar excursiones con su familia. Su motivación e interés prioritario era recuperar un ritmo de vida normal y volver al trabajo.

Procedimiento

a) Evaluación

Se realizaron tres sesiones de evaluación de una hora de duración. La segunda y tercera sesión tuvieron lugar a partir de la cuarta semana tras los hechos ocurridos, para garantizar la estabilización de los síntomas.

En la primera sesión se elaboró una historia clínica general acerca de los antecedentes biográficos, de las características de la víctima y de la existencia de trastornos psicopatológicos (y, en su caso, de tratamientos) anteriores. Asimismo, se llevó a cabo una "*Entrevista Semiestructurada sobre Agresiones Sexuales*" (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1989) para conocer las circunstancias de la agresión sexual, las experiencias con el sistema judicial (policía, médico forense, abogados) y la historia de victimización, así como para facilitar la expresión emocional de lo ocurrido y el tipo de reacción del entorno familiar y social ante el suceso vivido.

En la segunda sesión, la terapeuta llevó a cabo una entrevista clínica estructurada a través de la "*Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático*" (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua 1997), que posibilita el diagnóstico de este cuadro clínico según los criterios del *DSM-IV* (APA, 1994) y la valoración de la gravedad de los síntomas.

En la tercera sesión se entregaron a la paciente los cuestionarios y escalas en el mismo orden señalado en la tabla 2. La elección de este protocolo de evaluación tuvo como objetivo determinar la posible existencia de un trastorno de estrés postraumático, así como valorar la gravedad de los síntomas de

reexperimentación, de evitación y de hiperactivación. Permitió, además, evaluar otras variables psicopatológicas asociadas, como la ansiedad, los miedos, la depresión, la autoestima y, en último término, el nivel de adaptación a la vida cotidiana. Las características psicométricas de cada uno de los instrumentos utilizados figuran ampliamente descritos en otros lugares (*cf.* Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1995).

Tabla 2.- Resultados en las cuestiones y escalas antes y después del tratamiento

| Cuestiones y escalas | Puntuación | | | | |
|---|------------|------|-----|----|-----|
| | Pre | Post | 1 m | 6m | 12m |
| Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997) | | | | | |
| - Puntuación Global (0-51) | 39 | 5 | 10 | 9 | 5 |
| - Reexperimentación (0-15) | 12 | 3 | 5 | 6 | 2 |
| - Evitación (0-21) | 14 | 2 | 2 | 2 | 1 |
| - Hiperactivación (0-15) | 13 | 0 | 3 | 1 | 2 |
| Escala de inadaptación (Echeburúa y Corral, 1998) | | | | | |
| - Puntuación global (1-6) | 6 | 3 | 2 | 1 | 1 |
| - Laboral | 6 | 6 | 4 | 2 | 2 |
| - Social | 4 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| - Tiempo libre | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| - Pareja | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| - Familiar | | | | | |
| Inventario de Ansiedad (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) | | | | | |
| - Estado (0-60) | 48 | 12 | 30 | 15 | 10 |
| - Rasgo (0-60) | 10 | | | | |
| Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Eney, 1979) | | | | | |
| - BDI (0-63) | 20 | 6 | 10 | 1 | 1 |
| Inventario de Depresión de Hamilton (HRS) (Hamilton, 1960) | | | | | |
| - HRS (0-62) | 37 | 4 | 9 | 3 | 3 |
| Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965) | | | | | |
| - Autoestima (10-40) | 28 | 30 | 30 | 30 | 30 |
| Cuestionario de Miedos Modificado (MFS-III) (Veronen y Kilpatrick, 1980) | | | | | |
| - MFS III (45-225) | 155 | 67 | 78 | 72 | 70 |

Las puntuaciones obtenidas figuran en la tabla 2. Los resultados reflejan la existencia de un trastorno de estrés postraumático agudo con un nivel de gravedad alto (muy por encima del punto de corte en las tres subescalas). En primer lugar, la víctima presentaba pensamientos recurrentes e intrusivos relacionados con la agresión y realizaba conductas como si el suceso ocurriera de nuevo (por ejemplo, cuando un hombre le preguntaba la hora o alguna dirección, pasaba de largo sin contestar) y experimentaba síntomas psicofisiológicos frecuentes (sofocos, sudoración, palpitaciones, vómitos, oleadas de calor y frío, estremecimientos y miedo a perder el control). En segundo lugar, manifestaba un estado de ansiedad generalizada y temor a acudir a lugares que antes no le eran problemáticos (por ejemplo, subirse a un autobús en horas punta, acercarse a la calle donde estaba trabajando, etc.). Asimismo, sentía una sensación de distanciamiento respecto a los demás y un cierto embotamiento afectivo y una pérdida del deseo sexual. Todo ello hacía que su perspectiva de futuro estuviera afectada negativamente en relación, fundamentalmente, con la situación laboral y con su vida de pareja. Y, en tercer lugar, mostraba un aumento de la activación mediante dificultades para conciliar y mantener el sueño, irritabilidad, problemas de concentración y respuestas de alerta exageradas.

En relación con el resto de las variables psicopatológicas medidas, se detectaron síntomas depresivos que eran más importantes a nivel conductual y psicofisiológico que cognitivo. Sin embargo, mantenía un buen nivel de autoestima.

Las reacciones descritas producían una interferencia significativa en el funcionamiento familiar, social y laboral, y, en definitiva, en su ritmo habitual de vida.

En la tercera sesión de evaluación se llevó a cabo la elaboración de una lista de conductas-objetivo, que la paciente quería mejorar porque afectaban negativamente a la recuperación de un nivel de funcionamiento normal. Esta escala, además de especificar las conductas concretas susceptibles de tratamiento, permite el seguimiento de la evolución terapéutica al utilizarse como una medida repetida de evaluación. La relación de conductas-objetivo establecidas por la víctima con la ayuda de la terapeuta, así como el grado de dificultad actual de cada una de ellas, figuran descritos en la tabla 3.

Tabla 3.- Grado de dificultad de las conductas-Objetivo antes y después del tratamiento

| Conductas-Objetivo | Grado de dificultad (1-10) | | | | |
|--|-------------------------------|------|-----|-----|------|
| | Pre | Post | 1 m | 6 m | 12 m |
| 1ª No tener miedo a estar sola. No estar en estado de alerta todo el tiempo | 10 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| 2ª Dormir bien | 10 | 4 | 5 | 2 | 1 |
| 3ª No tener la sensación de que la mayoría de los hombres quieren hacerme algo (p.e., en el autobús) | 9 | 3 | 5 | 1 | 1 |
| 4ª No sentirme agresiva e irritable tan frecuentemente | 9 | 1 | 3 | 1 | 1 |
| 5ª No sentirme tensa y agobiada en las relaciones afectivas y sexuales con mi marido | 7 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 6ª Sentirme a gusto cuando estoy con mis amigas | 7 | 4 | 4 | 2 | 1 |
| 7ª Realizar las actividades de ocio que hacía antes | 7 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 8ª Volver al trabajo | 10 | 7 | 6 | 5 | 4 |

b) *Hipótesis explicativa*

Una vez llevada a cabo la evaluación psicológica, se proporcionó a la víctima una información detallada de las reacciones más comunes ante este tipo de acontecimientos, en concreto del trastorno de estrés postraumático agudo, y se le explicaron los factores de adquisición y mantenimiento de este cuadro clínico, así como las ventajas de una intervención psicológica inmediata.

Las conductas, los pensamientos y las sensaciones experimentadas por la víctima constituyen una respuesta *normal* a una situación *anormal* de amenaza a la integridad física y psicológica. Los síntomas psicológicos son susceptibles de tratamiento, y precisamente la intervención temprana de los mismos va a prevenir la generalización de las reacciones de ansiedad y la cronificación de los síntomas.

La agresión sexual es una situación de condicionamiento clásico en la que el dolor, la falta de control, la pérdida de libertad, la amenaza de ser herida o castigada, etc., funcionan como estímulos incondicionados que suscitan una respuesta incondicionada de ansiedad y miedo. A través de un condicionamiento por contigüidad temporal o física con los estímulos incondicionados, otros estímulos condicionados (la soledad, la actividad sexual, los hombres, determinados vestidos, etc.) elicitán respuestas de ansiedad. Ciertos estímulos cognitivos (como hablar con las compañeras de trabajo o con familiares sobre lo ocurrido, asistir a una terapia, participar en un careo, etc.) funcionan también como estímulos condicionados que generan respuestas de ansiedad por asociación con la experiencia de la agresión. El proceso de generalización de estímulos y de condicionamiento de orden superior explica la ampliación de las respuestas de ansiedad a otros nuevos estímulos (coger un autobús en horas punta, montarse en un taxi, salir a la calle sola, etc.). El resultado es el aumento considerable del número de estímulos generadores de miedo y de las respuestas de evitación/escape.

A su vez, 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 (Corral, Echeburúa y Sarasua, 1989).

Por otro lado, el hecho de haber sufrido una agresión sexual en un sitio seguro -el lugar de trabajo- a manos de una persona conocida y respetada socialmente -el jefe- es un tipo de delito que, desde el punto de vista de la credibilidad social, se puede poner en duda. A su vez, la víctima puede parti-

cipar de este estereotipo cultural y no percibirse como una "*verdadera víctima*". De hecho, la respuesta de silencio por parte de las compañeras de trabajo e incluso la sugerencia de que retire la denuncia "*para no meterse en líos*" refuerzan dicha percepción. Todo ello contribuye a que la atribución de responsabilidad por lo ocurrido recaiga sobre la víctima en vez de sobre el agresor y a que los pensamientos obsesivos en relación con lo que podía haber hecho y no hizo para evitar la agresión sean más resistentes a la extinción.

Por último, la terapeuta, tras resolver las dudas planteadas en relación con las explicaciones anteriores, le entregó a la víctima un folleto explicativo de autoayuda sobre agresiones sexuales (Echeburúa, Corral, Sarausa y Zubizarreta, 1989) y le propuso un plan de trabajo terapéutico específico, con la duración aproximada del mismo.

c) Tratamiento

El programa de intervención global constó de 12 sesiones terapéuticas de una hora de duración, 10 con la paciente y 2 con su marido. Las dos primeras sesiones con la víctima (la primera fase) se orientaron a motivarla para el tratamiento y a establecer las pautas urgentes de afrontamiento. Las cuatro sesiones siguientes (la segunda fase) constituyen propiamente el programa de tratamiento específico de la sintomatología registrada. Por último, la readaptación laboral y la preparación para el juicio oral se describen en las cuatro últimas sesiones (tercera fase). El esquema global del programa de intervención figura descrito en la tabla 4.

1ª fase: Motivación para el tratamiento y estrategias urgentes de afrontamiento

Las pautas de intervención urgentes estuvieron orientadas a los siguientes objetivos. En primer lugar, a la revisión de los pasos dados dentro del sistema judicial (denuncia, examen médico-forense, contacto con la abogada y con el sindicato). En segundo lugar, a la preparación psicológica ante la citación judicial recibida para el careo. Y, en tercer lugar, a la valoración de la reacción del entorno familiar y social.

El tratamiento de estas cuestiones, que requirió dos sesiones de una hora de duración, tuvo como finalidad el control de los estresores que podían aumentar el impacto inicial tras la agresión (la victimización secundaria). En prime:

Tabla 4.- Características del programa de tratamiento. (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1995)

| |
|---|
| <p>1. CARACTERÍSTICAS GENERALES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nº de sesiones: 10 - Periodicidad: Semanal - Duración total: 10 semanas - Terapeuta: Psicóloga Clínica |
| <p>2. COMPONENTES DEL PROGRAMA</p> <p>1ª Fase: Intervención inmediata</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivación para el tratamiento - Estrategias urgentes de afrontamiento <p>2ª Fase: Programa de tratamiento específico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo emocional - Reevaluación cognitiva centrada en los siguientes puntos: <ul style="list-style-type: none"> - Explicación de las reacciones normales - Discusión racional para eliminar pensamientos irracionales - Resituación de los acontecimientos traumáticos e indicación de los aspectos positivos existentes - Entrenamiento en habilidades de afrontamiento - Entrenamiento en respiraciones profundas y en relajación muscular progresiva - Instrucciones de exposición gradual para recuperar actividades habituales - Instrucciones de exposición gradual guiada para normalizar las relaciones sexuales <p>3ª Fase: Readaptación laboral y preparación para el juicio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposición gradual a la actividad laboral - Preparación cognitiva y conductual para afrontar el juicio |

lugar, se reforzaron los pasos dados hasta el momento por la paciente. Se hizo hincapié en que la asistencia a un Centro de Atención Psicológica no era un eslabón más de una cadena que tiene, habitualmente, como precedentes el interrogatorio policial y los reconocimientos médicos, que son experiencias ingratas para la mayoría de las víctimas. La consulta psicológica, por el contrario, es un "*lugar seguro*", en donde va a aprender habilidades y estrategias para sentirse mejor y en donde se le va a dirigir para restablecer su ritmo habitual de vida.

En segundo lugar, se proyectó a la paciente hacia el futuro y se ajustó su pensamiento a la realidad en relación con los primeros requerimientos legales y con la posibilidad de la celebración del juicio oral. Asimismo, se le proporcionaron, con la colaboración de la abogada, pautas de actuación específicas para afrontar el careo. Y, en tercer lugar, se estableció una discusión racional acerca de la posibilidad de sacar el acontecimiento a la luz pública (a través de pancartas y carteles, medios de comunicación, etc.) a iniciativa de su hermana, valorando las consecuencias psicológicas positivas y negativas a corto y medio plazo. Se rechazó esta posibilidad porque parecía contraproducente para la víctima.

Asimismo se establecieron dos sesiones terapéuticas con el marido de la paciente para valorar la reacción inmediata y para prestarle un apoyo emocional. El estrés experimentado por los allegados de la víctima puede producir un cambio repentino en el equilibrio de las relaciones y, por tanto, puede facilitar o inhibir el proceso de adaptación posterior en función de las pautas de interacción empleadas. Por ello, y dado que el objetivo prioritario era que la víctima recuperase el control de su vida lo más rápidamente posible, se establecieron unas recomendaciones básicas sobre lo que se debía y no se debía hacer para facilitar la recuperación psicológica (tabla 5).

Se trató, en definitiva, de proporcionar a la víctima un apoyo profesional y familiar eficaz que facilitara la normalización de su situación. La percepción de un apoyo social global eficaz es un recurso clave en la reducción del impacto psicológico inicial.

2ª fase: Tratamiento específico

El contenido de dicha intervención específica constó, básicamente, de tres componentes: el apoyo emocional, la reevaluación cognitiva y el entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento.

El ***apoyo emocional*** tuvo como objetivo facilitar el desahogo emocional (es decir, la expresión de lo ocurrido y de todo lo que ha pensado y sentido), así como desarrollar una relación de empatía y establecer las bases para llevar a cabo el programa de tratamiento específico. La ***reevaluación cognitiva*** se orientó a establecer una discusión racional para modificar los sesgos cognitivos asociados con la situación de agresión (“***miedo a lo que puedan pensar acerca de su credibilidad***”, “***temor y tensión ante las relaciones sexuales***”, “***preocupaciones acerca de su futuro laboral***”, “***percepción negativa acerca de***

la respuesta de las compañeras de trabajo”) y para ajustar a la realidad el sistema de procesamiento de información de la víctima. Asimismo se trató de eliminar las ideas irracionales en relación con la atribución de responsabilidad por lo ocurrido y con la *débil* respuesta emitida en el momento de la agresión.

Tabla 5.- Observaciones de lo que se debe y no se debe hacer desde el entorno familiar

| |
|---|
| Lo que no se debe hacer |
| <ul style="list-style-type: none"> - Asumir la responsabilidad de los recursos legales: denuncia, etc - Tomar decisiones por ella - Adoptar conductas de venganza - Realizar conductas de sobreprotección: acompañarle en sus salidas de forma continuada, restringir actividades diarias que facilitan su proceso de adaptación - Mostrar una actitud morbosa interesándose por detalles que la víctima no prefiere comentar - Tratar lo ocurrido "un secreto" o como un tema "tabú" - Adoptar actitudes culpabilizadoras: preguntas referidas a lo que podía haber hecho y no hizo para evitar la agresión |
| Lo que se debe hacer |
| <ul style="list-style-type: none"> - Escuchar con atención e interés lo ocurrido - Tratar de entender las reacciones psicológicas que se producen como consecuencia del acontecimiento: son respuestas normales a una situación anormal - Proporcionar un clima que facilite la expresión de sus pensamientos, sensaciones y sentimientos sin miedo a ser criticada - Buscar soluciones a los problemas inmediatos - Animarla y motivarla para que reanude sus actividades |

El *entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento* implicó, en primer lugar, la relajación muscular progresiva y el entrenamiento en respiraciones profundas (según el método propuesto por Bernstein y Borkovec, 1983). En segundo lugar, instrucciones de exposición gradual para recuperar las actividades gratificantes habituales de la víctima (ocio, relaciones sociales, etc.). Y, en tercer lugar, una exposición gradual guiada para normalizar las relaciones sexuales.

Por último, las técnicas de exposición se utilizaron para facilitar la vuelta al trabajo y para recuperar un ritmo normal en su actividad laboral.

En la primera sesión la terapeuta reevaluó los síntomas experimentados por la paciente como *reacciones normales* ante una *situación anormal* y le expuso el proceso de adquisición y mantenimiento de los miedos, así como el riesgo de generalización de los mismos. Utilizó como punto de referencia, en primer lugar, el temor a montarse en autobús para evitar contactos físicos (*"llegó tarde a la reunión del colegio de los niños porque dejó pasar dos autobuses y no se sintió capaz tampoco de subirse a un taxi"*) y el grado de desconfianza hacia las personas por miedo a que *"se aprovecharan de ella"*. Y, en segundo lugar, el rechazo hacia las muestras de cariño de su marido, que percibía como *"agobiantes"*.

Asimismo se estableció una discusión racional entre la terapeuta y la paciente acerca de la falta de solidaridad de las compañeras de trabajo (*"no entendía cómo le podían desaconsejar seguir adelante después de lo ocurrido"*), que la paciente interpretaba como una atribución a ella de la responsabilidad del suceso.

Por último, se analizó y situó el acontecimiento traumático en sus justas dimensiones, resaltando los aspectos positivos del mismo y de las situaciones planteadas: haberse enfrentado al agresor y conseguir escapar, así como denunciar lo ocurrido, de forma que se puedan evitar en el futuro nuevas agresiones (a ella y a otras compañeras).

En la segunda sesión se inició un entrenamiento en relajación muscular progresiva para controlar las reacciones desproporcionadas de ansiedad y para facilitar el sueño. En la primera parte de la sesión se expusieron los principios explicativos de la técnica y sus aplicaciones. En la segunda parte se realizó el ejercicio durante 45 minutos y se obtuvo un grado de relajación muy satisfactorio.

Las tareas propuestas al final de la sesión fueron, en primer lugar, la utilización de la relajación 2 veces al día (una, en cualquier momento de la jornada; y la otra, por la noche, para facilitar el sueño). El primer ejercicio se anotó en el registro *"ad hoc"* entregado. En segundo lugar, se dieron instrucciones específicas para realizar actividades de ocio, sola y en compañía, al menos una vez al día y anotarlas en un registro adecuado.

La tercera sesión se inició con la revisión de tareas. La práctica de los ejercicios de relajación vino acompañada de un nivel de satisfacción óptimo, que permitió el abandono del ansiolítico, necesario para llevar a cabo las tareas de exposición ulteriores. El tiempo de ocio lo dedicó a salir a pasear con

sus padres y con alguna amiga, así como a introducir mejoras en la decoración de la casa. Asimismo salió a tomar un café con dos compañeras de trabajo, que le transmitieron su afecto y su apoyo, si bien no estaban dispuestas, por miedo, a declarar ante el juez.

Por otra parte, los contactos afectivos de su marido no generaron rechazo por su parte y comenzaron a normalizarse progresivamente.

Se reforzó a la paciente por todos los logros obtenidos. Una vez generado un mayor grado de confianza en sí misma, se la alentó a establecer una exposición gradual a algunas situaciones temidas (como "*montarse en autobús*"), con la ayuda de una serie de autoinstrucciones positivas ensayadas en la sesión y de ejercicios de respiración lenta y profunda para facilitar el enfrentamiento a dichas situaciones.

Después de la revisión de tareas, se estableció una discusión racional en donde se trató de ajustar su pensamiento a la realidad en relación con la actitud de sus compañeras. Se utilizaron como punto de partida su propio miedo e indecisión a la hora de interponer la denuncia y las dificultades que ha superado progresivamente. De este modo, puede entender mejor la actitud de sus compañeras y no malinterpretar su conducta.

Se realizó el segundo ejercicio de relajación durante 30 minutos y se obtuvo un resultado muy satisfactorio. De hecho, el tiempo dedicado a la relajación comienza a disminuir a medida que el aprendizaje en la terapia se consolida.

Las tareas propuestas al final de esta sesión fueron subirse al autobús en horas punta, proseguir con las actividades de ocio y exponerse gradualmente a las relaciones sexuales. No se utilizó un registro para no atraer en exceso la atención de la paciente hacia dichas conductas.

Durante la cuarta sesión, después de la revisión de tareas, se reforzaron los logros conseguidos, especialmente la normalización de las relaciones afectivas y sexuales y la aparición de pensamientos más realistas y comprensivos en relación con la reacción de los demás ante la agresión.

3ª fase: Readaptación laboral y preparación para el juicio oral

Una vez conseguidos y estabilizados los objetivos establecidos en la fase anterior, al cabo de 1 mes la paciente manifiesta su deseo de coger el alta y volver al trabajo, pero expresa su incapacidad para hacerlo. Se propone como tarea una autoexposición gradual al contexto laboral, pero con la garantía de hallarse en un entorno protegido.

De hecho, la paciente solicitó un cambio de sección y, por tanto, comenzó a estar en contacto con otro encargado. Las tareas de exposición previstas se llevaron a cabo durante 4 sesiones en este nuevo lugar de trabajo. Para ello, se realizó una jerarquía para facilitar la exposición gradual (tabla 6), junto con las habilidades de afrontamiento aprendidas.

Tabla 6.- Jerarquía de ítems establecidas para la conducta-Objetivo nº 8

Conducta 8^a: Recuperar la actividad laboral

1. Hablar con la inspectora de trabajo acerca de una incorporación gradual en el trans curso de una semana
2. Acercarse al lugar de trabajo y permanecer en los alrededores durante 30 m. en compañía de su marido (sábado y domingo)
3. Permanecer en el puesto de trabajo dos horas (lunes)
4. Permanecer en el puesto de trabajo cuatro horas (miércoles)
5. Permanecer en el puesto de trabajo seis horas (viernes)
6. Permanecer en el puesto de trabajo ocho horas (lunes)

La paciente fue superando con éxito las sucesivas aproximaciones y se le fueron reforzando las pautas de afrontamiento adecuadas en relación con los comentarios de las compañeras y los jefes. Sin embargo, mantuvo, a pesar del paso del tiempo, la percepción de estar sometida a represalias (por ejemplo, *"llamarle la atención por errores insignificantes"*, *"obligarle a realizar los trabajos más duros"*) y, en general, de estar inmersa en un ambiente laboral tenso. Todas las dificultades planteadas se revisaron en las 3 sesiones de seguimiento (1, 6 y 12 meses).

El juicio se llevó a cabo cuatro meses después de finalizar el último seguimiento. A efectos de prevenir una recaída, se fijó una intervención psicológica puntual para hacer frente al proceso judicial, en donde se establecieron los siguientes aspectos:

1. Información precisa de los elementos situacionales del juicio (personas presentes, posibilidad de declaraciones o alegaciones discriminatorias, duración del acto, etc.).
2. Ensayo de conducta para reforzar el aprendizaje de ciertas habilidades de afrontamiento, como la asertividad para hablar en público y contestar a las preguntas formuladas.

3. Preparación cognitiva para enfrentarse de forma adaptativa a la posibilidad de una sentencia al agresor de no culpabilidad o a una pena irrelevante en relación con el daño psicológico experimentado por la víctima.

RESULTADOS

La evaluación de los logros terapéuticos se realizó mediante la aplicación de medidas repetidas de los instrumentos de evaluación en el postratamiento, así como en los seguimientos de uno, seis y doce meses. El protocolo de evaluación utilizado se ha mostrado muy sensible al cambio terapéutico en víctimas de agresiones sexuales (Corral, Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta, 1995; Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1997; Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock, 1991).

Desde una perspectiva psicopatológica global, los resultados obtenidos en los periodos de seguimiento muestran la estabilización de los éxitos terapéuticos tras el tratamiento, tal y como figura en la tabla 2. En concreto, el trastorno de estrés postraumático no está presente ni en el postratamiento ni en los periodos de seguimiento. El nivel de gravedad de los síntomas de reexperimentación y de activación aumenta levemente, de forma transitoria, en el primer seguimiento por algún contratiempo -no relacionado con una problemática sexual- surgido en el trabajo. Por la misma razón, el nivel de ansiedad aumenta en este control, pero mejora y se estabiliza en el resto de los seguimientos.

Por otro lado, los niveles de depresión y el grado de inadaptación se normalizan tras el tratamiento y se mantienen estables durante los periodos de seguimiento.

Desde una perspectiva más específica, la evolución del grado de dificultad de las conductas-objetivo ha sido satisfactoria, tal y como figura en la tabla 3. El resultado del análisis comparativo refleja una mejoría en todas las conductas. Sin embargo, la evolución en la última ("**volver al trabajo**") no es tan espectacular como en el resto de las conductas-objetivo.

En resumen, la evolución psicológica de la paciente tras la agresión sexual ha sido satisfactoria y ha permitido la recuperación de un ritmo de vida normal. Todo ello ha potenciado la perspectiva de la paciente de hacer frente al futuro y de haber recuperado el control de su vida.

CONCLUSIONES

En este estudio se pone de manifiesto la importancia del cambio introducido por el *DSM-IV* en la definición del trastorno de estrés postraumático, que marca el énfasis más en la percepción de la experiencia que en el tipo de acontecimiento traumático. Es precisamente esa percepción la que va a determinar la reacción posterior (Charney y Russell, 1994; Echeburúa y Corral, 1998).

El tratamiento psicológico del acoso sexual en el trabajo puede ser más complejo de lo inicialmente previsto. La cercanía de la víctima al agresor, impuesta por el ámbito laboral en que ambos se desenvuelven, y la inexistencia de un apoyo social explícito en las compañeras de trabajo por miedo a las represalias hacen más difícil el éxito terapéutico (O'Donohue, 1997).

El programa de intervención propuesto en este caso (apoyo emocional, reevaluación cognitiva y entrenamiento en habilidades de afrontamiento) ha resultado ser eficaz para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático agudo derivado de una agresión sexual en el trabajo. Es un programa breve, bien estructurado, que le ayuda a la paciente a resituar el acontecimiento traumático en sus justas dimensiones y le facilita la adquisición de unas habilidades de afrontamiento de la ansiedad y del miedo, tal como se ha demostrado también en otro tipo de víctimas de agresiones sexuales (Echeburúa *et al.*, 1995; Sarausa, Echeburúa y Corral, 1993). Por otra parte, los logros terapéuticos se mantienen a largo plazo.

En este caso se ha hecho hincapié en la importancia de establecer estrategias urgentes de afrontamiento para manejar adecuadamente los contactos con el sistema judicial. De este modo, se puede prevenir un aumento del impacto inicial (la victimización secundaria), así como evitar el rechazo o el abandono prematuro de la terapia o una toma precipitada de decisiones. De hecho, la presencia del juicio oral está asociada a un aumento de la ansiedad, a la aparición de pesadillas y al aislamiento social. Es más, hay una relación directa entre la duración del proceso judicial y el tiempo de recuperación de la víctima (Kilpatrick, Resick y Veronen, 1981; Steketee y Austin, 1989).

El hecho de testificar en un juicio obliga a las víctimas a enfrentarse al agresor y, por tanto, a revivir la experiencia. Por ello, es fundamental establecer una preparación psicológica específica para afrontar con éxito dichas situaciones y evitar que el funcionamiento cognitivo se vea afectado negativamente (Simon, 1996).

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th. Edition)*. Washington. APA:
- Bernstein, D.A. y Borkovec, T.D. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao. Desclée de Brouwer (original, 1973).
- Charney, D.A. y Russell, R.C. (1994). An overview of sexual harassment. *American Journal of Psychiatry*, 151, 10-17.
- Corral, P., Echeburúa, E. y Sarasua, B. (1989). Estrés postraumático en víctimas de violación. En E. Echeburúa. *El estrés: problemática psicológica y vías de intervención*. San Sebastián. Universidad del País Vasco.
- Corral, P., Echeburúa, E., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático agudo en víctimas de agresiones sexuales: un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 3, 195-210.
- Corral, P., Echeburúa, E., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1998). Variables predictoras de fracaso terapéutico en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24,
- Echeburúa, E. (1995). Acoso sexual en el trabajo. En F. Labrador. *Guía de la sexualidad*. Madrid. Espasa-Calpe.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos. *Manual de psicopatología (vol. 2)*. Madrid. McGraw-Hill.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. En M.A. Vallejo. *Manual de terapia de conducta (vol. 1)*. Madrid. Dykinson.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1989). *La violación. Lo que la mujer debe saber y puede hacer*. San Sebastián. Servicio de Publicaciones del Ayuntamiento.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). *Tratamiento del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. La Coruña. Fundación Paideia.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996a). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 627-654.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996b). 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. (1997). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification*, 21, 433-456.

- 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.
- 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.
- Kilpatrick, D.J., Resick, P.A. y Veronen, L.J. (1981). Effects of a rape experience: A longitudinal study. *Journal of Social Issues*, *37*, 105-122.
- O'Donohue, W. (1997). *Sexual harassment: Theory, research, and treatment*. Boston, MA. Allyn and Bacon, Inc.
- Sarasua, 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*, 189-213.
- Simon, R.I. (1996). The credible forensic psychiatric evaluation in sexual harassment litigation. *Psychiatric Annals*, *26*, 139-148.
- Steketee, G. y Austin, A. (1989). Rape victims and the justice system: utilization and impact. *Social Service Review*, *63*, 285-304.
- Stockdale, M.S. (1996). *Sexual harassment in the workplace: Perspectives, frontiers, and response strategies*. Thousand Oaks, CA. Sage Publications, Inc.