

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO CRÓNICO EN UNA VÍCTIMA DE AGRESIÓN SEXUAL NO RECIENTE

Irene Zubizarreta
Enrique Echeburúa
Belén Sarasua
Paz de Corral

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

RESUMEN

En este artículo se describe un programa de tratamiento cognitivo-conductual aplicado a una víctima no reciente de agresión sexual aquejada de un trastorno de estrés posttraumático crónico. La paciente, una mujer separada de 32 años, sufrió una agresión sexual cuando tenía 15 años y tiene muchas dificultades actualmente para establecer relaciones íntimas con hombres. El programa terapéutico (apoyo emocional, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento) consta de 5 sesiones individuales en un período de 5 semanas. 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 mejoría 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 CRÓNICO. AGRESIÓN SEXUAL NO RECIENTE. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL.

SUMMARY

In this paper the cognitive-behavioural treatment of a non-recent sexual aggression victim with chronic posttraumatic stress disorder is described. The patient, a 32-year-old divorced woman, was raped when she was a teenager and has had in the last years lot of difficulties to keep intimate relations with men. The treatment consisted of emotional support, cognitive restructuring and training in specific coping skills. The treatment was developed all through five clinical sessions in a period of ten weeks. At the end of 1 year follow-up the patient was much improved, with an important reduction in target-problems and an improvement in subjective as well as social adjustment. The implications of this case for clinical research and practice are discussed.

Key words: CHRONIC POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER. NON-RECENT SEXUAL AGGRESSION. BEHAVIOURAL-COGNITIVE TREATMENT.

INTRODUCCIÓN

El estudio de las consecuencias psicológicas a largo plazo en víctimas de agresiones sexuales es un hecho reciente. La mayor parte de las investigaciones se han centrado en las reacciones inmediatas al suceso traumático. Sin embargo, la violación no reciente encaja frecuentemente en el trastorno de estrés postraumático crónico, según los criterios diagnósticos del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), como se ha puesto de relieve en diferentes estudios (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1997).

Según los diversos estudios de victimización, las víctimas de agresiones sexuales tienen un riesgo mayor de desarrollar el trastorno de estrés postraumático que otro tipo de víctimas (Kilpatrick, Saunders, Amick-McMullan, Best Veronen y Resnick, 1989; Wirtz y Harrell, 1987). Ahora bien, esto no significa que todas las mujeres reaccionen uniformemente ante la agresión, sino que el trastorno varía, tanto en su intensidad como en sus características, de unas mujeres a otras. La respuesta psicológica va a depender, entre otras variables, del equilibrio psicológico previo de la mujer, de su historia de victimización, de los acontecimientos vitales negativos recientes y del apoyo social existente (Steketee y Foa, 1987).

En el estudio de las víctimas no recientes es importante conocer los motivos por los que se busca ayuda terapéutica meses e incluso años después de haber sufrido la agresión. En primer lugar, los síntomas que aparecen después del trauma pueden no ser lo suficientemente severos como para desequilibrar su vida cotidiana. En segundo lugar, su medio social puede desaconsejar la búsqueda de tratamiento. Y en tercer lugar, muchas mujeres pueden no saber a dónde acudir o cómo hacerlo (Stewart, Hughes, Frank, Anderson, Kendall y West, 1987).

No obstante, estas mismas víctimas pueden acudir a la terapia de forma tardía atraídas por diversas razones: verse obligadas a enfrentarse a un juicio (que normalmente se celebra meses e incluso años después) y experimentar la reaparición del cuadro clínico; sentir el agravamiento de los síntomas con el paso del tiempo; afrontar la primera relación sexual después de la agresión; experimentar algunos cambios importantes en la vida, tales como una crisis de pareja, una situación de aislamiento social, etc.; y enterarse de la existencia de un programa terapéutico relacionado específicamente con el tratamiento de las agresiones sexuales, que no existía -o del que no se había enterado- cuando tuvo lugar la agresión (Koss y Burkhart, 1989).

Las técnicas terapéuticas puestas a prueba con las víctimas no recientes han sido muy diversas. El entrenamiento en inoculación de estrés ha sido utilizado por vez primera en el estudio de Veronen y Kilpatrick (1983) con un programa individual de 10 sesiones y con mujeres como terapeutas. Los resultados de este tratamiento han sido alentadores en la reducción de la depresión, de la ansiedad y de los miedos asociados con la agresión sexual. Las limitaciones de este estudio son que las medidas de evaluación no incluyen específicamente el trastorno de estrés postraumático y que se carece de resultados a largo plazo.

Una innovación más reciente de la inoculación de estrés es la aplicación grupal, dirigida por un terapeuta varón y una terapeuta mujer, con 6 sesiones de 2 horas, a víctimas de violación (Resick, Jordan, Girelli, Hutter y Marhoefer, 1988). Este procedimiento terapéutico se ha mostrado superior a un grupo de control de lista de espera, pero los resultados no han sido diferentes de los obtenidos con el entrenamiento asertivo o la terapia de apoyo más información: una mejoría significativa en los temores y en los síntomas de intrusión y evitación, pero un cierto estancamiento en las medidas de depresión, autoestima y miedos sociales. Las limitaciones de este estudio son que no se ha evaluado directamente el estrés postraumático y que existe un cierto solapamiento no controlado en las modalidades

terapéuticas (por ejemplo, la exposición está presente en todas ellas). Por otra parte, el factor de éxito puede ser la inoculación de estrés, pero también puede serlo el carácter grupal de la terapia o incluso ciertos factores inespecíficos (como la presencia de dos terapeutas de sexo distinto o el mero contacto con la terapia).

En un estudio muy bien controlado Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock (1991) han asignado aleatoriamente 45 víctimas de agresiones sexuales aquejadas de estrés postraumático a una de estas cuatro modalidades terapéuticas: a) exposición prolongada en imaginación y en vivo; b) entrenamiento en inoculación de estrés; c) terapia de apoyo (con el objetivo de controlar los factores inespecíficos de la terapia); y d) grupo de control de lista de espera. El programa de tratamiento, llevado a cabo por una terapeuta mujer, es individual y consta de 9 sesiones de 90 minutos con una periodicidad de 2 veces por semana. La inoculación de estrés y la exposición se han mostrado más eficaces que la terapia de apoyo y el grupo de control de lista de espera en la reducción de los síntomas de estrés postraumático (pero no en los síntomas de depresión y de ansiedad, en donde mejoran todos los grupos por igual). A corto plazo, la inoculación de estrés es superior a la exposición; a medio plazo (en el seguimiento de los 3,5 meses), por el contrario, la exposición es superior a la inoculación de estrés. Estos resultados sugieren que la inoculación de estrés es útil a corto plazo porque está constituida por un grupo de técnicas orientadas al control de la ansiedad pero, justamente por su complejidad, los pacientes tienden a abandonarlas a medio plazo. Por el contrario, la exposición puede generar un cierto grado de malestar a corto plazo, pero a largo plazo se constituye como una estrategia efectiva de afrontamiento. El fallo de este estudio es que el seguimiento es demasiado corto.

Una limitación común a los estudios de los grupos de Kilpatrick, de Resick y de Foa con la inoculación de estrés es que no han delimitado la eficacia diferencial de cada uno de los componentes de este programa cognitivo-conductual tan complejo (Corral, Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta, 1992).

Además de la inoculación de estrés, ha habido dos estudios en donde se ha aplicado específicamente la terapia cognitiva. En el primero de ellos (Frank, Anderson, Stewart, Dancu, Hughes y West, 1988) se han asignado 24 víctimas no recientes a un grupo de desensibilización sistemática o a un grupo de terapia cognitiva (inspirada en el modelo de Beck). En ambos

grupos ha habido una mejoría significativa, pero no ha habido diferencias entre ellos.

En el segundo (Resick y Schnicke, 1992) se han comparado los resultados de una terapia cognitiva aplicada a 19 víctimas y basada en la teoría del procesamiento de la información, que consta propiamente de exposición y de terapia cognitiva, con los de un grupo de 20 mujeres en lista de espera. El grupo experimental se ha mostrado superior al grupo de control en las medidas de estrés postraumático y de síntomas depresivos tanto en el postratamiento como en el seguimiento de 6 meses.

Por último, en el estudio más reciente del grupo de Echeburúa (Echeburúa *et al.*, 1997) -el único en el que se ha llevado a cabo un seguimiento de 12 meses- se han asignado 10 víctimas de agresiones sexuales aquejadas de un trastorno de estrés postraumático crónico a una modalidad terapéutica de exposición en vivo y en imaginación y de reevaluación cognitiva. El grupo de control ha estado constituido por 10 víctimas tratadas con relajación (utilizada en este caso como un placebo psicológico). El tratamiento ha sido individual, ha constado de 6 sesiones con una periodicidad semanal y ha sido llevado a cabo por una psicóloga clínica. El grupo de exposición y de reevaluación cognitiva ha sido claramente superior al de relajación tanto en el postratamiento como en los diversos seguimientos (desaparición del trastorno de estrés postraumático en el 100% de las víctimas en el primer grupo y del 40% en el segundo en el seguimiento de los 12 meses).

A diferencia del estudio de Foa *et al.* (1991), en esta investigación la exposición está referida a los estímulos evitados y a los pensamientos intrusivos más que a los recuerdos traumáticos. Desde el punto de vista de los autores, lo inadaptativo en la mayor parte de las víctimas no es tanto el procesamiento defectuoso de la información como el hecho de la evitación a estímulos temidos y la presencia de pensamientos intrusivos. Por ello, el tratamiento de exposición está centrado en estas conductas-objetivo.

En general, las técnicas conductuales producen resultados positivos y parecen estar especialmente indicados en el trastorno de estrés postraumático en víctimas de agresión sexual (Foa, Rothbaum y Steketee, 1993; Vaughan, Armstrong, Gold, O'Connor, Jenneke y Tarrier, 1994). En realidad, se trata de técnicas activas donde la propia mujer desempeña un papel principal en su recuperación y en el control de su vida.

Además, hay que señalar la importancia, cada vez más destacada, del componente cognitivo y del procesamiento de la información en el tra-

tamiento de este tipo de víctimas (Echeburúa, 1989; Koss y Burkhart, 1989), que desempeña un papel fundamental en el proceso de recuperación.

En el trabajo aquí presentado se aplica un programa de tratamiento basado en el apoyo emocional, la autoexposición y la reevaluación cognitiva para hacer frente a las consecuencias derivadas de una agresión sexual no reciente. Se trata de ejemplificar un tratamiento estructurado en un caso clínico de trastorno de estrés postraumático crónico. El interés del caso deriva del largo tiempo transcurrido entre el suceso traumático y la búsqueda de ayuda terapéutica, así como de la motivación específica para acudir ahora a la consulta. Desde esta perspectiva, el tratamiento del caso presentado, al ser un fenómeno poco estudiado, puede ser de interés para la práctica clínica y sugerir nuevas vías de intervención.

MÉTODOS

Sujeto

La paciente es una mujer de 32 años, separada, que vive con su madre (de 63 años) y sus 2 hijos (un niño de 7 años y una niña de 6). Sus estudios son elementales y cuenta con un nivel económico precario. Es auxiliar de geriatría, pero actualmente no tiene un puesto de trabajo estable.

Acude al Servicio de Atención Psicológica para Víctimas de Agresiones Sexuales y de Violencia Familiar de la Diputación Foral de Vizcaya en noviembre de 1996 por haber sido objeto de una agresión sexual aislada cuando tenía 15 años (es decir, hace 17 años).

El suceso tuvo lugar tras la enfermedad y muerte de su padre (con el que tenía una buena relación afectiva), a raíz de la cual se encontraba muy triste y con sentimientos de soledad, especialmente porque la relación con su madre no era buena. En esa época conoció a un chico 10 años mayor y que, en cierto modo, le recordaba a su padre y le infundía seguridad. Este hombre le hizo promesas de que la cuidaría y le proporcionaría trabajo y le invitó a marcharse con él a Madrid. Una vez allí, la forzó, la golpeó y finalmente la agredió sexualmente. La paciente recuerda los hechos de forma muy intensa y con mucho detalle. La agresión fue muy violenta y tiene un recuerdo especialmente traumático respecto al semen y a la rotura del himen.

Después de estar retenida 10 días por el agresor, acudió a una iglesia y contó lo ocurrido a un cura, que avisó a la madre y le informó de lo

ocurrido. Ésta interpuso la denuncia e ingresó a su hija en un centro de menores, del que la paciente tiene recuerdos muy negativos. El juicio se convocó cuando ella estaba ya casada y en un estado avanzado de gestación. En estas circunstancias su marido la disuadió de seguir adelante con el proceso judicial.

Tabla 1.- Criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático

(DSM-IV, APA, 1994)

SÍNTOMAS	PRESENCIA EN LA PACIENTE ANTES	PRESENCIA EN LA PACIENTE AHORA
REEXPERIMENTACIÓN INTENSA DE LA AGRESIÓN SUFRIDA * Rumiaaciones * «Flahbacks» * Pesadillas * Malestar psicológico profundo	SÍ SÍ NO SÍ	NO NO SÍ SÍ
EVITACIÓN DE LOS ESTÍMULOS ASOCIADOS AL HECHO TRAUMÁTICO * Evitación conductual * Evitación cognitiva	NO SÍ	SÍ SÍ
AUMENTO PERSISTENTE DE LA ACTIVACIÓN PSICOFISIOLÓGICA * Trastornos del sueño * Irritabilidad * Hipervigilancia	NO SÍ SÍ	SÍ SÍ NO

La paciente presenta un trastorno de estrés postraumático crónico según los criterios del *DSM-IV* (APA, 1994) como consecuencia de la agresión sexual. En concreto, tiene sueños desagradables y recurrentes relacionados con el suceso y muestra un estado de ansiedad importante, un miedo intenso a establecer una relación afectiva y/o sexual con un hombre y un temor desproporcionado a ver escenas (en el cine o en TV) o a hablar o escuchar comentarios relacionados con la actividad sexual. Tiende, por ello, a evitar sistemáticamente estas situaciones (especialmente ver la televisión), sobre todo cuando se encuentra sola. Estos miedos persistentes y la incapacidad de enfrentarse adecuadamente a dichas situaciones le producen sentimientos de desilusión y de desesperanza ante la posibilidad de establecer una nueva relación de pareja.

Otros síntomas significativos son la dificultad para conciliar y mantener el sueño, la irritabilidad y la hiperreactividad fisiológica ante la exposición a estímulos que recuerdan la agresión (imágenes sexuales, ruidos inesperados, lugares cerrados, etc.). El cuadro clínico ha evolucionado con el transcurso del tiempo. En concreto, algunos síntomas (por ejemplo, los pensamientos diurnos recurrentes y la hipervigilancia) han desaparecido, pero otros, como las pesadillas y las conductas de evitación, se han intensificado (**tabla 1**). En general, los problemas existentes en la actualidad se han cronificado y consolidado.

La paciente se casó a los 23 años, pero el matrimonio sólo duró 4 años. La relación afectiva se deterioró con el paso del tiempo y la conducta sexual nunca fue satisfactoria (excepto durante el noviazgo). El motivo concreto de la ruptura del matrimonio fue la situación de maltrato físico a que la sometía su marido. Desde hace 5 años está separada legalmente y tiene la custodia de los hijos. No ha mantenido ninguna relación seria desde la separación ni ha intentado rehacer su vida en pareja, aunque actualmente le gustaría hacerlo. Precisamente esta expectativa de una nueva relación de pareja y el miedo a no ser capaz de afrontarla adecuadamente es lo que le trae ahora a la consulta.

En cuanto al historial médico y psicológico de la paciente, hay algunos aspectos reseñables. A los 18 años recibió una terapia psicológica de orientación psicodinámica para solucionar los problemas derivados de la agresión sexual, pero la abandonó al cabo de unos meses por no obtener resultados satisfactorios. Posteriormente se sometió a un tratamiento psicofarmacológico para reducir su nivel de ansiedad. Con los psicofármacos

se mantuvo más tranquila, pero no consiguió superar las conductas de evitación ni las pesadillas recurrentes.

Procedimiento

a) Evaluación

Se realizaron tres sesiones de evaluación de una hora de duración. En la primera de ellas 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, los estresores habidos, el apoyo social 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 (*cfr.* Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1995).

Las puntuaciones obtenidas figuran en la tabla 2. Los resultados reflejan la existencia de un trastorno de estrés postraumático crónico con un nivel de gravedad alto. Es más, sentía una sensación de distanciamiento respecto a los demás, así como un cierto embotamiento afectivo y una pérdida del deseo sexual. Todo ello hacía que su perspectiva de futuro estuviera afec-

tada negativamente en relación, fundamentalmente, con las relaciones sociales y con la posibilidad de establecer una vida en pareja.

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

Cuestionarios y escalas*	Puntuación
Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (0-51) (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997)	22
Escala de Inadaptación Subescala de Inadaptación Global (0-5) (Echeburúa y Corral, 1987)	5
Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo STAI (T.E.A., 1982) Estado	47
Inventario de Depresión BDI (versión de 21 ítems) (0-62)	23
Escala de Depresión de Hamilton HRS (versión autoaplicada de 21 ítems) (0-73)	13
Inventario de Miedos MFS-III Subescala de miedos asociados a la violación (45-225) (Veronen y Kilpatrick, 1980)	125
Escala de Estrés/Apoyo Social del Departamento de Salud Mental de California (1981) Subescala de estrés (6-22) Subescala de apoyo social (0-40)	14 10

En relación con el resto de las variables psicopatológicas medidas, se detectaron síntomas depresivos (referidos fundamentalmente a nivel cognitivo), un nivel alto de ansiedad y de miedos relacionados con la agresión sexual y un bajo apoyo social. Las reacciones descritas producían una interferencia significativa 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.- Lista y grado de dificultad de las conductas-objetivo antes del tratamiento

Conductas-Objetivo	Grado de dificultad (0-10)
Conducta 1ª: Eliminar las pesadillas	8
Conducta 2ª: Relacionarme con hombres	10
Conducta 3ª: Ser capaz de exponerme a estímulos relacionados con la actividad sexual	10
Conducta 4ª: Aumentar el número de actividades agradables	7

b) Hipótesis explicativa y motivación para el tratamiento

Una vez llevada a cabo la evaluación psicológica, se proporcionó a la paciente una información detallada del trastorno de estrés postraumático crónico y se le explicaron los factores de adquisición y mantenimiento de este cuadro clínico. Se hizo especial hincapié en las causas del mantenimiento y cronificación de los síntomas con el paso del tiempo para motivar a la víctima al tratamiento y al cumplimiento de las prescripciones terapéuticas.

No hay que olvidar que un número importante de víctimas de agresiones sexuales no buscan ayuda de forma inmediata porque los síntomas no son al principio lo suficientemente severos como para desequilibrar su vida cotidiana o porque creen que van a desaparecer solos con el paso del tiempo. Sin embargo, la ansiedad inicial, que disminuye tras un primer momento, puede generalizarse a diversas situaciones y provocar fobias o miedos muy específicos. Además, la aparición de circunstancias nuevas e importantes en la vida de una mujer, como el inicio y mantenimiento de una relación afectiva y sexual, puede originar una reexperimentación del trastorno que impide el afrontamiento adecuado de esta situación. Por ello, es importante señalar que las reacciones psicológicas experimentadas por la víctima son debidas a la agresión pasada y que el tratamiento va a estar orientado a la búsqueda de soluciones a los problemas que se plantean *aquí y ahora* y al restablecimiento de una vida normalizada.

La agresión sexual es una situación de condicionamiento clásico donde el dolor, la conducta violenta, la falta de control y la amenaza de sufrir daño o de morir actúan como estímulos incondicionados que producen respuestas incondicionadas de temor y ansiedad. Mediante un proceso de condicionamiento clásico, algunos estímulos presentes durante la agresión (la oscuridad, los hombres, la actividad sexual, el pene, etc.) se convierten en estímulos condicionados capaces de provocar respuestas condicionadas de miedo y ansiedad. Ciertos estímulos cognitivos (como contar lo ocurrido, asistir a una terapia, declarar en un juicio, etc.) funcionan también como estímulos condicionados que generan respuestas de ansiedad por asociación con la experiencia vivida. El proceso de generalización de estímulos y de condicionamiento de orden superior explica la generalización de las respuestas de ansiedad a otros estímulos nuevos (imágenes eróticas, actividad sexual, relacionarse con hombres, etc.) y la ampliación, por tanto, del número de estímulos generadores de miedo y de las conductas de evitación/escape.

El escape de las situaciones de temor refuerza, a su vez, las conductas de evitación. Cuanto más tiempo ha pasado desde la agresión sexual, el número de estímulos temidos es mayor y cada vez son más frecuentes las conductas de evitación, que se configuran como una estrategia de afrontamiento ante las situaciones de la vida cotidiana. De este modo, se reduce significativamente el número de conductas previamente reforzantes. Este empobrecimiento del repertorio de conductas hace más probable la aparición de la depresión y de otros problemas referidos a la adaptación social y a la actividad sexual.

Por último, y tras resolver las dudas planteadas en relación con las explicaciones anteriores, se le entregó a la víctima un folleto explicado de autoayuda sobre las agresiones sexuales (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1989) y se le propuso un plan aproximado del tratamiento, así como la duración del mismo, el régimen de sesiones y el tipo de tareas. Se le hizo ver que algunas de las tareas iniciales podían ser algo molestas, pero que la terapeuta se las iba a graduar y le iba a enseñar, además, unas habilidades para hacer frente al malestar inicial.

c) *Tratamiento*

La intervención seleccionada en este caso fue un tratamiento de apoyo emocional, autoexposición y reevaluación cognitiva, según el programa global que figura descrito en la **tabla 4**.

El apoyo emocional tiene como objetivo facilitar la expresión emocional de la víctima, desarrollar una relación de empatía y establecer las bases para llevar a cabo el programa terapéutico específico. La reevaluación cognitiva está dirigida a eliminar ideas irracionales y modificar creencias relacionadas con la agresión sexual que se han formado a lo largo de los años (por ejemplo, «*todos los hombres son iguales*», «*sólo buscan el sexo*») y provocan malestar y conductas de evitación. Por último, las técnicas de exposición están orientadas a hacer frente a las conductas evitadas adaptativas y a exponer a la víctima a estímulos habituales que evocan respuestas de ansiedad (por ejemplo, ver escenas de violencia o sexo en la televisión o en el cine), así como a recuperar de forma gradual actividades reforzantes evitadas (reuniones sociales, relaciones con hombres, conductas afectivo-eróticas, etc.).

El programa terapéutico propuesto consta de 8 sesiones individuales de 1 hora de duración (a excepción de la primera, que dura 2 horas), con una periodicidad semanal. La duración total de la terapia es, por tanto, de 8 semanas. El tiempo total de contacto con la paciente, excluida la evaluación, es de 9 horas.

Según las conductas-objetivo establecidas, se divide la **primera sesión** en dos partes. En la primera, y en el contexto de una situación de apoyo emocional, se explican a la víctima las reacciones normales ante una agresión sexual, así como el proceso de adquisición y mantenimiento de los miedos. El miedo y la ansiedad experimentados tras el suceso traumático

Tabla 4.- Programa tratamiento en víctimas no recientes de agresiones sexuales (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1995)

<p>1. CARACTERÍSTICAS GENERALES</p> <ul style="list-style-type: none">* Nº de sesiones: 8* Perioidicidad: Semanal* Duración total: 8 semanas* Terapeuta: Psicóloga Clínica (mujer)
<p>2. COMPONENTES DEL PROGRAMA</p> <ul style="list-style-type: none">* Apoyo emocional* Reevaluación cognitiva centrada en los siguientes puntos:<ul style="list-style-type: none">** Explicación racional de lo que ocurre** Eliminación de ideas y mitos relacionados con la violación** Indicación de los aspectos positivos existentes en su vida* Técnicas de exposición:<ul style="list-style-type: none">** Exposición a estímulos que evocan respuestas de ansiedad y evitación en la vida cotidiana (hablar del caso, ver escenas de índole sexual en la TV o en el cine, etc).** Recuperar, de forma gradual, actividades evitadas y que son reforzantes (tener relaciones afectivas y/o sexuales, acudir a una sala de fiestas, etc.).** Exposición a pesadillas (si es que las hay): grabarlas en una cinta y escucharlas de forma repetida. Entrenamiento en técnicas de distracción cognitiva.** En el caso de la existencia de disfunciones sexuales, realizar una exposición gradual guiada junto con el entrenamiento de las habilidades específicas requeridas

disminuyen en intensidad con el paso del tiempo, pero algunos aspectos relacionados con la situación vivida (hombres, pene, actividad sexual, etc.) quedan condicionados negativamente a ese hecho. Este condicionamiento,

sin embargo, puede permanecer latente -y, por tanto, inadvertido para la víctima- hasta que ésta inicia una relación de pareja. Las sensaciones de miedo y malestar, así como las conductas de evitación, crean problemas de insatisfacción en su matrimonio, que acaba en una situación de malos tratos hacia ella al tratarse de un hombre violento y con ideas machistas sobre la mujer.

Estos hechos suponen una reactivación de la sintomatología, que genera un rechazo generalizado hacia los hombres y la evitación de cualquier contacto con ellos. Por este proceso la víctima ha llegado a una situación de aislamiento social y a una disminución de la implicación en actividades reforzantes, así como a una sensación de desesperanza hacia el futuro.

Asimismo se lleva a cabo una reevaluación cognitiva de las ideas irracionales, sobre todo en relación con la creencia de que *«todos los hombres son iguales»* y de que *«lo único que les interesa de las mujeres es el sexo»*. A estas creencias han contribuido los pocos contactos que ha tenido con hombres tras la separación matrimonial y que han fracasado porque le proponían mantener relaciones sexuales *«demasiado pronto»*. Se hace ver a la paciente que no se puede generalizar por unas experiencias negativas aisladas y que es posible establecer una relación afectiva con un hombre. Además, la relación sexual es un acto voluntario de modo que tiene que saber decir que no, cuando no lo desee, y no sentirse mal por ello. Por último, se lleva a cabo una resituación del acontecimiento traumático en sus justas dimensiones para ayudar a la paciente a proyectar su vida hacia el futuro y a no ser esclava del pasado. Se enfatizan los aspectos positivos existentes, como el hecho de ser joven, tener criados a sus dos hijos (aun siendo éstos todavía pequeños) y contar con la posibilidad de establecer una relación afectiva satisfactoria, en función de la edad de la paciente y de su forma de ser (alegre, luchadora y cariñosa).

En la segunda parte de la primera sesión se tratan las pesadillas que, actualmente, provocan un nivel alto de malestar. Estas pesadillas no tienen un contenido definido y resulta imposible trabajar directamente con una exposición a sus contenidos (por ejemplo, grabándolas en una cinta y escuchándolas repetidamente). Por ello, se proporcionan una serie de normas o pautas de conducta para mejorar el sueño. Se indica a la paciente que, en el caso de producirse pesadillas, las anote en un registro y describa el grado de malestar experimentado.

La *segunda y tercera sesiones* de tratamiento engloban las técnicas de exposición, que se aplican con un triple objetivo: a) recuperar de forma

gradual las actividades gratificantes; b) mantener relaciones sociales con hombres; y c) ser capaz de exponerse a estímulos relacionados con el tema sexual. El programa de exposición está basado en los registros de la paciente y en la demanda de colaboración de una amiga como coterapeuta, a quien se le explica su función: acompañar inicialmente a la paciente en las tareas, reforzarle tras la realización de las mismas y alentarle a seguir adelante en los momentos de desánimo. Esta labor resulta fundamental al tratarse de tareas en las que hay que frecuentar lugares de ocio y diversión y en donde la presencia de la víctima sola sería inadecuada y malinterpretada. Además, la intervención de la coterapeuta funciona como una motivación importante para exponerse a las relaciones sociales y le alienta a la paciente a arreglarse, vestirse con gusto, etc.

Tabla 5.- Jerarquías de ítems establecidas para las conductas-objetivo

<p>Conducta 2ª: Relacionarme con hombres</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reunirse un grupo de mujeres (entre las que está la coterapeuta) con un grupo de hombres conocidos 2. Relacionarse, junto con la coterapeuta, con hombres desconocidos 3. Salir sola a tomar un café con un hombre conocido y de día 4. Relacionarse ella sola con un hombre desconocido, en un lugar en el que esté presente la coterapeuta 5. Establecer una relación social con un hombre desconocido
<p>Conducta 3ª: Ser capaz de exponerme a estímulos relacionados con la actividad sexual</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ver en la TV escenas de tipo sexual con la coterapeuta 2. Ir con la coterapeuta al cine a ver una película que contenga escenas de tipo sexual 3. Mirar las fotografías de un hombre desnudo en un libro de anatomía 4. Mirar las fotografías de revistas en las que aparezcan hombres desnudos

En estas sesiones se selecciona la conducta-objetivo referida a la relación social con hombres y se establece, junto con la paciente, las tareas de exposición que debe realizar gradualmente (**tabla 5**). Para ello, se establece

una jerarquía en la que queda expresamente prohibido cualquier tipo de actividad sexual. Se le enseñan dos estrategias de afrontamiento para superar el malestar causado por la exposición (respiraciones lentas y profundas y autoinstrucciones positivas) y se le instruye a que continúe con cada tarea de exposición, sin abandonarla, al menos hasta que se produzca una disminución del 50% de la ansiedad (que es una medida de la habituación).

Las tareas propuestas al final de estas sesiones son las siguientes: seguir las indicaciones sugeridas para eliminar las pesadillas, realizar un mínimo de 3 actividades reforzantes durante la semana y exponerse a una relación social con hombres.

En la *cuarta sesión* se revisa el registro de tareas traído por la paciente (**tabla 6**), en donde ha anotado todo lo sucedido en cada exposición. Al haber sido superados con éxito los ejercicios realizados, se marcan nuevas tareas en relación con la misma conducta. En esta sesión se inicia la exposición a la tercera conducta-objetivo, según la jerarquía que aparece detallada en la **tabla 5**. Las normas de conducta para mejorar el sueño han reducido las pesadillas. La paciente se encuentra animada al haber realizado diversas actividades reforzantes, entre las que destaca haberse apuntado a un gimnasio. La ilusión por mejorar el aspecto físico y mantener la línea es una motivación adicional para relacionarse con hombres.

En las *siguientes sesiones*, además de comprobar los registros, reforzar a la víctima por los progresos experimentados y analizar conjuntamente los contratiempos surgidos, se continúan fijando tareas relacionadas con las conductas-objetivo, a medida que se produce un progreso en los ítems de la jerarquía.

En relación con la conducta social con hombres, han surgido algunas situaciones imprevistas, debido a la naturaleza de la exposición, como recibir proposiciones de índole sexual, que han interferido en el desarrollo normal de la tarea y son tratadas en la sesión posterior.

En la revisión de la exposición a los estímulos relacionados con la actividad sexual, se comprueba que la paciente presenta dificultades a la hora de referirse a ello en la terapia. De hecho, siente malestar y vergüenza al describir cualquier conducta sexual e incluso al emplear términos de carácter sexual (pene, coito, etc.). Para eliminar esa ansiedad se le hace describir en la sesión una actividad sexual gratificante para ella, grabarla en una cinta y exponerse a la grabación en casa dos veces al día.

Por último, en la *octava sesión*, se reconsideran las ideas tratadas en la primera sesión respecto a la percepción negativa de los hombres y se realiza

Tabla 6.- Registro de tareas de exposición (Echeburúa y Corral, 1991)

FECHA	HORA DE COMIENZO	FIN	TAREAS DE EXPOSICIÓN	ANSIEDAD MÁXIMA ANTES	DESPUÉS	SOLA O CON COTERAPEUTA	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
21.12	23,30	5,00	Conducta-objetivo 2*; Relación social con hombres *Ir con un grupo de amigas a una discoteca y relacionarse con un grupo de hombres.	7	3	Coterapeuta	Autoinstrucciones positivas
23.12	24,00	3,00		9	4	Coterapeuta	Autoinstrucciones positivas
25.12	10,30	1,00	*Ir con la coterapeuta a un bar y entablar conversación con dos hombres desconocidos.	7	3	Coterapeuta	Autoinstrucciones positivas
31.12	3,00	6,00	*Salir sola con un hombre desconocido.	5	0	Coterapeuta	
1.1	20,30	00,30		8	4	Coterapeuta	Autoinstrucciones positivas
3.1	11,00	1,30	*Ir a una discoteca con un grupo de amigas y relacionarse sola con un hombre desconocido.	7	4	Sin coterapeuta	
4.1	11,30	3,30		7	3	Coterapeuta	Autoinstrucciones positivas
5.1	11,30	3,00	*Ir a la discoteca con un grupo de amigas y relacionarse con hombres desconocidos	6	3	Sin coterapeuta	Autoinstrucciones positivas

un balance global del programa y de los logros conseguidos. Se recuerda a la paciente la necesidad de proseguir implicándose en actividades gratificantes y de continuar con la relación social con hombres, que cada vez le resulta más atrayente. En el caso de que inicie una relación sentimental, ante la que ya no tiene una predisposición negativa, se le indica que vaya poco a poco hasta que se establezca el marco de confianza adecuado para iniciar una actividad sexual que, sin lugar a dudas, puede ser satisfactoria.

La consecución de los objetivos terapéuticos, así como las dificultades planteadas, se revisaron en las cuatro sesiones de seguimiento (1, 3, 6 y 12 meses).

RESULTADOS

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

La evaluación de los logros terapéuticos se realizó mediante la aplicación de medidas repetidas de los instrumentos de evaluación utilizados en el pretratamiento, que en algunos estudios previos se han mostrado muy sensibles al cambio terapéutico (Echeburúa *et al.*, 1997; Foa *et al.*, 1991).

En la **tabla 7** figuran las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios y escalas en el postratamiento y en los diferentes seguimientos. Como se puede ver, el trastorno de estrés postraumático crónico ha desaparecido después de la terapia. Asimismo las variables psicopatológicas, como la ansiedad, la depresión y el grado de inadaptación, se han reducido significativamente tras el tratamiento. Estos resultados se mantienen a lo largo del tiempo e incluso tienden a mejorar en los controles de seguimiento.

En la **tabla 8** aparece descrita la evolución del grado de dificultad de las conductas-objetivo en los diversos momentos de la evaluación. Según los datos expuestos, se ha obtenido una mejoría clínica significativa, que se mantiene en los períodos de seguimiento, en todas las conductas evaluadas.

De hecho, al término del tratamiento la paciente es capaz de relacionarse de forma satisfactoria en un ambiente lúdico tanto con hombres como con

Tabla 7.- Resultados en los cuestionarios y escalas antes y después del tratamiento

Cuestionarios y escalas	Puntuación					
	Pre	Post	1 m	3m	6m	12 m
Escala de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático	22	6	4	2	2	2
Escala de Inadaptación	5	1	2	1	1	1
STAI Estado	47	23	22	29	18	20
BDI	23	1	13	3	1	1
HRS	13	6	13	17	9	12
MFS-III	125	88	89	98	92	74
Escala de Estrés/Apoyo Social						
Subescala de estrés	14	14	14	16	16	16
Subescala de apoyo social	10	17	22	22	22	22

Tabla 8.- Grado de dificultad de las conductas-objetivo antes y después del tratamiento

Conductas-Objetivo	Grado de dificultad (0-10)					
	Pre	Post	1m	3m	6m	12m
1ª. Eliminar las pesadillas	8	1	1	1	1	1
2ª. Relacionarme con hombres	10	6	4	3	3	2
3ª. Ser capaz de exponerme a estímulos relacionados con la actividad sexual	10	5	3	5	3	3
4ª. Aumentar el número de actividades agradables	7	2	1	1	1	1

mujeres, así como llevar a cabo una vida social satisfactoria: mantener una conversación, bailar o ir a cenar con un hombre sin sentir ansiedad y disfrutando de la situación. De este modo, las expectativas ante la posibilidad de iniciar una relación afectiva y sexual futura han mejorado considerablemente.

Es más, la paciente es ya capaz de exponerse a estímulos relacionados con la actividad sexual sin sentir ansiedad. Desde una perspectiva subjetiva, ha aumentado el número de actividades gratificantes que desarrolla habitualmente y que le permiten conseguir un mayor disfrute de la vida.

CONCLUSIONES

En los traumas no recientes la evolución de los síntomas a la remisión o a la cronificación puede depender de la existencia de un trastorno psicopatológico previo, de la percepción de control sobre los sucesos negativos, de la intensidad y gravedad de los estresores, de la presencia temprana de síntomas disociativos y del apoyo psicológico y social recibido durante y después del trauma (Echeburúa y Corral, 1997). La violencia acompañada a la agresión sexual -en el caso de esta paciente, la desfloración y la paliza- es, en buena medida, responsable de la cronificación de los síntomas.

El caso expuesto en este trabajo ejemplifica el alcance psicopatológico del trastorno de estrés postraumático crónico y muestra que el mero paso del tiempo no supone un alivio de los síntomas experimentados.

Un aspecto de interés en este cuadro clínico es la evolución de la motivación para el tratamiento. Los síntomas, tras el impacto inicial, entran en una fase de latencia que sólo se reactiva años después cuando la paciente comienza a establecer las primeras relaciones afectivo-eróticas. Una vez roto el matrimonio y transcurrido un cierto tiempo, la paciente acude a la consulta sólo cuando empieza a plantearse la expectativa de otras relaciones con hombres y se hace consciente de sus limitaciones.

El programa terapéutico (apoyo emocional, autoexposición y reevaluación cognitiva) desarrollado en este estudio se ha mostrado eficaz en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático crónico derivado de una agresión sexual (Echeburúa y Corral, 1998).

El interés principal de este programa radica, por una parte, en la brevedad del mismo (9 horas de contacto terapeuta-paciente en el transcurso

de 8 semanas, además de los diferentes momentos de evaluación), donde la paciente adquiere un protagonismo fundamental en el éxito final. La brevedad del programa es tanto más resaltable cuanto la paciente estaba aquejada de este cuadro clínico desde hace 17 años. Por otra parte, se trata de una terapia intensiva en la que se combinan de forma estructurada técnicas de exposición y de reevaluación cognitiva.

Las técnicas de exposición han demostrado ser útiles en el tratamiento del trastorno de estrés postraumático crónico en ex combatientes (Cooper y Clum, 1989; Fairbank y Keane, 1982; Keane y Kaloupek, 1982; Minisek, 1984) y en personas que han sufrido accidentes graves (McCaffrey y Fairbank, 1985). Asimismo la eficacia de este tratamiento en el caso de las fobias está ampliamente documentado (Echeburúa y Corral, 1993; Marks, 1987).

Existen pocas investigaciones todavía respecto al uso de técnicas de exposición con víctimas de agresión sexual (Echeburúa *et al.*, 1997). Sin embargo, sí existe una analogía entre las fobias y el estrés postraumático y se da un solapamiento entre la sintomatología de los ex combatientes y la de las víctimas de agresión sexual. Cabe, por ello, pensar en la eficacia de estas técnicas en las víctimas no recientes de agresión sexual, especialmente cuando predominan las conductas de evitación. De hecho, que la reintegración inmediata a las actividades normales sea un predictor de recuperación rápida (Ellis, 1983) está relacionado, probablemente, con los efectos beneficiosos de la exposición a las situaciones temidas que están implicados en las actividades de la vida cotidiana (Steketee y Foa, 1987).

A pesar de estos éxitos preliminares con el tratamiento de la exposición, esta técnica ha sido objeto de muchas críticas en la aplicación a este tipo de víctimas (Kilpatrick, Veronen y Resick, 1982): el énfasis puesto en la evitación (en lugar de en los pensamientos distorsionados); el intento de eliminar una ansiedad que, sin embargo, puede funcionar como un mecanismo protector ante una proposición sexual no deseada; la potenciación del abandono del tratamiento por el carácter inicialmente desagradable de la técnica para la víctima; y la limitación para generar otro tipo de estrategias de afrontamiento adecuadas.

Sin embargo, el programa expuesto pone de manifiesto, como ya se ha demostrado por los autores en algunas investigaciones controladas (Echeburúa *et al.*, 1997), que las técnicas de exposición combinadas con un apoyo emocional y una reevaluación cognitiva resultan eficaces en el tratamiento de las víctimas no recientes de agresión sexual. La exposición, aunque

puede mostrarse aversiva a corto plazo, se constituye, a largo plazo, en una estrategia efectiva de «*coping*» (Foa *et al.*, 1991). El énfasis en los componentes cognitivos puede ser la diferencia principal entre el tratamiento de las fobias y el del estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales (Echeburúa y Corral, 1998).

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

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-R* (4th ed.). Washington DC: A.P.A.
- Cooper, N.A. y Clum, G.A. (1989). Imaginal flooding as a supplemental treatment for PTSD in combat veterans: a controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 381-391.
- Corral, P., Echeburúa, E., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1992). Estrés postraumático en ex combatientes y en víctimas de agresiones sexuales: nuevas perspectivas terapéuticas. *Boletín de Psicología*, 35, 7-24.
- Echeburúa, E. (1989). Evaluación y tratamiento del estrés postraumático en víctimas de violación. En E. Echeburúa (Ed.). *El estrés: problemática psicológica y vías de intervención*. San Sebastián. Universidad del País Vasco.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1993). Técnicas de exposición: variantes y aplicaciones. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz. *Manual práctico de modificación y terapia de conducta*. Madrid. Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1997). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, 3, 249-264.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). Trastorno de estrés postraumático. En M.A. Vallejo. *Manual de terapia de conducta (vol. 1)*. Madrid. Dykinson.
- 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. (1989): *La violación. Lo que la mujer debe saber y puede hacer*. Vitoria. Instituto Vasco de la Mujer.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. Fundación Paideia.

- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997) Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victim of sexual aggression. *Behavior Modification*, 21, 433-456.
- Ellis, E.M. (1983). A review of empirical rape research: victim reactions and response to treatment. *Clinical Psychology Review*, 3, 473-490.
- Fairbank, J.A. y Keane, T.M. (1982). Flooding for combat-related stress disorder: assessment of anxiety reduction across traumatic memories. *Behavior Therapy*, 13, 499-510.
- Foa, E.B., Rothbaum, O.B., Riggs, D.S. y Murdock, T.B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Foa, E.B., Rothbaum, O.B. y Steketee, G.S. (1993). Treatment of rape victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 256-276.
- Frank, E., Anderson, B., Stewart, B.D., Dancu, C., Hughes, C. y West, D. (1988). Efficacy of cognitive behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. *Behavior Therapy*, 19, 403-419.
- Keane, T.M. y Kaloupek, D.G. (1982). Imaginal flooding in the treatment of a post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 138-140.
- Kilpatrick, D.G., Saunders C.L., Amick-McMullan, A., Best, C.L., Veronen, L.J. y Resnick, H.S. (1989). Victim and crime factors associated with the development of crime related posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 199-240.
- Kilpatrick, D.G., Veronen, L.J. y Resick, P.A. (1982). Psychological sequelae to rape: assessment and treatment strategies. En D.M. Doleys, R.L. Meredith y A.R. Ciminero (Eds.). *Behavioral Medicine: Assessment and Treatment Strategies*. New York. Plenum Press.
- Koss, M.P. y Burkhardt, B.R. (1989). A conceptual analysis of rape victimization. Long-term effects and implications for treatment. *Psychology of Women Quarterly*, 13, 27-40.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. New York. Oxford University Press.
- McCaffrey, R.J. y Fairbank, J.A. (1985). Behavioral Assessment and treatment of accident-related posttraumatic stress disorder: two case studies. *Behavior Therapy*, 13, 499-510.
- Miniseck, N.A. (1984). *Flooding as a supplemental treatment for Vietnam veterans*. Paper presented at the third National Conference on PTSD. Baltimore, MD.
- Resick, P.A., Jordan, C.G., Girelli, S.A., Hutter, C.K. y Marhoefer-Dvorak, S. (1988). A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy*, 19, 385-401.
- Resick, P.A. y Schnicke, M.K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.

- Steketee, G. y Foa, E.G. (1987). Rape victims: post-traumatic stress response and their treatment: a review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 69-86.
- Stewart, D.B., Hughes, C., Frank, E., Anderson, B., Kendal, K. y West, D. (1987). The aftermath of rape profiles of immediate and delayed treatment seekers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 90-94.
- Vaughan, K., Armstrong, M.S., Gold, R., O'Connor, N., Jennke, W. y Tarrier, N. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in posttraumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 283-291.
- 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*. New York. Plenum Press. (traducción, 1987. Desclée de Brouwer):
- Wirtz, P.W. y Harrell, A.V. (1987). Victim and crime characteristics, coping responses and short and long-term recovery from victimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 866-871.