

## TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO CRÓNICO EN VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES: UN ESTUDIO EXPERIMENTAL<sup>1</sup>

Paz de Corral Gargallo  
Enrique Echeburúa Odriozola  
Irene Zubizarreta Anguera  
Belén Sarasua Sanz

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

### RESUMEN

*En esta investigación se trata de determinar la eficacia diferencial de la terapia de exposición y de reevaluación cognitiva en comparación con la relajación en el tratamiento del trastorno de estrés posttraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales. La muestra consta de 20 pacientes seleccionadas con arreglo a los criterios del DSM-III-R. Se utiliza un diseño experimental multigrupo de medidas repetidas (en el pretratamiento, en el posttratamiento y en los seguimientos de 1, 3 y 6 meses). En ambos*

---

<sup>1</sup> **Agradecimientos.** Este estudio se ha financiado con una beca de investigación de la Universidad del País Vasco (proyecto nº 006.230-0106/88) y con un convenio entre el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos (Universidad del País Vasco), por una parte, y el Instituto Vasco de la Mujer, los Ayuntamientos de San Sebastián y Vitoria y las Diputaciones de Álava, Guipúzcoa y Vizcaya, por otra. Dos de las autoras (Belén Sarasua e Irene Zubizarreta) han sido becadas con una beca predoctoral por el Ministerio de Educación y Ciencia y por el Seminario de Estudios de la Mujer de la Universidad del País Vasco, respectivamente.

*ambos grupos se produce una mejoría, pero el grupo de exposición y de reevaluación cognitiva es claramente superior al de relajación tanto en el postratamiento como en los diversos seguimientos. No hay rechazos ni abandonos del tratamiento. Se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y para las investigaciones futuras.*

**Palabras-clave:** AGRESIONES SEXUALES. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO CRÓNICO. TERAPIA COGNITIVA. EXPOSICIÓN. RELAJACIÓN.

## SUMMARY

*The aim of this paper was to test the comparative effectiveness of two therapeutic modalities [a) self-exposure and cognitive restructuring; and b) progressive relaxation training] in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. The sample consisted of 20 patients selected according to DSM-III-R criteria. A multigroup experimental design with repeated measures (pretreatment, posttreatment and 1, 3 and 6 follow-up) was used. Most treated patients improved, but the success rate was higher on all measures in the exposure and cognitive restructuring immediately posttreatment and at follow-up. Implications of this study for clinical practice and future research in this field are commented upon.*

**Key-words:** RAPE, CHRONIC POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER, COGNITIVE THERAPY, EXPOSURE, RELAXATION.

## INTRODUCCIÓN

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), el trastorno de estrés postraumático, que se ubica dentro de los trastornos de ansiedad, aparece cuando la persona ha sufrido -o ha sido testigo de- una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona y cuando la respuesta emocional

experimentada implica una reacción intensa de miedo, horror o indefensión. Los síntomas están referidos a la reexperimentación cognitiva y emocional del suceso, a la evitación conductual y cognitiva de lo ocurrido y a la hiperactivación psicofisiológica, así como a una pérdida de interés por las actividades lúdicas y a un cierto embotamiento afectivo para captar y expresar sentimientos de intimidad y de ternura (Foa, Riggs y Gershuny, 1995). Todo ello da como resultado, en último término, un malestar clínico profundo y una interferencia significativa en el funcionamiento social y laboral (Echeburúa, 1995; Echeburúa y Corral, 1995).

Los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) establecen una distinción entre la forma *aguda* o *crónica* del cuadro clínico según la duración de los síntomas. En concreto, el trastorno de estrés postraumático crónico, que es objeto de estudio en este trabajo, requiere una duración de los síntomas superior a 3 meses.

El porcentaje de mujeres que es víctima de una agresión sexual en algún momento de su vida asciende al 15% o 25% de la población femenina. Más del 50% de ellas -e incluso del 70%, según el estudio de Bownes, O'Gorman y Sayers (1991)- experimenta un trastorno de estrés postraumático. Las mujeres violadas constituyen el grupo de población más afectado por este cuadro clínico (Kilpatrick, Saunders, Veronen, Best y Von, 1987; Resnick, Kilpatrick, Best y Kramer, 1992). Además, en el caso concreto del trastorno de estrés postraumático crónico los síntomas no remiten con el transcurso del tiempo. Se requiere, por ello, la puesta a punto de programas de intervención eficaces.

Las técnicas terapéuticas puestas a prueba 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 programa son 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-Dvorak, 1988). Este procedimiento terapéutico se muestra superior a un grupo de control de lista de espera, pero los resultados no son 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 evalúa 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 el estudio mejor controlado publicado hasta la fecha, Foa, Rothbaum, Riggs y Murdock (1991) asignan 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 muestran 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.

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, se han ensayado otras técnicas. En el estudio de 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. Por último, en el estudio más reciente de Resick y Schnicke (1992) se comparan 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 es 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.

En resumen, los tratamientos conductuales, sobre todo aquellos que implican algún tipo de exposición, parecen efectivos en la terapia del trastorno de estrés postraumático, pero no se ha demostrado de forma inequívoca que uno sea superior a otro (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1995; Foa, Rothbaum y Steketee, 1993; Vaughan, Armstrong, Gold, O'Connor, Jenneke y Tarrier, 1994).

Por ello, el principal objetivo de esta investigación es poner a prueba los efectos de un programa terapéutico de exposición y de reevaluación cognitiva y contrastarlo con la relajación, que en este estudio se utiliza como un placebo psicológico. De este modo, se trata de contribuir a la búsqueda del tratamiento de elección para este cuadro clínico.

En la selección del tratamiento elegido se han tomado en cuenta los siguientes criterios: ser una terapia psicológica breve, contar con

una buena fundamentación teórica y no tener una contrastación empírica suficiente en la aplicación de este trastorno.

Con respecto al tipo de medidas utilizadas, se ha diseñado una escala para evaluar específicamente el trastorno de estrés postraumático, similar a la utilizada en algunos otros estudios (Foa *et al.*, 1991; Kusher, Riggs, Foa y Miller, 1992; Resick y Schnicke, 1992). Asimismo se ha recurrido a otros autoinformes para evaluar algunas variables psicopatológicas asociadas con este cuadro clínico (depresión, ansiedad y miedos e inadaptación).

## MÉTODO

### Sujetos

La muestra de pacientes de esta investigación consta de víctimas adultas no recientes de agresiones sexuales que acuden en busca de tratamiento psicológico a los Centros de Asistencia Psicológica de la Mujer del País Vasco (San Sebastián, Bilbao y Vitoria) durante el período comprendido entre abril de 1989 y diciembre de 1993.

Los criterios de admisión al estudio son los siguientes: a) ser mujer y haber sufrido una agresión sexual; b) cumplir los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático del DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) según la entrevista estructurada ADIS-R (DiNardo y Barlow, 1988); c) haber transcurrido después de la agresión un período superior a 3 meses con los síntomas de este cuadro clínico; y d) no padecer una enfermedad orgánica ni un trastorno de conducta graves. Se trata, en último término, de contar con pacientes homogéneas aquejadas de un trastorno de conducta crónico y no afectadas por otros cuadros clínicos.

Una vez realizada la selección previa en las 34 pacientes agredidas sexualmente que acuden al programa terapéutico durante ese período de tiempo, la muestra de las víctimas elegidas queda finalmente constituida por 20 sujetos. Las razones de exclusión del estudio de las 14 mujeres restantes son las siguientes: a) mostrar un trastorno de conducta grave (fundamentalmente, deficiencia mental, esquizofrenia o toxicomanía) ( $N=8$ ); y b) no padecer el trastorno de estrés postraumático ( $N=6$ ).

**TABLA 1.- Características demográficas y variables relacionadas con la agresión sexual en las dos submuestras (víctimas de abuso sexual en la infancia y víctimas de violación)**

	GRUPO A*	GRUPO B*
	(N=9)	(N=11)
	-----	-----
	N (%)	N (%)
<b>EDAD MEDIA</b> (rango)	20 (15-35)	20 (15-41)
<b>ESTADO CIVIL</b> Solteras Casadas Separadas	8 (89%) 1 (11%)	8 (73%) 2 (18%) 1 (9%)
<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b> Estudios primarios F.P. B.U.P./C.O.U. Estudios universitarios	3 (34%) 2 (22%) 2 (22%) 2 (22%)	5 (46%) 1 (9%) 3 (27%) 2 (18%)
<b>TIEMPO MEDIO TRANSCURRIDO DESDE LA AGRESIÓN (en meses)</b> (rango)	114 (12-240)	39 (6-204)
<b>TIPO DE AGRESIÓN</b> Violación consumada Agresión sexual sin penetración	2 (22%) 7 (78%)	8 (73%) 3 (27%)
<b>LESIONES FÍSICAS</b>	---	2 (18%)
<b>UTILIZACIÓN DE ARMAS</b>	---	7 (64%)
<b>RELACIÓN CON EL AGRESOR</b> Conocido Desconocido	9 (100%) ---	3 (27%) 8 (73%)
<b>DENUNCIAS</b>	3 (33%)	5 (45%)
<b>EXPERIENCIA SEXUAL ANTERIOR</b>	---	3 (27%)
Grupo A*: Víctimas de abuso sexual en la infancia Grupo B*: Víctimas de violación en la edad adulta		

En cuanto a las características demográficas y del tipo de agresión más significativas de la muestra seleccionada (*Tabla 1*), las víctimas son chicas jóvenes, con una edad media de 20 años ( $DT=7,09$ ), y, por ello, en su mayor parte solteras y estudiantes. Hay, no obstante, dos subtipos de pacientes: a) las *víctimas de abuso sexual en la infancia* ( $N=9$ ), en las que han transcurrido más de 10 años del suceso traumático, las agresiones sexuales han sido continuadas y sin penetración y los agresores han sido fundamentalmente familiares o personas conocidas; y b) las *víctimas de violación en la vida adulta* ( $N=11$ ), en las que han transcurrido 3 años como media desde el trauma, las violaciones han sido consumadas en la mayoría y los agresores han sido personas desconocidas. El índice de denuncias es bajo en las dos submuestras, pero lo es aún menor en el caso de las mujeres agredidas en la infancia. Las víctimas de agresiones sexuales por personas conocidas tienen una probabilidad menor de denunciar el delito (Echeburúa, Corral, Zubizarreta, Sarasua y Páez, 1993).

**TABLA 2.- Motivos fundamentales de la consulta tardía**

MOTIVOS	N
* Experimentar problemas en el contacto social con hombres y, más en concreto, en la relación afectivo-erótica	7
* Comprobar que los problemas no se resuelven con el paso del tiempo	5
* Verse obligadas a enfrentarse a un juicio	2
* Experimentar cambios importantes en la vida (disolución de la pareja, retirada del apoyo social, etc.)	2
* Dar a conocer el suceso por primera vez	2
* Estar afectadas por fobias	2
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>

Resulta especialmente significativo, desde la perspectiva de las consecuencias psicológicas, que en la casi totalidad de la muestra,



a excepción de 3 casos, la agresión sexual haya constituido la primera experiencia sexual de las víctimas.

No deja de ser sorprendente la búsqueda de ayuda tardía que se da en estas víctimas, que suponen nada menos que el 52% de las pacientes tratadas por los autores en los Centros de Asistencia Psicológica a la Mujer. Los motivos fundamentales de la consulta tardía, similares a los de otros estudios (Stewart, Hughes, Frank, Anderson, Kendal y West, 1987), figuran expuestos en la *Tabla 2*.

### Diseño experimental

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

La asignación de las víctimas a las dos condiciones experimentales se ha realizado de forma aleatoria por orden de llegada a los Centros de Asistencia Psicológica a la Mujer. Asimismo los dos subtipos de víctimas se han distribuido de forma aleatoria a ambas condiciones. Las dos modalidades terapéuticas utilizadas han sido las siguientes: a) autoexposición gradual y reevaluación cognitiva; y b) entrenamiento en relajación progresiva.

En esta investigación no se ha utilizado un grupo de control sin tratamiento o de lista de espera. En primer lugar, porque en las víctimas no recientes de agresiones sexuales los síntomas están localizados y cronificados y la probabilidad de una recuperación espontánea es escasa (Kilpatrick y Calhoun, 1988). En segundo lugar, porque resulta difícil mantener la motivación de las pacientes para someterse a evaluaciones repetidas sin recibir una intervención terapéutica (Becker y Abel, 1981). En tercer lugar, porque la mera aplicación repetida de las medidas de evaluación es de por sí terapéutica y tiende a facilitar una regresión hacia la media (Atkeson, Calhoun, Resick y Ellis, 1982). Y en cuarto lugar, porque el contexto en el que se ha desarrollado esta investigación -los Centros de Asistencia Psicológica a la Mujer dependientes de los Servicios Sociales de Ayuntamientos y Diputaciones- hace inviable

el mantenimiento de las víctimas en un grupo de control sin tratamiento o de lista de espera.

Por ello, el tratamiento puesto a prueba -la autoexposición gradual y la reevaluación cognitiva- se ha contrastado, a modo de grupo de control, con la relajación, que en las víctimas aquejadas de un trastorno de estrés postraumático crónico no es un tratamiento adecuado y funciona, por ello, como un placebo psicológico, que, sin embargo, desde una perspectiva motivacional, permite garantizar la permanencia de las pacientes en el estudio.

## Medidas de evaluación

### *Entrevistas*

Se lleva a cabo una entrevista estructurada basada en la *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático* (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1994), que tiene lugar en todas las evaluaciones y sirve para evaluar los síntomas y la intensidad de este cuadro clínico según los criterios diagnósticos del DSM-III-R (APA, 1987).

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

La existencia del diagnóstico de trastorno de estrés postraumático requiere una puntuación global mínima de 12, con una distribución de 2 puntos en la escala de reexperimentación (se requiere un síntoma), de 6 en la de evitación (se requieren tres síntomas) y de 4 en la de activación (se requieren dos síntomas).

### *Evaluación de otros síntomas psicopatológicos asociados*

Además de las medidas del trastorno de estrés postraumático, se han evaluado otros indicadores psicopatológicos asociados

habitualmente a las agresiones sexuales: los miedos, la ansiedad, la depresión y la inadaptación a la vida cotidiana. Se han utilizado instrumentos que han mostrado ser muy sensibles al cambio terapéutico.

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

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

La escala de ansiedad-rasgo no está incluida en el estudio. Una intervención terapéutica breve no puede tener por objetivo modificar un variable estable de la personalidad.

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

La *Escala de Adaptación* (Echeburúa y Corral, 1987) refleja el grado en que la agresión sexual afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y relación familiar. Este instrumento, con 6 ítems que oscilan de 1

a 6 en una escala de tipo Likert, consta asimismo de una subescala global que refleja el grado de inadaptación global a la vida cotidiana. El rango de la escala total es de 6 a 36 (a mayor puntuación, mayor inadaptación).

### Modalidades terapéuticas

En ambas modalidades, que se presentan en un formato individual, se ofrece inicialmente un apoyo emocional con el objetivo de facilitar la catarsis emocional de la víctima, desarrollar una relación de empatía y, en último término, establecer las bases para llevar a cabo el programa terapéutico.

*Autoexposición gradual y reevaluación cognitiva.* La *exposición* está enfocada a cuatro aspectos fundamentales: a) la recuperación gradual de las actividades evitadas -sociales y lúdicas fundamentalmente- que son reforzantes; b) la exposición a estímulos (por ejemplo, escenas eróticas y/o de violencia en TV) que evocan respuestas de ansiedad y de evitación y que son frecuentes en la vida cotidiana (*cf.* Echeburúa y Corral, 1993); c) la exposición en imaginación a las pesadillas o a los pensamientos intrusivos (si es que los hay) en relación con el acontecimiento traumático hasta que se produce la habituación a los mismos (*cf.* Foa *et al.*, 1993); y d) en el caso de la existencia de disfunciones sexuales, la exposición gradual guiada junto con el entrenamiento de las habilidades específicas requeridas (*cf.* Becker y Skinner, 1983).

La *reevaluación cognitiva* está enfocada, en primer lugar, a la explicación de las reacciones normales ante una agresión sexual y del proceso de adquisición y mantenimiento de los miedos (Foa, Steketee y Rothbaum, 1989). Se trata, en segundo lugar, de modificar los pensamientos negativos asociados a la violación, así como el posible sentimiento de culpa en relación con lo que la víctima pudo haber hecho y no hizo, y de sustituirlos por pensamientos más adaptativos. Y, por último, se resitúa el acontecimiento traumático en sus justas dimensiones y se señalan los aspectos positivos existentes en la nueva situación: el apoyo social obtenido, el descubrimiento de las estrategias de afrontamiento disponibles en situaciones difíciles, las posibilidades de futuro en una persona joven, etc.

*Entrenamiento en relajación progresiva.* Tras unas indicaciones generales acerca del impacto psicológico que se produce como consecuencia de una agresión, la víctima recibe un entrenamiento en la relajación progresiva de Jacobson (según el método propuesto por Bernstein y Borkovec, 1973), con instrucciones de practicarla en casa dos veces al día: una por la noche antes de acostarse y otra en el momento del día deseado por la víctima (por ejemplo, cuando se encuentre más ansiosa).

### **Procedimiento**

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

### **Evaluación**

Se lleva a cabo inicialmente una entrevista de selección. Por razones éticas, las pacientes excluidas del estudio reciben también asistencia terapéutica, pero sin ser incluidas en las modalidades experimentales.

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

### **Tratamiento**

La terapeuta que ha llevado a cabo la evaluación y el tratamiento de todas las pacientes -la tercera firmante de este trabajo- es una

psicóloga clínica con 5 años de experiencia en el tratamiento cognitivo-conductual de víctimas de agresiones sexuales.

Las características generales del procedimiento terapéutico en cada una de las modalidades clínicas figuran expuestas en la *Tabla 3*.

**TABLA 3.- Características de las modalidades terapéuticas**

TIPO DE TRATAMIENTO	MODALIDAD	DURACIÓN EN SEMANAS	NÚMERO DE SESIONES SEMANALES	Nº TOTAL DE HORAS
Autoexposición y reevaluación cognitiva	Individual	6	1	7
Entrenamiento en relajación muscular progresiva	Individual	6	1	4h. y 15 mn.

## RESULTADOS

La muestra total está constituida por 20 pacientes, de las que se asignan 10 a cada una de las dos modalidades terapéuticas. La intensidad del trastorno de estrés postraumático en las víctimas estudiadas es alta. De hecho, la puntuación media en la *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático* es de 32,5 ( $DT=4,97$ ). Desde una perspectiva psicofisiológica, los síntomas más frecuentemente experimentados son la taquicardia (90%), la sudoración (70%) y la respiración entrecortada o la sensación de ahogo (65%); y desde una perspectiva cognitiva, la sensación de irrealidad o de extrañeza respecto a una misma (55%) y el miedo a volverse loca o a perder el control (50%).

Asimismo la puntuación media obtenida en la subescala de temores relacionados con la agresión sexual del *Cuestionario de Miedos* es alta ( $\bar{X}=124,6$ ;  $DT=26,56$ ). Según el análisis de frecuencias efectuado, las situaciones más temidas están relacionadas con la vulnerabilidad a la agresión y con temores de tipo sexual.

En la *Tabla 4* se exponen las conductas-objetivo más frecuentemente seleccionadas para el tratamiento por las pacientes de esta investigación. En general, los objetivos están referidos, por un lado, a la disminución de la irritabilidad y de los miedos asociados a la agresión y, por otro, a la recuperación de las actividades habituales y reforzantes en la vida cotidiana.

**TABLA 4.- Conductas-Objetivo más frecuentemente seleccionadas por las víctimas**

CONDUCTAS-OBJETIVO	N	%
* No estar tan irritable	9	45%
* Eliminar el miedo a la relación social y/o sexual con hombres	7	35%
* No pensar en la agresión	7	35%
* Mejorar la relación con la pareja	5	25%
* Salir sola de noche	5	25%
* No tener pesadillas	4	20%
* Recuperar la satisfacción ante actividades cotidianas	4	20%
* No sentir malestar al hablar sobre la agresión	3	15%

En cuanto a las dos submuestras estudiadas (víctimas de abuso sexual en la infancia y víctimas de violación en la vida adulta), no hay diferencias entre ellas ni en la intensidad del trastorno de estrés postraumático ni en el resto de las variables psicopatológicas (Tabla 5).

**TABLA 5.- Medias (y desviaciones típicas) del trastorno de estrés postraumático y de las demás variables psicopatológicas en las dos submuestras en el pretratamiento**

	GRUPO A* (N=9)		GRUPO B* (N=11)		t
	$\bar{X}$	(D.T.)	$\bar{X}$	(D.T.)	
PUNTUACIÓN GLOBAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (0-51)	33	(4,63)	32,18	(5,43)	0,35 (n.s.)
DEPRESIÓN (BDI) (0-63)	23,38	(7,59)	20,45	(9,11)	0,90 (n.s.)
ANSIEDAD (STAI-E) (0-60)	44,55	(10,12)	46,75	(5,84)	0,60 (n.s.)
MIEDOS (MFS-III) (45-225)	125,88	(23,97)	123,54	(29,63)	0,19 (n.s.)
INADAPTACIÓN GLOBAL (Escala de Adaptación) (1-6)	5,33	(0,86)	4,72	(1,01)	1,42 (n.s.)

\* Grupo A: Víctimas de abuso sexual en la infancia  
\* Grupo B: Víctimas de violación en la edad adulta



### Análisis intergrupar

La distribución de la muestra se ajusta a la curva normal. Los dos grupos terapéuticos son homogéneos antes del tratamiento en relación con los subtipos de víctimas, con las variables demográficas y con las medidas psicopatológicas. En concreto, en la *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático* -medida central del cuadro clínico experimentado-  $t=0,66$  (n.s.). No ha habido abandonos ni rechazos del tratamiento.

En esta investigación se entiende por éxito terapéutico la desaparición del trastorno de estrés postraumático según los criterios diagnósticos del DSM-III-R. Desde una perspectiva categorial, el grupo de autoexposición y de reevaluación cognitiva es claramente superior al grupo de relajación al final del tratamiento y en todos los periodos de seguimiento (*Tabla 6*).

**TABLA 6.- Tasa de éxitos terapéuticos (ausencia del trastorno de estrés postraumático) y resultados de  $\chi^2$**

EVALUACIÓN	Grupo A <sup>1</sup> N=10	Grupo B <sup>2</sup> N=10	$\chi^2$
	----- N (%)	----- N (%)	
Postratamiento	9 (90%)	1 (10%)	12,80 ***
1 mes	10 (100%)	2 (20%)	13,33 ***
3 meses	10 (100%)	4 (40%)	8,57 **
6 meses	10 (100%)	4 (40%)	8,57 **

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

<sup>1</sup>Grupo A: autoexposición y reevaluación cognitiva

<sup>2</sup>Grupo B: entrenamiento en relajación muscular progresiva

**TABLA 7.- Medias (y Desviaciones típicas) de la gravedad global y de los grupos de síntomas del trastorno de estrés postraumático en los distintos momentos de evaluación**

	GRUPO A <sup>1</sup> (N=10)	GRUPO B <sup>2</sup> (N=10)	t
	$\bar{X}$ (D.T.)	$\bar{X}$ (D.T.)	
<b>GRAVEDAD GLOBAL (0-51)</b>			
Pretratamiento	31,8 (4,89)	33,3 ( 5,21)	0,66
Postratamiento	12,0 (5,54)	22,0 ( 7,61)	3,36 **
1 mes	7,6 (1,43)	20,4 (10,67)	3,76 **
3 meses	5,9 (1,85)	19,9 (12,11)	3,61 **
6 meses	5,0 (1,56)	18,5 (10,95)	3,86 **
<b>REEXPERIMENTACIÓN (0-12)</b>			
Pretratamiento	7,4 (2,06)	8 (1,82)	0,69
Postratamiento	3 (1,33)	5,3 (2,00)	3,02 **
1 mes	2 (0,82)	4,5 (2,37)	3,15 **
3 meses	1,8 (0,92)	4,3 (2,16)	3,36 **
6 meses	1,4 (0,70)	4,4 (2,17)	4,29 ***
<b>EVITACIÓN (0-21)</b>			
Pretratamiento	12,1 (3,11)	13,5 (1,51)	1,28
Postratamiento	4,2 (2,48)	9,5 (3,17)	4,16 ***
1 mes	2,9 (1,20)	8,6 (3,40)	4,99 ***
3 meses	2,2 (0,92)	8,3 (5,03)	3,77 **
6 meses	1,8 (0,63)	7,2 (4,26)	3,96 ***
<b>ACTIVACIÓN (0-18)</b>			
Pretratamiento	11,6 (3,06)	11,7 (3,16)	0,07
Postratamiento	4,8 (2,44)	8,4 (4,16)	2,36 *
1 mes	3,3 (1,70)	7,3 (5,23)	2,30 *
3 meses	2,5 (1,58)	7,3 (5,25)	2,77 *
6 meses	1,8 (1,13)	6,8 (5,20)	2,97 **

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

<sup>1</sup>Grupo A: autoexposición y reevaluación cognitiva

<sup>2</sup>Grupo B: entrenamiento en relajación muscular progresiva

TABLA 8.- Medias, desviaciones típicas y valores de t en las variables psicopatológicas

	GRUPO A <sup>1</sup> (N=10)	GRUPO B <sup>2</sup> (N=10)	t
	$\bar{X}$ (D.T.)	$\bar{X}$ (D.T.)	
<b>ANSIEDAD (STAI-E)</b> (0-60)			
Pretratamiento	46,7 (4,78)	44,8 (10,34)	0,53
Postratamiento	17,6 (9,45)	26,5 (15,31)	1,56
1 mes	20,2 (8,27)	23,6 (15,21)	0,62
3 meses	18,9 (10,67)	25 (17,16)	0,95
6 meses	14,9 (8,70)	23,6 (16,92)	1,45
<b>DEPRESIÓN (BDI)</b> (0-63)			
Pretratamiento	23,2 (6,89)	20,8 (9,96)	0,63
Postratamiento	6,2 (3,19)	10,8 (8,90)	1,54
1 mes	7,4 (5,25)	10,8 (8,90)	0,66
3 meses	6,7 (4,83)	11,3 (6,62)	1,77 +
6 meses	5,7 (4,45)	12 (8,38)	2,10 +
<b>MIEDOS (MFS-III)</b> (45-225)			
Pretratamiento	120,7 (15,84)	128,5 (34,71)	0,65
Postratamiento	97 (24,06)	101 (38,70)	0,28
1 mes	98,3 (26,61)	100,4 (34,30)	0,15
3 meses	89,8 (22,42)	99,6 (33,58)	0,77
6 meses	87,6 (20,12)	103 (35,83)	1,18
<b>INADAPTACIÓN GLOBAL</b> (Escala de Adaptación) (1-6)			
Pretratamiento	5,2 (1,03)	4,8 (0,92)	0,91
Postratamiento	2,3 (1,16)	3,3 (1,64)	1,58
1 mes	2,3 (0,82)	3,1 (1,45)	1,52
3 meses	2,1 (1,10)	3,3 (1,89)	1,74 +
6 meses	2 (0,82)	3,4 (1,71)	2,33 *

+ p &lt;0,10 \*\* p&lt;0,01

<sup>1</sup>Grupo A: autoexposición y reevaluación cognitiva<sup>2</sup>Grupo B: entrenamiento en relajación muscular progresiva

Desde una perspectiva dimensional -el grado de intensidad global de los síntomas del trastorno de estrés postraumático-, que permite matizar más que el análisis categorial, hay diferencias significativas en el postratamiento y en todos los seguimientos a favor del grupo de autoexposición y de reevaluación cognitiva tanto en la escala global como en las subescalas específicas de reexperimentación, evitación y activación (*Tabla 7*).

En cuanto a las medidas psicopatológicas (miedos, ansiedad, depresión e inadaptación), el grupo de autoexposición y de reevaluación cognitiva se muestra superior al grupo de relajación en todas las variables, excepto en la ansiedad y en los miedos, en el seguimiento de los 6 meses. Las diferencias en las evaluaciones anteriores no son, sin embargo, significativas (*Tabla 8*).

### **Análisis intragrupal**

En la *Tabla 9* figuran los valores de  $F$  y de  $t$ , referidos a los momentos fundamentales de la evaluación, del ANOVA de medidas repetidas en la gravedad total del trastorno de estrés postraumático y en las otras variables psicopatológicas de los dos grupos. La evaluación de dichas medidas durante todo el tratamiento está representada en la *Figura 1*.

En la gravedad global del trastorno de estrés postraumático se aprecia una clara mejoría entre el pre y el postratamiento en ambas modalidades terapéuticas. Sin embargo, en el grupo de autoexposición y de reevaluación cognitiva esta mejoría continúa aumentando hasta el seguimiento de los 3 meses ( $t=3,61$ ;  $p<0,01$ ), a partir del cual los resultados tienden a estabilizarse; en el grupo de relajación, por el contrario, la mejoría obtenida en el postratamiento se limita a mantenerse.

En cuanto a las variables psicopatológicas (miedos, ansiedad, depresión e inadaptación), la evolución en ambos grupos es similar a la experimentada por el trastorno de estrés postraumático. Es decir, hay una mejoría en los dos grupos en todas las variables entre el pre y el postratamiento, que continúa aumentando en los seguimientos en el caso del grupo de autoexposición y de reevaluación cognitiva y que se limita a mantenerse en el caso del grupo de relajación.

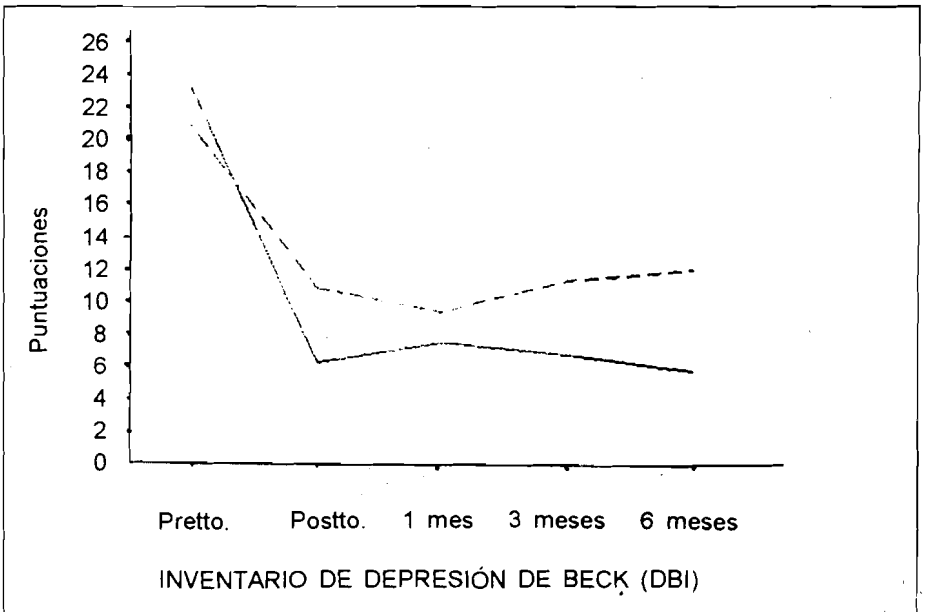
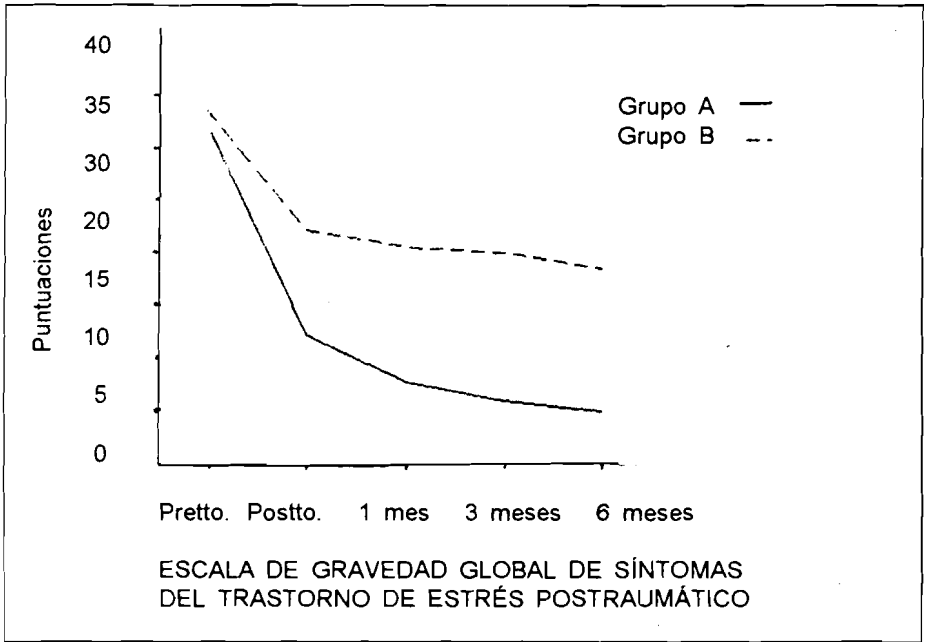
TABLA 9.- Valores de F y de T en el análisis de varianza de medidas repetidas en las variables psicopatológicas

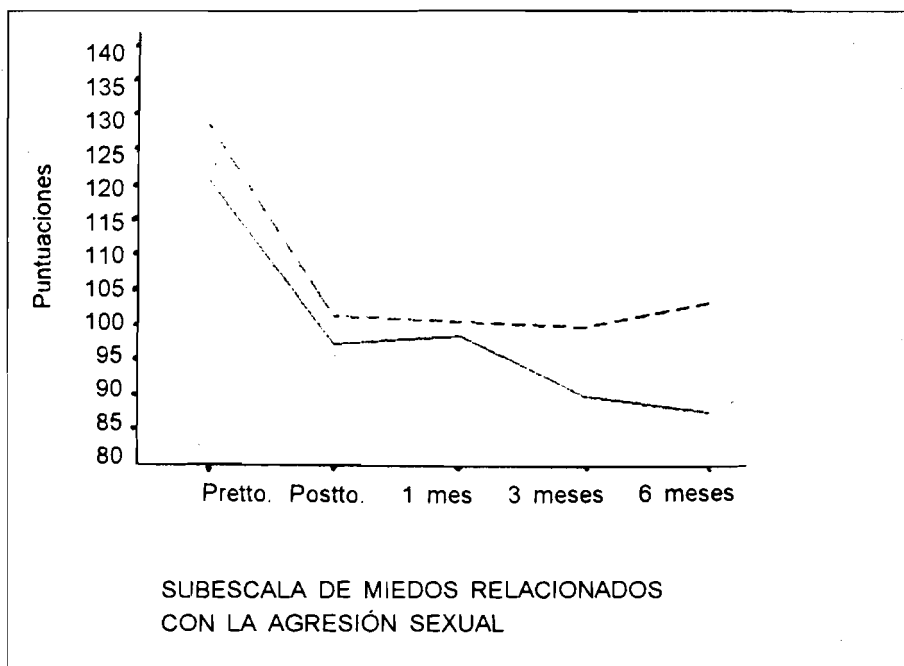
	GRUPO A <sup>1</sup> (N=10)	GRUPO B <sup>2</sup> (N=10)
<b>TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO</b>	F=137,17 *** t -----	F= 15,22 *** t -----
Pre-Post	13,93 ***	7,81 ***
Post-3 meses	3,66 **	0,83
3 meses-6 meses	1,29	1,17
<b>ANSIEDAD (STAI-E)</b>	F=37,84 ***	F=12,53 ***
Pre-Post	8,80 ***	4,52 ***
Post-3 meses	0,42	0,38
3 meses-6 meses	3,14*	0,80
<b>DEPRESIÓN (BDI)</b>	F=29,35 ***	F=7,01 ***
Pre-Post	6,21 ***	3,87 **
Post-3 meses	0,28	0,36
3 meses-6 meses	1,29	0,46
<b>MIEDOS (MFS-III)</b>	F=18,35 ***	F=3,97 **
Pre-Post	4,51 ***	2,27 *
Post-3 meses	1,60	0,12
3 meses-6 meses	0,75	1,68
<b>INADAPTACIÓN GLOBAL (Escala de Adaptación)</b>	F=45,1 ***	F=6,79 ***
Pre-Post	7,66 ***	3,73 **
Post-3 meses	0,68	0,00
3 meses-6 meses	0,36	0,43

\* p &lt;0,05 \*\* p&lt;0,01 \*\*\* p&lt;0,001

<sup>1</sup> Grupo A: autoexposición y reevaluación cognitiva<sup>2</sup> Grupo B: entrenamiento en relajación muscular progresiva

FIGURA 1.- Evolución de las variables psicopatológicas





## CONCLUSIONES

La validez de esta investigación deriva de la equivalencia de los grupos en el pretratamiento en todas las medidas de evaluación y de la coherencia de los resultados obtenidos en las distintas variables medidas, así como de la homogeneidad de la muestra.

Desde una perspectiva psicopatológica, las víctimas de este estudio están aquejadas de un trastorno de estrés postraumático crónico grave, con síntomas psicofisiológicos intensos y con una gran cantidad de temores, relacionados especialmente con la vulnerabilidad a la agresión y con las situaciones sexuales. No hay diferencias, sin embargo, entre las víctimas de violación y las víctimas adultas de abuso sexual continuado en la infancia ni en el trastorno de estrés postraumático ni en el resto de las variables estudiadas. Tal como se demuestra en este estudio -el primero en el

que se hace esta diferenciación-, se trata de dos subtipos de pacientes distintos, pero con un perfil psicopatológico similar. Se justifica, por ello, la aplicación de un mismo programa de intervención clínica.

Se trata de uno de los primeros estudios en que se evalúa el trastorno de estrés postraumático en víctimas no recientes de agresiones sexuales con un seguimiento de 6 meses. En otros estudios se evalúan medidas psicopatológicas indirectas de la violación, como la ansiedad, los miedos o la depresión (por ejemplo, Resick *et al.*, 1988; Veronen y Kilpatrick, 1983), o, en aquellos que sí evalúan el trastorno de estrés postraumático, los seguimientos son demasiado cortos: de 3 meses, por ejemplo, en el estudio de Foa *et al.* (1991). A nuestro modo de ver, en un trastorno de conducta crónico las conclusiones quedan muy limitadas si no se procede a un nivel de seguimiento de, al menos, 6 meses.

En cuanto a la eficacia diferencial de las modalidades terapéuticas, en ambas se observa una mejoría, pero el grupo de autoexposición y de reevaluación cognitiva es claramente superior al de relajación tanto en el postratamiento como en los diferentes seguimientos efectuados en la variable dependiente central, es decir, en el trastorno de estrés postraumático. Respecto al resto de las medidas psicopatológicas, esta superioridad se pone de manifiesto en el seguimiento de los 6 meses. Sólo en las variables de ansiedad y miedos no hay diferencias entre los grupos en ninguna de las evaluaciones, quizá porque en este caso la relajación actúa como un tratamiento activo y no como un mero placebo psicológico. Por otra parte, la efectividad del tratamiento puesto a prueba es independiente del tipo de pacientes tratadas (víctimas adultas de abuso sexual en la infancia o víctimas de violación).

Respecto a la evolución terapéutica, el perfil en ambos grupos se caracteriza por una clara mejoría entre el pre y el postratamiento. Sin embargo, mientras en el grupo de relajación esta mejoría meramente se mantiene en los seguimientos, en el grupo de autoexposición y de reevaluación cognitiva la mejoría continúa hasta el seguimiento de los 3 meses, a partir del cual los resultados tienden a estabilizarse.



El grado de aceptación del tratamiento por parte de las víctimas es alto. De hecho, no ha habido ningún rechazo ni abandono del tratamiento. Sin embargo, en otro tipo de pacientes aquejados del trastorno de estrés postraumático crónico (por ejemplo, en ex combatientes) la tasa de rechazos y abandonos -el 39% en el estudio de Albuquerque (1992)- es alto.

Cabe, por tanto, concluir que el tratamiento cognitivo-conductual puesto a prueba se ha mostrado efectivo, con una tasa de éxitos del 100% a los 6 meses de seguimiento, y que esta efectividad va más allá de los efectos inespecíficos del tratamiento. La eficacia de la relajación, con una tasa de éxitos del 10% en el postratamiento y del 40% en el seguimiento de los 6 meses, se puede relacionar con los efectos inespecíficos de la terapia -la catarsis emocional y la relación terapeuta-paciente especialmente- y con la utilización continuada de esta técnica como estrategia de afrontamiento en los problemas de ansiedad de la vida cotidiana.

A diferencia del estudio de Foa *et al.* (1991), la exposición está referida a los estímulos evitados y a los pensamientos intrusivos más que a los recuerdos traumáticos. Desde nuestro punto de vista, lo inadaptable en la mayor parte de estas 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.

Quedan aún, sin embargo, algunas incógnitas por resolver. Si bien el tratamiento de autoexposición y de reevaluación cognitiva se ha mostrado como un programa de intervención efectivo, no se ha comparado con otras modalidades terapéuticas, como el entrenamiento en inoculación de estrés, la desensibilización sistemática o el entrenamiento asertivo, que han conseguido ciertos resultados positivos con víctimas no recientes. Sólo así se podrá determinar cuál es el tratamiento de elección (*cf.* Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1990; Foa *et al.*, 1993). Por otra parte, no se conoce aún el peso específico de cada uno de los componentes de este programa. Conviene, por ello, replicar los resultados con una muestra más amplia de víctimas y con más grupos que permitan dar respuesta a estos interrogantes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Albuquerque, A. (1992). Tratamiento del estrés postraumático en ex combatientes. En E. Echeburúa (ed.). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid. Pirámide.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd. ed. rev.)*. Washington, DC. Author.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. ed.)*. Washington, DC. Author.
- Atkeson, B.M., Calhoun, K.S., Resick, P.A. y Ellis, E.M. (1982). Victims of rape: Repeated assessment of depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *50*, 96-102.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561-571.
- Becker, J.V. y Abel, G.G. (1981). Behavioral treatment of victims of sexual assault. En S.H. Turner, K.S. Calhoun y H.E. Adams (eds.). *Handbook of clinical behavior therapy*. New York. Wiley.
- Becker, J.V. y Skinner, L.J. (1983). Assessment and treatment of rape related sexual dysfunctions. *The Clinical Psychologist*, *36*, 102-105.
- Bernstein, D.A. y Borkovec, T.D. (1973). *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*. Champaign. Research Press.
- Bowen, I.T., O'Gorman, E.C. y Sayers, A. (1991). Assault characteristics and posttraumatic stress disorder in rape victims. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *83*, 27-30.
- Corral, P., Echeburúa, E., 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.
- DiNardo, P.A. y Barlow, D.H. (1988). *Anxiety disorders interview schedule-revised (ADIS-R)*. Phobic and Anxiety Disorders Clinic, 1535 Western Avenue, Albany, New York 12203.
- Echeburúa, E. (1995). Tratamiento de las víctimas de agresiones sexuales. En F.J. Labrador (ed.). *Guía de la sexualidad*. Madrid. Espasa-Calpe.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). *Escala de Adaptación*. Manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1993). Técnicas de exposición: variantes y aplicaciones. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (eds.). *Manual práctico de modificación y terapia de conducta*. Madrid. Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A.

- Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.). *Manual de psicopatología*. Madrid. McGraw-Hill.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1990). Tratamiento psicológico del estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales: una revisión. *Análisis y Modificación de Conducta*, **16**, 417-437.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y Sauca, D. (1994). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático. En E. Echeburúa (ed.). *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.
- 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., Zubizarreta, I., Sarasua, B. y Páez, D. (1993). Estrés postraumático, expresión emocional y apoyo social en víctimas de agresiones sexuales. En D. Páez (ed.). *Salud, expresión y represión social de las emociones*. Valencia. Promolibro.
- Foa, E.B., Rothbaum, O.B., Riggs, D.S. y Murdock, T.R. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims. A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **59**, 715-723.
- Foa, E.B., Riggs, D.S. y Gershuny, B.S. (1995). Arousal, Numbing, and Intrusion: Symptom Structure of PTSD Following Assault. *American Journal of Psychiatry*, **152**, 116-120.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O. y Steketee, G.S. (1993). Treatment of rape victims. *Journal of Interpersonal Violence*, **8**, 256-276.
- Foa, E.B., Steketee, G. y Rothbaum, O.B. (1989). Behavioral cognitive conceptualization of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, **20**, 155-176.
- Frank, E., Anderson, B., Stewart, B.D., Dancu, C., Hughes, C. y West, D. (1988). Efficacy of cognitive behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. *Behavior Therapy*, **19**, 403-419.
- Kilpatrick, D.G. y Calhoun, K.S. (1988). Early behavioral treatment for rape trauma: efficacy or artifact. *Behavior Therapy*, **19**, 421-427.
- Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E., Veronen, L.J., Best, C.L. y Von, J.M. (1987). Criminal victimization: Lifetime prevalence, reporting to police and psychological impact. *Crime and Delinquency*, **33**, 479-489.
- Kilpatrick, D.G. y Veronen, L.J. (1984). *Treatment of fear and anxiety in victims of rape*. Final report, Grant nº R01 MH29602. Rockville, MD. National Institute of Mental Health.
- Kusher, M.G., Riggs, D.S., Foa, E.B. y Miller, S.M. (1992). Perceived controllability and development of posttraumatic stress disorder in crime victims. *Behaviour Research and Therapy*, **31**, 105-110.

- Resick, P.A., 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, N.K. (1992). Cognitive processing for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **60**, 748-756.
- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Best, C.L. y Kramer, T.L. (1992). Vulnerability-stress factors in development of posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **180**, 424-430.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press.
- 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., Jenneke, 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. (1980). Self-reported fears of rape victims: A preliminary investigation. *Behavior Modification*, **4**, 383-396.
- Veronen, L.J. y Kilpatrick, D.G. (1983). Stress management for rape victims. En D. Meichenbaum y M.E. Jaremko (eds.). *Stress reduction and prevention*. New York. Plenum Press.
- Wolpe, J. y Lang, P.J. (1964). A fear survey schedule for use in behavior therapy. *Behaviour Research and Therapy*, **2**, 27-30.