



1997, 3(2-3), 249-264

AVANCES EN EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Enrique Echeburúa* y Paz de Corral

Universidad del País Vasco

Resumen: En este artículo se lleva a cabo una revisión bibliográfica sobre el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés posttraumático. Se toman en consideración dos aspectos: los diferentes tipos de víctimas (de agresiones sexuales, de accidentes y de catástrofes naturales) y las diversas modalidades terapéuticas (exposición, desensibilización por medio del movimiento ocular y reprocesamiento, y técnicas de control de la ansiedad). Se comentan las implicaciones de esta revisión para la práctica clínica y para las investigaciones futuras en este campo.

Palabras Clave: Trastorno de estrés posttraumático, Tratamiento cognitivo-conductual, Víctimas de agresiones sexuales, Catástrofes naturales, Accidentes de coche.

Abstract: This paper deals with a review of the literature on cognitive-behavioral treatment for post-traumatic stress disorder. Addresses 2 issues: different types of victims (rape victims as well as victims of natural disasters and motor vehicle accidents) and different sets of treatments (exposure based procedures, eye movement desensitization and reprocessing, and anxiety management techniques). The relevance of this review for clinical practice and future research in this field is commented upon.

Key words: Post-traumatic stress disorder, Cognitive-behavioral treatment, Rape victims, Natural disasters, Motor vehicle accidents.

Title: *Cognitive-behavioral therapy for post-traumatic stress disorder*

Introducción

Las personas que experimentan bruscamente sucesos aversivos no habituales, como los efectos de la guerra (Albuquerque, 1992), las agresiones sexuales (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1995), los accidentes (Alario, 1993; Blanchard, Hickling, Taylor y Loos, 1996) o las catástrofes (Hodgkinson, Joseph, Yule y Williams, 1995; Hodgkinson y Stewart, 1991), pueden sufrir el trastorno de estrés posttraumático. Asimismo la victimización -el hecho de ser víctima de un delito- puede causar

unas repercusiones psicológicas muy negativas en la estabilidad emocional de las personas afectadas, especialmente en el caso de las víctimas de violación y de maltrato. De hecho, el desarrollo del estrés posttraumático como consecuencia de cualquier delito lo experimenta el 25 por 100 de todas las víctimas, pero este porcentaje puede ascender hasta el 50-60 por 100 en el caso de las mujeres agredidas sexualmente o maltratadas en el hogar (Echeburúa y Corral, 1995; Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997).

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), el trastorno de estrés posttraumático aparece cuando la persona ha sufrido -o ha sido testigo de- una agresión física o una amenaza para la vida

* Dirigir la correspondencia a: Dr. Enrique Echeburúa. Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, Avda. de Tolosa, 70, 20009 San Sebastián

© Copyright 1997: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*
Artículo recibido: 13-7-97

de uno mismo o de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión. Hay tres aspectos nucleares característicos de este cuadro clínico. En primer lugar, las víctimas suelen revivir intensamente la agresión sufrida o la experiencia vivida en forma de pesadillas y de imágenes y recuerdos constantes e involuntarios. En segundo lugar, los pacientes

tienden a evitar o escaparse de los lugares o situaciones asociados al hecho traumático e incluso rechazan pensar voluntariamente y dialogar con sus seres queridos sobre lo ocurrido. Y en tercer lugar, las víctimas muestran una respuesta de alarma exagerada, que se manifiesta en dificultades de concentración, en irritabilidad y, especialmente, en problemas para conciliar el sueño (Tabla 1).

Tabla 1. Criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático en el DSM-IV (*American Psychiatric Association, 1994*)

<p>A. La persona ha estado expuesta a un suceso traumático en el que concurren las siguientes circunstancias:</p> <p>(1) La persona ha experimentado, ha sido testigo o se ha enfrentado a un(os) suceso(s) que implica(n) la muerte, la amenaza de muerte, una herida grave o un riesgo a la integridad física de uno mismo o de otras personas.</p> <p>(2) La reacción de la persona lleva consigo respuestas intensas de miedo, de indefensión o de horror.</p> <p>B. El acontecimiento traumático se reexperimenta persistentemente por lo menos en una de las formas siguientes:</p> <p>(1) recuerdos desagradables, recurrentes e intrusivos del suceso, que incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.</p> <p>(2) sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso.</p> <p>(3) conductas o sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo.</p> <p>(4) malestar psicológico intenso cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.</p> <p>(5) reactividad fisiológica cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.</p> <p>C. Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y falta de capacidad general de respuesta (no existente antes del trauma), que se ponen de manifiesto en, al menos, tres de los siguientes fenómenos:</p> <p>(1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados con el trauma.</p> <p>(2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que provocan el recuerdo del trauma.</p> <p>(3) incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma.</p>

Tabla 1. Continuación

<p>(4) disminución marcada del interés o de la participación en actividades significativas.</p> <p>(5) sensación de distanciamiento o de extrañamiento respecto a los demás.</p> <p>(6) limitación en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapacidad de enamorarse)</p> <p>(7) sensación de acortamiento del futuro (por ejemplo, no se confía en realizar una carrera, casarse, tener hijos o vivir una vida larga).</p> <p>D. Síntomas persistentes de hiperactivación (no existentes antes del trauma), que se ponen de manifiesto en, al menos, dos de los siguientes fenómenos:</p> <p>(1) dificultad para conciliar o mantener el sueño.</p> <p>(2) irritabilidad o explosiones de ira.</p> <p>(3) dificultades de concentración.</p> <p>(4) hipervigilancia.</p> <p>(5) respuesta de alarma exagerada.</p> <p>E. La duración del trastorno descrito en los apartados B, C y D es superior a un mes.</p> <p>F. El trastorno ocasiona un malestar clínico o es causa de una alteración significativa en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes de la vida.</p>
--

Todo ello lleva a una interferencia significativa en el funcionamiento social y laboral, a una pérdida de interés por lo que anteriormente resultaba atractivo desde el punto de vista lúdico e interpersonal y -lo que supone una limitación muy importante- a un cierto embotamiento afectivo para recibir y expresar sentimientos de intimidad y ternura (Davidson y Foa, 1991; Foa, Riggs y Gershuny, 1995; Resnick, Falsetti, Kilpatrick y Freedy, 1996).

Se trata de un cuadro clínico que aparece en sujetos que han sido víctimas de catástrofes -inundaciones, terremotos, etc.-, de accidentes -incendios, choques de trenes, etc.- o de agresiones causadas intencionadamente por otras personas (violacio-

nes, secuestros, maltrato familiar, asesinato de seres queridos, etc.). Algunos de estos factores ocasionan el trastorno con mucha mayor frecuencia -los secuestros o las agresiones sexuales-, mientras que otros lo producen sólo ocasionalmente -los desastres naturales o los accidentes de tráfico-. En general, el trastorno tiende a ser más grave y duradero cuando el suceso sufrido es más intenso y cuando las causas son obra del ser humano y no meramente accidentales: la percepción de incontrolabilidad es mucho mayor en estos casos (Echeburúa y Corral, 1995; Foa, Zinbarg y Rothbaum, 1992).

Más allá de las reacciones inmediatas -malestar generalizado, aislamiento, pérdida

de apetito, insomnio, etc.-, que tienden a remitir a las pocas semanas, las víctimas pueden experimentar síntomas de ansiedad y de depresión, con una pérdida de autoestima y una cierta desconfianza en los recursos propios para encauzar la vida futura. Los sentimientos de culpa existentes derivan de la atribución sesgada de lo ocurrido a los errores cometidos por la víctima o a la omisión de las conductas adecuadas. Esta autoinculpación puede dañar seriamente la autoestima de los pacientes y dificultar la readaptación emocional posterior (Foa y Riggs, 1994).

En cuanto a las relaciones interpersonales, son frecuentes las conductas evitativas, el déficit en la expresión de sentimientos de intimidad y de ternura y las alteraciones sexuales, sobre todo la pérdida del deseo erótico. Todo ello puede llevar a una reducción de la actividad social y lúdica de los sujetos y, en último término, a una capacidad disminuida para disfrutar de la vida.

A diferencia de otras reacciones psicológicas ante situaciones de duelo -revés económico, desengaño amoroso, pérdida de un ser querido, etc.-, el trastorno de estrés postraumático no remite espontáneamente con el transcurso del tiempo y tiende a cronificarse. De hecho, en el ámbito de las agresiones sexuales sólo un 20 por 100 de las víctimas no muestra ningún síntoma un año después de la agresión (Corral, Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta, 1992).

En este trabajo se hace una revisión de los aspectos terapéuticos del trastorno de estrés postraumático en dos tipos de pacientes: las víctimas de agresiones sexuales, por un lado, y los accidentados de tráfico y los supervivientes de catástrofes, por otro. Se han excluido los ex combatientes -el grupo más estudiado-, porque se trata de un problema no significativo en nuestro país, y las mujeres maltratadas, porque la violencia en el hogar presenta unas connota-

ciones psicopatológicas y de intervención psicosocial que exceden del ámbito del mero trastorno de estrés postraumático (cfr. Echeburúa et al., 1997a).

Los grupos de población estudiados, excluidos los ex combatientes y las mujeres maltratadas, son los más afectados por este cuadro clínico, los que mayor demanda terapéutica generan y los únicos que hasta la fecha han sido investigados más sistemáticamente.

Trastorno de estrés postraumático en diferentes tipos de víctimas: aspectos comunes y aspectos diferenciales

Hay un perfil diferencial de este cuadro clínico en las personas agredidas sexualmente en comparación con los ex combatientes. La probabilidad de experimentar el trastorno es mayor en las mujeres violadas que en las personas que han sufrido los efectos de la guerra porque el suceso traumático se produce con frecuencia en un ambiente seguro -casa, lugar de trabajo, portal, etc.-, en el que la víctima se desenvuelve en su vida normal. Los ex combatientes, por el contrario, al no estar ya en el entorno bélico, no se van a volver a exponer a esa situación de estrés. Por ello, el temor a volver a experimentar el suceso es mayor en las víctimas de agresiones sexuales.

Desde una perspectiva comparativa, el aumento de la activación psicofisiológica desempeña un papel especialmente significativo en el ámbito de las violaciones, que suelen ocurrir en el medio habitual de la víctima y a manos frecuentemente de personas conocidas. Por ello, la hiperactivación funciona como una respuesta adaptativa ante el temor de experimentar una

nueva agresión en la vida cotidiana. Las pesadillas, por el contrario, ocupan un lugar relativamente secundario, quizá porque la mayor parte de las víctimas -con la excepción de los casos de abuso sexual en la infancia- ha estado sólo en una ocasión en contacto con el estímulo aversivo.

Sin embargo, el prototipo de estrés posttraumático de los ex combatientes está caracterizado por la apatía -el aumento de activación no es en este caso una respuesta adaptativa, ya que se encuentran lejos del escenario de guerra- y por un gran número de pesadillas, explicables probablemente por el contacto duradero con los estímulos aversivos (Albuquerque, 1992). Asimismo las amnesias selectivas, los fenómenos disociativos -la atribución de los síntomas a circunstancias ajenas al trauma- y las complicaciones asociadas a este cuadro clínico -depresión, alcoholismo, explosiones de violencia, etc.- son mucho más frecuentes entre los ex combatientes que en las víctimas de agresiones sexuales. La existencia de los fenómenos disociativos puede explicarse por los sentimientos de vergüenza y/o de culpabilidad experimentados y por la tendencia a olvidar acontecimientos desagradables, así como, en algunos casos, por una percepción insuficiente o deformada de lo ocurrido.

El perfil del estrés posttraumático en los accidentados de coche se caracteriza más por la presencia de síntomas de reexperimentación y de hiperactivación y menos por las conductas de evitación (Hickling y Blanchard, 1997). A su vez, en las víctimas de terrorismo hay una sobrerrepresentación de pensamientos intrusivos, así como una tendencia al aislamiento y a las dificultades de adaptación a la vida familiar y laboral (Trappler y Friedman, 1996).

No todos los pacientes aquejados de este cuadro clínico, sea cual sea el agente estresor, experimentan el trastorno de estrés posttraumático ni tampoco lo sufren con la misma intensidad. La reacción

misma intensidad. La reacción psicológica ante la situación vivida depende, entre otras variables, de la intensidad del trauma, de las circunstancias del suceso, de la edad, del historial de agresiones previas, de la estabilidad emocional anterior, de los recursos psicológicos propios, de la autoestima, del apoyo social y familiar y de las relaciones afectivas actuales. Todos estos elementos interactúan de forma variable en cada caso y configuran las diferencias individuales que se constatan entre las víctimas de un mismo hecho traumático (Echeburúa, Corral y Amor, 1997).

Este cuadro clínico requiere una evaluación cuidadosa. La naturaleza misma de los síntomas -especialmente la evitación por parte del paciente de cualquier estímulo o referencia asociados al trauma experimentado-, así como la existencia de fenómenos disociativos, pueden inducir al clínico a no ver la conexión entre los síntomas pasados y presentes -ansiedad, depresión, irritabilidad, consumo abusivo de alcohol, etc.- y la experiencia del trauma y, en último término, a no ofrecer el tratamiento adecuado. De hecho, en el estudio de Albuquerque (1992) la mitad de los pacientes habían sido diagnosticados equivocadamente con otras etiquetas psiquiátricas.

Tratamiento del trastorno de estrés posttraumático

Los procedimientos aplicados en el tratamiento del trastorno de estrés posttraumático han sido, fundamentalmente, la terapia de exposición, en la que el paciente debe enfrentarse a las situaciones temidas (o, en algunos casos, a las imágenes de las mismas) sin escaparse de ellas (Foa, Rothbaum y Steketee, 1993; Rothbaum y Foa, 1996; Foa, Rothbaum y Molnar, 1995), y el entrenamiento en control de la ansiedad, en el

que se enseña al paciente una serie de habilidades conductuales (relajación, exposición) y cognitivas (autoinstrucciones, distracción, control de la ira) para hacer frente a la ansiedad en la vida cotidiana (Keane, Zimering y Caddell, 1985).

Una variante de la exposición es la desensibilización por medio del movimiento ocular y el reprocesamiento (Shapiro, 1995), que consta de dos componentes: exposición en imaginación y movimientos sacádicos (rápidos y rítmicos) de los ojos. Se trata de hacerle recordar al sujeto los pensamientos traumáticos al tiempo que, con la cabeza inmóvil, sigue con la vista los movimientos laterales, repetidos en diferentes secuencias de 10 a 25 veces, del dedo del terapeuta, que está situado a 30 cm de su cara y que recorre todo el arco visual del sujeto. El tratamiento consta de 3/5 sesiones de 90 minutos de duración.

Las bases teóricas de esta técnica son, sin embargo, confusas y poco consistentes. No hay una evidencia clara de la eficacia de esta técnica más allá del componente de exposición que implica (Acierno, Hersen, Van Hasselt y Tremont, 1994; Frueh, Turner y Beidel, 1995; Lohr, Kleinknecht, Tolin y Barrett, 1995).

El lector puede encontrar una explicación detallada de las técnicas de exposición aplicadas a los pensamientos traumáticos en Echeburúa y Corral (1997).

Víctimas de agresiones sexuales

De un 15 a un 25 por 100 de mujeres es objeto de una agresión sexual en algún momento de su vida; de entre ellas, más del 50 por 100 experimenta un trastorno de estrés postraumático (Foa y Riggs, 1994; Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock et al., 1992). Es, sin duda, el grupo de población más afectado por este cuadro clínico.

a) Víctimas recientes

El objetivo terapéutico con las víctimas recientes es evitar la cronificación del trastorno de estrés postraumático. Se trata de programas de tratamiento más bien breves, entre otras razones porque el malestar general de las víctimas dificulta la programación de un tratamiento largo y sistematizado.

El grupo de Kilpatrick (Kilpatrick y Veronen, 1983) ha elaborado un programa de intervención cognitivo-conductual breve, con una duración de 4 a 6 horas en 2 sesiones, basado en los siguientes puntos: abreactión (catarsis emocional), explicación de las respuestas de miedo y ansiedad según la teoría del aprendizaje, reestructuración cognitiva de los sentimientos de culpa y enseñanza de habilidades de afrontamiento (conductas asertivas, relajación, autoinstrucciones, etc.) para reanudar la vida cotidiana y hacer frente a los problemas más inmediatos. Los resultados obtenidos con este programa en 10 víctimas recientes de agresiones sexuales no han sido superiores a un grupo de control del mismo tipo de víctimas sin tratamiento. El seguimiento en este estudio ha sido muy breve (3 meses) y los resultados han resultado inconcluyentes.

En el estudio de Frank, Anderson, Stewart, Dancu, Hughes y West (1988) se han asignado 42 víctimas de violación, en las cuatro primeras semanas tras la agresión, a un grupo de desensibilización sistemática o a un grupo de terapia cognitiva basada en el modelo de Beck. En ambos grupos ha habido una mejoría significativa, sin diferencias entre ellos. No se ha controlado, sin embargo, el efecto del mero paso del tiempo, que puede ser una variable significativa. De hecho, suele producirse una mejoría sustancial entre el 1er. y el 3er. mes después de la agresión sexual en víc-

timas no tratadas (Kilpatrick, Veronen y Resick, 1979).

Foa, Hearst-Ikeda y Perry (1995) han diseñado un programa de intervención cognitivo-conductual breve (4 sesiones de 2 horas con una periodicidad semanal) con víctimas muy recientes, cuando todavía no se puede diagnosticar el trastorno de estrés postraumático, orientado a la prevención de este cuadro clínico. Se trata, por tanto, de un tratamiento más preventivo que terapéutico. Los componentes de este programa son los siguientes: información sobre las reacciones psicológicas normales tras una agresión; entrenamiento en relajación y respiración; exposición en imaginación a los recuerdos de la violación; exposición in vivo a las situaciones evitadas que no entrañan riesgo; y reestructuración cognitiva en relación con las creencias irracionales sobre la peligrosidad del mundo y la carencia de control sobre los hechos que ocurren a las personas. Comparado un grupo

de 10 víctimas sometidas a este tratamiento con un grupo de control sin terapia, los resultados fueron claramente superiores en el primer grupo: sólo un 10% de las víctimas desarrolló el trastorno de estrés postraumático frente al 70% del grupo de control. El seguimiento en este estudio es más bien breve (5,5 meses).

En el estudio de Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta (1996) se evalúa por vez primera un programa de intervención en víctimas de agresiones sexuales recientes aquejadas de trastorno de estrés postraumático agudo y con un seguimiento a largo plazo (1 año). El tratamiento propuesto consta de 5 sesiones individuales de 1 hora de duración durante 5 semanas e incluye los siguientes puntos: expresión y apoyo emocional, reevaluación cognitiva y entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento (Tabla 2). La terapeuta es una psicóloga clínica.

Tabla 2. Tratamiento psicológico de las víctimas recientes de agresiones sexuales.

1.	Expresión y apoyo emocional
2.	Reevaluación cognitiva
3.	Entrenamiento en habilidades de afrontamiento
	a) Relajación y respiraciones profundas.
	b) Habilidades de afrontamiento en situaciones específicas:
	• Asertividad ante la policía y el juez.
	• Comunicación de la confianza al entorno íntimo de la víctima.
	• Recuperación de las actividades cotidianas.
	c) Superación de los pensamientos intrusivos:
	• Parada de pensamiento y aserción encubierta.
	• Técnicas de distracción cognitiva.

Comparado este programa aplicado a un grupo de 10 víctimas con un procedimiento de relajación aplicado a otro grupo similar,

los resultados en el seguimiento de los 12 meses fueron satisfactorios en ambos (desaparición del trastorno de estrés postraumá-

tico en el 100% de las víctimas en el primer caso y del 80% en el segundo), sin diferencias significativas entre uno y otro. Sin embargo, desde una perspectiva dimensional, el programa amplio resultó superior en este mismo seguimiento en la reducción de los síntomas del trastorno de estrés posttraumático, pero no en el resto de las medidas psicopatológicas (miedos, ansiedad, depresión e inadaptación).

b) *Víctimas no recientes*

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 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 posttraumático 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 Marhofer, 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 posttraumático 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 posttraumático 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 posttraumático (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 et al., 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 et al., 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.

Tabla 3. Tratamiento psicológico de las víctimas adultas de abusos sexuales en la infancia.

1.	Expresión y apoyo emocional
2.	Reevaluación cognitiva
3.	Técnicas de exposición
	a) Exposición a estímulos evocadores de ansiedad y evitación en la vida cotidiana.
	b) Exposición gradual a actividades evitadas y gratificantes.
	c) Exposición en imaginación a las pesadillas por medio de la grabación en cinta o de la escritura repetida de las mismas.
	d) Exposición gradual a las conductas sexuales evitadas.

Por último, en el estudio más reciente del grupo de Echeburúa (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1997; Corral, Echeburúa, Zubizarreta y Sarasua, 1995) - 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 (Tabla 3). 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 cons-

tado 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.

Una descripción detallada del protocolo de evaluación y de tratamiento utilizado por los autores figura en Echeburúa et al. (1995).

Otro tipo de víctimas

El trastorno de estrés postraumático ha sido estudiado en ex combatientes y en víctimas de agresiones sexuales, pero recientemente ha comenzado a estudiarse, sobre todo desde una perspectiva terapéutica, en supervivientes de catástrofes y de accidentes de tráfico e incluso, al hilo de la nueva definición ampliada del DSM-IV, en pacientes diagnosticados de cáncer (Alter, Axelrod, Harris, Grobois et al., 1996) o en personas que han sufrido un secuestro (Dominguez-Fernández y Garcés-Ferrer, 1991) o han sido víctimas de torturas (Basoglu y Paker, 1995) o de terrorismo (McFarlane, 1992; Trappler y Friedman, 1996).

En los apartados siguientes se va a hacer referencia en concreto a dos tipos de víctimas que están mejor estudiadas y que más ayuda terapéutica solicitan: los accidentados de tráfico y los supervivientes de catástrofes.

a) Víctimas de accidentes de tráfico

Las secuelas psicológicas de un accidente de tráfico pueden implicar dolores de cabeza, depresión y, especialmente, trastornos de ansiedad: fobia a los accidentes y trastorno de estrés postraumático (Taylor y

Koch, 1995). Este último cuadro clínico no es tan frecuente en personas que han sufrido un accidente de tráfico como en otro tipo de víctimas, pero puede afectar hasta el 29% de los sujetos implicados en accidentes graves (Blanchard, Hickling, Taylor, Forneris et al., 1995; Bryant y Harvey, 1995). El perfil más habitual es el subsíndrome del trastorno de estrés postraumático, caracterizado en estos casos por síntomas de reexperimentación y de hiperactivación, pero con un menor número de síntomas de evitación y de embotamiento afectivo (Blanchard, Hickling, Taylor, Loos y Gerardi, 1994).

Lo que permite predecir el padecimiento de este cuadro clínico en personas accidentadas, que se puede medir a través de escalas específicas (Kuch, Cox y Drenfeld, 1995), son los antecedentes de depresión clínica, el miedo a morir en el accidente, el alcance de las heridas sufridas y el estar implicado en reclamaciones judiciales (Blanchard, Hickling, Taylor, Loos et al., 1996). Por otra parte, de una forma más específica, un estilo de afrontamiento evitador es el principal predictor de síntomas postraumáticos intrusivos (Bryant y Harvey, 1995), como también ocurre en ex combatientes (Schwartz y Kowalski, 1992).

Como en el caso de los ex combatientes y las víctimas de agresiones sexuales, las técnicas terapéuticas más utilizadas han sido el entrenamiento en relajación y, en especial, la exposición en imaginación a los recuerdos traumáticos y la autoexposición gradual en vivo a las conductas evitadas. Con este enfoque se ha conseguido una reducción de la ansiedad y de la evitación fóbica, así como una mejoría en las pesadillas experimentadas, que se ha mantenido con el transcurso del tiempo (McCaffrey y Fairbank, 1985; McMillan, 1991). La reestructuración cognitiva puede ser un tratamiento complementario que contribuya a reevaluar los estímulos relacionados con la

circulación como menos amenazantes de lo que en realidad se perciben (Taylor y Koch, 1995).

A modo de ejemplo, en los estudios de casos de Blonstein (1988) y de Horton (1993) se ha recurrido a la exposición en imaginación -descripción en cinta magnetofónica de los escenarios de la conducción evocadores de ansiedad- y a la autoexposición en vivo, consistente en conducir repetidamente por el lugar del accidente. Por otra parte, Horne (1993) ha ido más allá de este tratamiento al complementar la terapia de exposición con la reestructuración cognitiva para la depresión secundaria al accidente.

Más recientemente Hickling y Blanchard (1997) han diseñado un manual protocolizado de tratamiento breve (9 a 12 sesiones) basado en estas mismas técnicas para hacer frente al trastorno de estrés posttraumático derivado de los accidentes de circulación.

b) *Supervivientes de catástrofes*

El trastorno de estrés posttraumático, que presenta una alta comorbilidad con la depresión e incluso con el consumo abusivo de alcohol (Joseph, Yule, Williams y Hodgkinson, 1993), puede afectar del 15% al 30% de los supervivientes de catástrofes (Kaiser, Sattler, Bellack y Dersin, 1996; McFarlane, 1988a; McFarlane y Papay, 1992). No hay, sin embargo, una relación lineal entre la intensidad del suceso o la cantidad de las pérdidas y la respuesta de estrés. Más bien lo que resulta predictivo de este cuadro clínico son, por una parte, algunas dimensiones de personalidad -la introversión y el neuroticismo especialmente-, las alteraciones psicopatológicas previas (depresión, pensamientos intrusivos, etc.) y una historia familiar de trastornos psiquiátricos; por otra, un grado de apoyo social insuficiente (Madakasira y

O'Brien, 1987; McFarlane, 1988b; Nolen y Morrow, 1991).

Una alternativa terapéutica utilizada ha sido la verbalización de los sentimientos en el contexto de un grupo de apoyo, con los siguientes objetivos: indicar las reacciones psicológicas normales ante una catástrofe, facilitar la expresión de las emociones, compartir el duelo y propiciar la normalización de las conductas cotidianas. Con este enfoque, llevado a cabo recientemente con los supervivientes del huracán Iniki en las islas Hawai, se han conseguido reducir los pensamientos intrusivos (Chemtob, Tomas y Cremniter, 1997).

Asimismo la terapia cognitiva se ha utilizado para aumentar la percepción de control y de predicción de la conducta (Abueg, Drescher y Kubany, 1994).

La intervención psicosocial temprana en las catástrofes contribuye a reducir el impacto psicológico y a evitar la cronificación del trastorno de estrés posttraumático. Sin embargo, los problemas materiales suscitados -desaparición de la casa, pérdida de empleo, precariedad económica, etc.- pueden interferir negativamente en la eficacia del tratamiento psicológico (Goenjian, 1993).

Conclusiones

En las víctimas de agresiones sexuales el grado de intensidad del trastorno de estrés posttraumático es independiente del tipo de agresión sufrido (violación consumada versus intento de violación) (Echeburúa et al., 1996), quizá porque la percepción de la amenaza es un mejor predictor de este cuadro clínico que la amenaza misma (Foa, Steketee y Rothbaum, 1989).

Desde una perspectiva psicopatológica, no hay diferencias entre las víctimas adultas de una violación esporádica y las vícti-

mas adultas de abuso sexual continuado en la infancia ni en el trastorno de estrés post-traumático ni en el resto de las variables estudiadas. Se trata de dos subtipos de pacientes, pero con un perfil psicopatológico similar. Se justifica, por ello, la aplicación de un mismo programa de intervención clínica (Corral et al., 1995; Echeburúa et al., 1997b).

A un nivel predictivo global, 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 (Foa y Riggs, 1995; Kushner, Riggs, Foa y Miller, 1993; Steketee y Foa, 1987). No se sabe aún la importancia relativa de cada uno de estos factores ni si hay algunos otros significativos.

En cuanto al tratamiento, la terapia de exposición -en imaginación, a los pensamientos intrusivos; en vivo, a los estímulos evitados- parece la más efectiva en el tratamiento del estrés posttraumático (Echeburúa y Corral, 1997; Nishith, Hearst, Mueser y Foa, 1995; Richards, Lovell y Marks, 1994). No obstante, las personas traumatizadas con niveles muy altos de evitación

son muy reacias a exponerse a los recuerdos traumáticos. De ahí que sea preciso investigar con más detalle las habilidades técnicas necesarias y la secuencia temporal adecuada para la aplicación de este tratamiento (Rothbaum y Foa, 1996).

Algunas emociones son predictoras de la eficacia del tratamiento de exposición en imaginación a los recuerdos traumáticos. En concreto, el miedo -incluso el horror-, que correlaciona con una mayor intensidad del trastorno de estrés posttraumático, responde bien al tratamiento; por el contrario, la ira, que correlaciona con una menor intensidad de este cuadro clínico, o la culpa responden peor al tratamiento 76

(Foa, Riggs, Massie y Yarczower, 1995; Pitman, Altman, Greenwald, Longpre et al., 1991). La reestructuración cognitiva puede ser útil en estos casos como ayuda complementaria (Taylor y Koch, 1995).

Por último, el autocuidado del terapeuta -en forma de trabajo en equipo, por ejemplo- desempeña un papel muy importante cuando se trata a víctimas aquejadas del trastorno de estrés posttraumático porque una labor clínica continuada con este tipo de pacientes puede ser psicológicamente desestabilizadora (Dutton y Rubinstein, 1995; Friedman, 1996).

Referencias bibliográficas

- Abueg, F. R., Drescher, K. D., y Kubany, E. S. (1994). Natural disasters. En F.M. Dattilio y A.M. Freeman (Eds.). *Cognitive-Behavioral strategies in crisis intervention*. New York. Guilford Press.
- Acierno, R., Hersen, M., Van Hasselt, V.B. y Tremont, G. (1994). Review of the validation and dissemination of eye-movement desensitization and reprocessing: A scientific and ethical dilemma. *Clinical Psychology Review*, 14, 287-299.
- Alario, S. (1993). Tratamiento conductual de un trastorno por estrés posttraumático. En S. Alario (ed.). *Estudio de casos en terapia del comportamiento*. Valencia. Promolibro.
- Albuquerque, A. (1992). Tratamiento del estrés posttraumático en ex combatientes. En E. Echeburúa (ed.). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid. Pirámide.
- Alter, C. L., Axelrod, A., Harris, H., Grobois, B., et al. (1996). Identification of PTSD in can-

- cer survivors. *Psychosomatics*, 37, 137-143.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. ed.)*. Washington, DC: APA.
- Basoglu, M. y Paker, M. (1995). Severity of trauma as predictor of long-term psychological status in survivors of torture. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 339-350.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Taylor, A. E., Loos, W. R. y Gerardi, R.J. (1994). Psychological morbidity associated with motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 283-290.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Taylor, A. E., Forneris, C. A., et al. (1995). Effects of varying scoring rules of the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) for the diagnosis of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 471-475.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Taylor, A. E., Loos, W. R., et al. (1996). Who develops PTSD from motor vehicle accidents? *Behaviour Research and Therapy*, 34, 1-10.
- Blonstein, C.H. (1988). Treatment of automobile driving phobia through imaginal and in vivo exposure plus response prevention. *The Behavior Therapist*, 11, 70-86.
- Bryant, R.A. y Harvey, A.G. (1995). Avoidant coping style and posttraumatic stress following motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 631-635.
- Chemtob, C.M., Tomás, S., Law, W. y Cremniter, D. (1997). Postdisaster psychosocial intervention: a field study of the impact of debriefing on psychological distress. *American Journal of Psychiatry*, 154, 415-417.
- 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.
- Corral, P., Echeburúa, E., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 455-482.
- Davidson, J. R., y Foa, E. B. (1991). Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: Considerations for the DSM-IV. Special Issue: Diagnoses, dimensions, and DSM-IV: The science of classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 346-355.
- Domínguez-Fernández, S. y Garcés-Ferrer, J. (1991). Sintomatología psicológica post-secuestro. *Delincuencia*, 3, 177-186.
- Dutton, M.A. y Rubinstein, F.L. (1995). Working with people with PTSD: Research implications. En C.R. Figley (Ed.). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York. Brunner/Mazel.
- 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. y Corral, P. (1997). Nuevos desarrollos en la terapia de exposición. En M.A. Vallejo (Ed.). *Avances en las técnicas de modificación de conducta*. Madrid. Fundación Universidad-Empresa.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (1997). Evaluación del trastorno de estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales y de maltrato doméstico. En M.I. Hombrados (ed.). *Estrés y salud*. Valencia. Promolibro.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1997a). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 7-19.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997b). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification*, 21,
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: an experimental study. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 455-482.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. La Coruña. Fundación Paideia.
- Foa, E. B., Hearst Ikeda, D., y Perry, K. J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 948-955.
- Foa, E.B., y Riggs, D.S. (1994). Posttraumatic stress disorder and rape. En R.S. Pynoos. (Ed.). *Posttraumatic stress disorder: A clinical review*. Lutherville. Sidran Press.
- Foa, E. B., y Riggs, D. S. (1995). Posttraumatic stress disorder following assault: Theoretical considerations and empirical findings. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 61-65.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., y Gershuny, B. S. (1995). Arousal, numbing, and intrusion: Symp-

- tom structure of PTSD following assault. *American Journal of Psychiatry*, 152, 116-120.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Massie, E. D., y Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26, 487-499.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O. y Molnar, C. (1995). Cognitive-behavioral therapy of post-traumatic stress disorder. En M.J. Friedman, D.S. Charney y A.Y. Deutch. (Eds.). *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to post-traumatic stress disorder*. Philadelphia. Lippincott-Raven Publishers.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S., y Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., y Steketee, G. S. (1993). Treatment of rape victims. Special Section: Rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 256-276.
- Foa, E. B., Steketee, G., y Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Foa, E. B., Zinbarg, R. y Rothbaum, B. O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.
- 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.
- Friedman, M. J. (1996). PTSD diagnosis and treatment for mental health clinicians. *Community Mental Health Journal*, 32, 173-189.
- Frueh, B.C., Turner, S.M. y Beidel, D.C. (1995). Exposure therapy for combat-related PTSD: a critical review. *Clinical Psychology Review*, 15, 799-817.
- Goenjian, A. (1993). A mental health relief programme in Armenia after the 1988 earthquake: Implementation and clinical observations. *British Journal of Psychiatry*, 163, 230-239.
- Hickling, E.J. y Blanchard, E.B. (1997). The private practice psychologist and manual-based treatments: posttraumatic stress disorder secondary to motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 191-203.
- Hodgkinson, P.E., Joseph, S., Yule, W. y Williams, R. (1995). Measuring grief after sudden violent death: Zeebrugge bereaved at 30 months. *Personality and Individual Differences*, 18, 805-808.
- Hodgkinson, P.E. y Stewart, M. (1991). *Coping with catastrophe. A handbook of disaster management*. London. Routledge.
- Horne, D.J. (1993). Traumatic stress reactions to motor vehicle accidents. En J.P. Wilson y B. Raphael (Eds.). *International handbook of traumatic stress syndromes*. New York. Plenum.
- Horton, A.M. (1993). Posttraumatic stress disorder and mild head trauma: follow-up of a case study. *Perceptual and Motor Skills*, 76, 243-246.
- Joseph, S., Yule, W., Williams, R. y Hodgkinson, P. (1993). Increased substance use in survivors of the Herald of Free Enterprise disaster. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 185-191.
- Kaiser, C. F., Sattler, D. N., Bellack, D. R., y Dersin, J. (1996). A conservation of resources approach to a natural disaster: Sense of coherence and psychological distress. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11, 459-476.
- Keane, T.M., Zimering, R.T. y Caddell, J.M. (1985). A behavioral formulation of PTSD in Vietnam veterans. *Behavior Therapist*, 8, 9-12.
- Kilpatrick, D.G. y Veronen, L.J. (1983). Treatment for rape related problems: crisis intervention is not enough. En L.H. Cohen, W.L. Claiborn y G.A. Specter (Eds.). *Community clinical psychology series*. New York, Human Sciences Press, vol. 4º, 2ª Edic.
- Kilpatrick, D.G., Veronen, L.J. y Resick, P.A. (1979a). The aftermath of rape: recent empirical finding. *American Journal of Orthopsychiatry*, 49, 658-669.
- Kuch, K., Cox, B. J., y Drenfeld, D. M. (1995). A brief self-rating scale for PTSD after road vehicle accident. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 503-514.
- Kushner, M. G., Riggs, D. S., Foa, E. B., y Miller, S. M. (1993). Perceived controllability and the development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in crime victims. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 105-110.
- Lohr, J.M., Kleinknecht, R.A., Tolin, D.F. y Barret, R.H. (1995). The empirical status of the clinical application of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 285-302.
- Madakasira, S., y O'Brien, K. F. (1987). Acute posttraumatic stress disorder in victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 286-290.

- McCaffrey, R. J., y Fairbank, J. A. (1985). Behavioral assessment and treatment of accident-related posttraumatic stress disorder: Two case studies. *Behavior Therapy*, 16, 406-416.
- McFarlane, A.C. (1988a). The longitudinal course of posttraumatic morbidity: the range of outcomes and their predictors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 30-39.
- McFarlane, A.C. (1988b). The aetiology of posttraumatic stress disorders following a natural disaster. *British Journal of Psychiatry*, 152, 116-121.
- McFarlane, A.C. (1992). Posttraumatic stress disorder among injured survivors of a terrorist attack: predictive value of early intrusion and avoidance symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 599-600.
- McFarlane, A. C., y Papay, P. (1992). Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 498-504.
- McMillan, T.M. (1991). Posttraumatic stress disorder and severe head injury. *British Journal of Psychiatry*, 159, 431-433.
- Nishith, P., Hearst, D. E., Mueser, K. T., y Foa, E. B. (1995). PTSD and major depression: Methodological and treatment considerations in a single case design. Special Issue: Experimental pain as a model for the study of clinical pain. *Behavior Therapy*, 26, 319-335.
- Nolen Hoeksema, S., y Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- Pitman, R.K., Altman, B., Greenwald, E., Longpre, R.E., et al. (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 17-20.
- Resick, P.A., Jordan, C.G., Girelli, S.A., Hutter, C.K. y Marhoefer, D. (1988). A comparative outcome study behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy*, 19, 385-401.
- Resick, P.A. y Schnicke, N.K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Richards, D. A., Lovell, K. y Marks, I. M. (1994). Posttraumatic stress disorder: Evaluation of a behavioral treatment program. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 669-680.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., et al. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.
- Rothbaum, B.O., y Foa, E.B. (1996). Cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. En B.A. Van der Kolk, A.C. McFarlane y L. Weisaeth. (Eds). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York. Guilford Press.
- Schwartz, E.D. y Kowalski, J.M. (1992). Malignant memories: reluctance to utilize health services after a disaster. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 409-418.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures*. New York. Guilford Press.
- Steketee, G., y Foa, E. B. (1987). Rape victims: Post-traumatic stress responses and their treatment: A review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 69-86.
- Taylor, S. y Koch, W.J. (1995). Anxiety disorders due to motor vehicle accidents: nature and treatment. *Clinical Psychology Review*, 15, 721-738.
- Trappler, B. y Friedman, S. (1996). Posttraumatic stress disorder in survivors of the Brooklin bridge shooting. *American Journal of Psychiatry*, 153, 705-707.
- Veronen, L.J. y Kilpatrick, D.G. (1983). Stress management for rape victim. En D. Meichenbaum y M.E. Jaremko (Eds.). *Stress reduction and prevention*. New York. Plenum Press (Traducción, Desclée de Brower, 1987).