

FACTORES RELACIONADOS CON EL RECHAZO Y EL ABANDONO DE LA TERAPIA EN MUJERES VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES TRATADAS EN LA EDAD ADULTA

Enrique Echeburúa*,
Belén Sarasua*,
Irene Zubizarreta**
y Paz de Corral*

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar las variables relevantes en mujeres adultas víctimas de una agresión sexual que rechazaron o abandonaron el tratamiento psicológico. La muestra constó de 269 víctimas. Se les ofreció un programa terapéutico individual cognitivo-conductual de 12 sesiones. La tasa de rechazos del tratamiento fue del 12,3% (n=33). El rechazo se dio con más frecuencia cuando las víctimas eran inmigrantes o de clase social baja, carecían de apoyo social o tenían una historia de victimización. La tasa de abandonos fue del 27,5% (n=65). El abandono estaba relacionado con la condición de inmigrante, con la carencia de apoyo social y con el abuso de sustancias. Se comentan las implicaciones de este estudio para la investigación futura.

Palabras clave: Agresión sexual, mujeres adultas víctimas, rechazo del tratamiento, abandono del tratamiento, adherencia a la terapia.

Key words: Sexual aggression, adult female victims, treatment refusal, treatment drop out, therapeutic compliance.

Introducción

Las agresiones sexuales son la forma más frecuente de victimización en la población femenina. De hecho, cerca de un 15% de la población femenina sufre alguna agresión sexual a lo largo de su vida (Vickerman y Margolin, 2009). Asimismo, según un reciente meta-análisis de Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito (2009), la tasa de prevalencia de algún tipo de abuso sexual en menores en la población general de diversos países es de un 7,4% en el caso de los niños y de un 19,2% en el de las niñas.

La victimización -el hecho de ser víctima de un suceso violento- puede causar unas repercusiones

psicológicas muy negativas en la estabilidad emocional de las personas afectadas, especialmente en el caso de las mujeres agredidas sexualmente en la vida adulta o en la infancia (Cortés, Cantón-Cortés y Cantón, 2011; Echeburúa y Guerricaechevarría, 2011; Picó-Alfonso, Echeburúa y Martínez, 2008). La humillación y el miedo a sufrir daños físicos y psíquicos e incluso a ser asesinadas produce una reacción de indefensión y pérdida de control que afecta al equilibrio emocional e interfiere negativamente en el desarrollo de una vida normal (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996; Resnick, Acierno, Amstadter, Self-Brown y Kilpatrick, 2007).

Así, el desarrollo del trastorno de estrés posttraumático (TEPT) como consecuencia de cualquier conducta violenta lo experimenta el 25% de todas las víctimas, pero este porcentaje puede ascender hasta el 50-60% en el caso de las mujeres agredidas sexualmente (Echeburúa, Corral y Amor, 2002; Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997). Además (o

* Enrique Echeburúa, Belén Sarasua y Paz de Corral, Universidad del País Vasco, UPV/EHU, Cibersam

** Irene Zubizarreta, Centro de Tratamiento Psicológico para Víctimas de Violencia de Género de la Diputación Foral de Álava
E-Mail: enrique.echeburua@ehu.es

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXIII p.p. 51-60
© 2014 Fundación AIGLÉ.

en lugar) del TEPT, las víctimas de agresiones sexuales pueden sufrir un malestar emocional profundo (ansiedad, depresión, sentimientos de culpa) y conductas de evitación sexual, incluso en el caso de que hayan sufrido la agresión meses o años atrás (Sarasua, Zubizarreta, Corral y Echeburúa, 2012a, 2012b). Sin embargo, los estudios disponibles hasta la fecha se han centrado fundamentalmente en el tratamiento del TEPT (Foa, Hembree, Cahill, Rauch, Riggs y Feeny, 2005; Foa y Rothbaum, 1998; Resick, Galovski, Uhlmansiek, Scher, Clum y Yoing-Xu, 2008; Rothbaum, Astin y Marsteller, 2005), sin prestar atención específicamente a otros problemas existentes, como la sintomatología ansioso-depresiva o los problemas sexuales.

En cuanto al tratamiento, según el meta-análisis de Taylor y Harvey (2009), la terapia psicológica consigue reducir los efectos psicopatológicos, especialmente el TEPT, en las víctimas de agresiones sexuales. Estos efectos beneficiosos tienden a mantenerse a los 6-12 meses de la intervención terapéutica. Respecto al formato, hay una superioridad de la terapia individual sobre la terapia grupal y de las terapias estructuradas y relativamente intensivas (10-16 sesiones) sobre las terapias breves de apoyo. En cuanto a las modalidades terapéuticas, según el meta-análisis de Vickerman y Margolin (2009), los tratamientos cognitivo-conductuales, sobre todos los centrados en el recuerdo del suceso traumático y de su significado, son los que cuentan con un mayor apoyo empírico. Más específicamente, la exposición prolongada (EP) (Foa y cols., 2005) y la terapia de procesamiento cognitivo (TPC) (Resick y cols., 2008), se han mostrado efectivas, seguidas por el entrenamiento en inoculación de estrés (EIS) (Veronen y Kilpatrick, 1983) y la desensibilización por movimiento ocular y reprocesamiento (DMO) (Rothbaum y cols., 2005). La EP, la TPC y la DMO implican una exposición a los recuerdos traumáticos o a las escenas relacionadas con el trauma. En la TPC, en la DMO y en el EIS se incluyen otros componentes, como la reestructuración cognitiva en la TPC, la desensibilización por movimientos oculares en la DMO o la enseñanza de habilidades de afrontamiento en el EIS. La EP y la EIS incluyen también una exposición a los miedos y a las situaciones evitadas que interfieren negativamente en la vida cotidiana de las víctimas (Foa, Keane y Friedman, 2003).

Sin embargo, el número de rechazos y de abandonos del tratamiento es relativamente alto. Así, por ejemplo, en el estudio de Sarasua y cols. (2012a, 2012b), referido al tratamiento de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia, la tasa de rechazos fue del 7,6% y la de abandonos del 28,1%. Asimismo en el estudio de Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta y Corral (2012), referido en este caso al tratamiento de mujeres víctimas de agresiones sexuales en la vida

adulto, la tasa de rechazos y de abandonos (16,7% y 27%, respectivamente) fue también más bien alta. Al margen de ciertas variables coyunturales, como enfermedades o cambios de residencia, o por la propia percepción de mejoría, una circunstancia explicativa de este hecho puede ser la dureza de una terapia que obliga a la víctima a confrontar cogniciones y emociones negativas (vergüenza, culpa, odio o repugnancia) que están relacionadas con aspectos de su pudor e intimidad (Echeburúa y cols., 2012). En cualquier caso, no hay estudios previos que hayan abordado este problema específicamente.

Por ello, el objetivo de este estudio es analizar los factores relacionados con el rechazo y el abandono de la terapia en las víctimas de agresiones sexuales tratadas en la vida adulta. Se trata, en último término, de conocer con más detalle las variables implicadas a los efectos de mejorar la adherencia al tratamiento.

Método

Participantes

La muestra de este estudio consta de 269 mujeres que han sufrido una agresión sexual y que han sido atendidas en el Centro de Asistencia Psicológica para Víctimas de Violencia de Género de la Diputación Foral de Álava (País Vasco). En dicho centro se desarrolla un programa de tratamiento específico para víctimas de agresiones sexuales desde 1990 y la atención ofertada es gratuita.

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

Respecto a las características demográficas de la muestra, las víctimas eran mujeres jóvenes, con una edad media de 27,6 años (DT=8,9; rango: 18-58), no tenían pareja en una mayoría de los casos (n=165; el 61,3%), eran de nacionalidad española (n=226; el 84%) y pertenecían a un nivel socioeconómico medio (n=151; el 56,1%). El tiempo medio transcurrido desde la agresión fue de 406,04 semanas (DT=518,77), si bien la variabilidad era muy alta. Así, un 41,3% (n=111) eran víctimas recientes, con menos de 12 semanas desde la agresión, mientras que el 58,7% (n=158) restante eran víctimas no recientes.

Diseño

En este estudio se ha utilizado un diseño *ex post facto* de tipo retrospectivo, en el que se cuenta con dos variables (sí o no) en función de cada uno de los dos objetivos de la investigación (análisis de los rechazos y abandonos del tratamiento).

Instrumentos

a) Variables sociodemográficas, circunstancias del proceso de victimización y apoyo familiar y social

La *Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Agresiones Sexuales* (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1995) es un instrumento que evalúa la historia de victimización sexual, la percepción de amenaza a la vida y las consecuencias jurídico-penales. Asimismo permite identificar la reacción del entorno familiar, los recursos de apoyo existentes, la victimización secundaria y el sentimiento de culpa. Por último, se reflejan las características socio-demográficas, los antecedentes psicopatológicos, la existencia de sucesos estresantes en el último año y el estado de salud de las víctimas.

b) Variables psicopatológicas

La *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS)* (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997) es una escala heteroaplicada que evalúa la gravedad e intensidad de los síntomas de este trastorno según los criterios diagnósticos del *DSM-IV-TR* (APA, 2000) en víctimas de diferentes sucesos traumáticos. Esta escala está estructurada en un formato de tipo Likert, de 0 a 3, según la frecuencia e intensidad de los síntomas y consta de 17 ítems que corresponden a los criterios diagnósticos (5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación; 7 a los de evitación; y 5 a los de activación). El rango oscila de 0 a 51 en la escala global; de 0 a 15, en la subescala de reexperimentación; de 0 a 21, en la de evitación; y de 0 a 15, en la de activación.

Es una escala con una eficacia diagnóstica muy alta (95,45%) si se establece un punto de corte global de 15 y unos puntos de corte parciales de 5 (con 2 puntos, al menos, en un síntoma), 6 (con 2 puntos, al menos, en tres síntomas) y 4 (con dos puntos, al menos, en dos síntomas) en la subescalas de reexperimentación, evitación y activación, respectivamente. Las propiedades psicométricas son muy satisfactorias (Echeburúa y cols., 1997).

El *Inventario de Ansiedad-Estado (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) (versión española

de TEA, 1982) es un autoinforme que consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de puntuaciones oscila de 0 a 60 en cada escala. El punto de corte elegido para la población femenina en el STAI-Estado es de 31 (correspondiente al percentil 75). La fiabilidad test-retest es de 0,81 en la escala de ansiedad-rasgo, bastante más alta, como es lógico, que en la de ansiedad-estado ($r=0,40$). La consistencia interna varía de 0,83 a 0,92. Por otra parte, la validez convergente con otras medidas de ansiedad oscila entre 0,58 y 0,79.

El *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) (versión española de Vázquez y Sanz, 1997) es un autoinforme de 21 ítems (rango: 0-63 puntos) que mide la intensidad de los síntomas depresivos y da más importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales y somáticos. El punto de corte más utilizado para discriminar entre población sana y aquejada de sintomatología depresiva es de 18 (Beck, Brown y Steer, 1996). El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de 0,93. Desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila entre 0,62 y 0,66.

La *Escala de Autoestima (EAE)* (Rosenberg, 1965) tiene por objetivo evaluar el grado de satisfacción que tiene una persona consigo misma. Este autoinforme consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala de tipo Likert (rango: 10-40 puntos). El punto de corte en la población adulta es de 29, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la autoestima. La fiabilidad test-retest es de 0,85 y el coeficiente alfa de consistencia interna es de 0,92. La validez convergente y la validez discriminante son asimismo satisfactorias. La versión española de esta escala se puede encontrar en Echeburúa y Corral (1998).

La *Escala de Inadaptación (IG)* (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000) es un autoinforme que consta de 6 ítems (rango: 0-30) y mide el grado en que la situación de maltrato afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana (trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja o posibilidad de tenerla y relación familiar), así como también a nivel global. El punto de corte establecido es de 12 en la escala total y de 2 en cada uno de los ítems, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la inadaptación. En esta investigación se ha utilizado el ítem que refleja el grado de inadaptación global a la vida cotidiana (rango: 0-5 puntos). Las propiedades psicométricas de fiabilidad y validez han resultado satisfactorias y están descritas en Echeburúa y cols. (2000).

Programa de tratamiento

La modalidad terapéutica aplicada en esta investigación ha sido un tratamiento cognitivo-conductual en formato individual que consta de 12 sesiones de una hora de duración, con una periodicidad semanal, y que tiene una duración aproximada de 3 meses.

El programa de intervención consta de 2 partes. La primera se centra en los aspectos motivacionales; y la segunda está dirigida a las consecuencias psicopatológicas derivadas de los sucesos traumáticos vividos (Echeburúa y cols., 1995). En concreto, la intervención motivacional, que abarca las dos primeras sesiones, está orientada a transmitir empatía, favorecer la percepción de seguridad y proporcionar apoyo emocional a la víctima. La segunda parte está dedicada al tratamiento de los síntomas psicopatológicos detectados y (si es el caso) al establecimiento de estrategias urgentes para hacer frente al proceso jurídico-penal, con tres niveles de intervención de 2, 3 y 5 sesiones cada uno.

Los componentes del programa, con la distribución de sesiones correspondiente y su articulación en el conjunto del tratamiento, figuran descritos, para las víctimas que fueron agredidas en la vida adulta, en Echeburúa y cols. (2012) y, para las que sufrieron la agresión en la infancia o adolescencia, en Sarasua y cols. (2012a).

Procedimiento

Las víctimas participantes en esta investigación fueron evaluadas en el momento de establecer contacto con el programa de Asistencia Psicológica para Víctimas de Violencia de Género de la Diputación Foral de Álava (País Vasco). El protocolo de evaluación fue aplicado en dos sesiones. En la primera se obtuvieron los datos relacionados con las características biográficas y las circunstancias del proceso de victimización sexual y del apoyo sociofamiliar. Y en la segunda se evaluaron los síntomas psicopatológicos. Asimismo las víctimas firmaron la hoja de consentimiento informado.

La evaluación se llevó a cabo por un equipo de psicólogas clínicas con formación en violencia de género. Además, se realizó una supervisión por las directoras del programa, que cuentan con una dilatada experiencia en el tratamiento de las víctimas de agresiones sexuales.

La fase de evaluación formaba parte de una intervención clínica y, por ello, la terapeuta evaluadora realizaba, posteriormente, el tratamiento.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS y se utilizó la versión 15.0 para Windows. En primer lugar, se compararon las características biográficas y de historia de victimización y las circunstancias de la agresión sexual, así como las variables relacionadas con la víctima y el apoyo recibido, con la variable criterio (rechazo/aceptación del tratamiento). Y, en segundo lugar, se relacionaron todos los factores descritos, junto con las variables psicopatológicas, con la variable criterio (abandono/finalización de la terapia). Se utilizó una comparación de medias y un análisis de frecuencias y se recurrió como pruebas de contraste a t y a X^2 , según se tratase de variables cuantitativas o categóricas, respectivamente.

Resultados

En este apartado se incluye una breve descripción de las variables más relevantes de la muestra total, se presenta la tasa de los rechazos y abandonos del tratamiento y, finalmente, se hace un análisis de los factores relacionados con el rechazo y el abandono del tratamiento.

Circunstancias de las agresiones sexuales, características relacionadas con la víctima, apoyo social percibido y variables psicopatológicas

Respecto a las circunstancias de la agresión sexual, casi la mitad sufrió la agresión en la infancia ($n=131$; 48,7%), con una penetración vaginal o anal ($n=124$; 46,1%) y perpetrada, en la mayoría de los casos, por un conocido ($n=192$; 71,4%). La mitad sufrió la agresión de forma repetida ($n=133$; 49,4%), la mayoría sin lesiones ($n=218$; 81%) y sin presencia de armas como medio coactivo ($n=239$; 88,8%).

En cuanto a las variables más significativas relacionadas con la víctima y con el apoyo familiar y social, una de cada cuatro tenía una historia de victimización anterior ($n=70$; 26%) y casi la mitad de las víctimas estuvo expuesta a sucesos estresantes en el último año ($n=110$; 40,9%). Solo una pequeña parte de la muestra presentaba problemas de consumo abusivo de alcohol u otras drogas ($n=23$; 8,6%).

A pesar de que las víctimas disponían con frecuencia de una red de apoyo social ($n=182$; 67,7%), de que contaron el suceso a su familia ($n=222$; 82,5%) y de que recibieron un apoyo familiar eficaz ($n=131$; 59%), la denuncia solo se efectuó en la mitad de los casos ($n=133$; 49,4%).

Por último, en cuanto a las variables psicopatológicas medidas en la evaluación pretratamiento, que abarcó a las 236 víctimas que aceptaron el programa

ma, se detectó un trastorno de estrés postraumático en un 44,5% (n= 105) de los casos evaluados y, desde una perspectiva dimensional, era grave, con una puntuación global (X=20,71; DT=10,96) claramente por encima del punto de corte establecido. Asimismo un 63,6% (n=150) de ellas presentaron un malestar emocional clínicamente significativo, según los puntos de corte de los instrumentos utilizados (≥ 24 en el *STAI-E*; ≥ 18 en el *BDI*; y ≥ 3 en la *IG*). A su vez, las víctimas mostraron sentimientos de culpa y baja autoestima en un 48,3% (n=114) y 59,7% (n=141), respectivamente, y las que convivían en pareja (n=90) tenían problemas de evitación de la conducta sexual en un 38,9% (n=35) de los casos.

Tasa de rechazos y de abandonos del tratamiento

De las 269 víctimas que solicitaron ser atendidas en el programa, 33 (es decir, el 12,3%) lo rechazaron, entendiendo como tal rechazo el no acudir a la 2ª sesión programada. Las 236 víctimas restantes (el 87,7%) aceptaron continuar con la intervención. De éstas hubo 65 (es decir, el 27,5%) que interrumpieron el tratamiento prematuramente sin haber recibido el alta; las 171 restantes (el 72,5%) lo completaron. Si bien no hubo una tendencia clara, los abandonos se dieron especialmente, por un lado, en las primeras sesiones y, por otro, en la última parte del tratamiento.

Factores relacionados con el rechazo y el abandono del tratamiento

En este apartado se analizan las variables biográficas y situacionales, así como las psicopatológi-

cas, más relevantes relacionadas con el rechazo y el abandono del tratamiento.

a) Variables biográficas y situacionales más relevantes en relación con el rechazo del tratamiento

Respecto a las variables biográficas estudiadas, el rechazo del tratamiento fue más frecuente cuando las víctimas eran inmigrantes o tenían un nivel socioeconómico bajo. Asimismo las víctimas más recientes rechazaron el tratamiento más frecuentemente que las víctimas en las que la agresión sexual había tenido lugar hacía más tiempo (más de 12 semanas) (tabla 1).

En cuanto a los factores situacionales, el rechazo de la terapia se dio con más frecuencia en las víctimas que sufrieron la agresión sexual en la vida adulta, cuando el agresor era un desconocido, cuando la agresión se produjo en una única ocasión y cuando tuvo un resultado de lesiones. Asimismo aumentaba la probabilidad del rechazo en las víctimas que padecieron una historia de victimización anterior y en las que no contaban con apoyo social (tabla 2).

b) Variables biográficas y situacionales más relevantes en relación con el abandono del tratamiento

Respecto a las variables biográficas estudiadas, el abandono fue mayor cuando las víctimas eran inmigrantes [$\chi^2(1)=7,747$; $p<0,01$].

En relación con las características de la agresión sexual, todas las variables estudiadas fueron independientes del abandono del tratamiento, tal y como se puede ver en la tabla 3. Sin embargo, en lo

Tabla 1. Relación de las variables biográficas con el rechazo o la aceptación del tratamiento

	MUESTRA (N=269) X (DT) N (%)	RECHAZO (n=33) X (DT) n (%)	ACEPTACIÓN (n=236) X (DT) n (%)	t/ χ^2 (gl)
Edad	27,62 (DT=8,9)	29,57 (9,19)	27,35 (8,88)	1,341(267) n.s.
Nacionalidad				
Inmigrantes	43 (16,0)	20 (60,6)	23 (9,8)	55,765(1) ***
Autóctonas	226 (84,0)	13 (39,4)	213 (90,2)	
Estatus de la relación				
Convivencia	104 (38,7)	14 (42,4)	90 (38,1)	0,225(1) n.s.
Sin convivencia	165 (61,3)	19 (57,6)	146 (61,9)	
Nivel económico				
Bajo	101 (37,5)	24 (72,7)	77 (32,6)	20,358(1) ***
Medio	151 (56,2)	9 (27,3)	142 (60,2)	
Alto	17 (6,3)	0 (0)	17 (7,2)	
Tiempo transcurrido				
VR*	111 (41,3)	19 (57,6)	92 (39,0)	4,129(1) *
VNR	158 (58,7)	14 (42,4)	144 (61,0)	

*VR y VNR: víctimas recientes (con menos de 12 semanas desde la agresión) y víctimas no recientes (con más de 12 semanas desde la agresión)
* $p<0,05$; *** $p<0,001$

Tabla 2. Relación de las características de la agresión sexual, las variables relacionadas con la víctima y el apoyo recibido en relación con el rechazo o la aceptación del tratamiento

	MUESTRA (N=269) N (%)	RECHAZO (n=33) n (%)	ACEPTACIÓN (n=236) n (%)	χ^2 (gl)
Tipo de agresión				
Con penetración	124 (46,1)	16 (48,5)	108 (45,8)	0,769(1) n.s.
Sin penetración	145 (53,9)	17 (51,5)	128 (54,2)	
Edad del abuso				
Infancia	131 (48,0)	10 (30,3)	121 (51,3)	5,095(1) *
Edad adulta	138 (52,7)	23 (69,7)	115 (48,7)	
Frecuencia				
Ocasional	136 (50,6)	22 (66,7)	114 (48,3)	3,905(1) *
Repetida	133 (49,4)	11 (33,3)	122 (51,7)	
Lesiones				
Sí	51 (19,0)	10 (30,3)	41 (17,4)	7,195(1) **
No	218 (81,0)	23 (69,7)	195 (82,6)	
Armas				
Sí	25 (10,6)	16 (12,2)	9 (6,9)	3,150(1)
No	211 (89,4)	89 (84,8)	122 (93,1)	
Agresor				
Desconocido	77 (28,6)	14 (42,4)	63 (26,7)	3,806(1) *
Conocido	192 (71,4)	19 (57,6)	173 (73,3)	
Denuncia				
Sí	133 (49,4)	18 (54,5)	115 (48,7)	0,392(1) n.s.
No	136 (50,6)	15 (45,5)	121 (51,3)	
Hª de victimización				
Sí	70 (26,0)	15 (45,5)	55 (23,3)	7,378(1) **
No	199 (74,0)	18 (54,5)	181 (76,7)	
Sucesos estresantes				
Sí	110 (40,9)	15 (45,5)	95 (40,2)	0,324(1) n.s.
No	159 (59,1)	18 (54,5)	141 (59,8)	
Abuso de drogas				
Sí	23 (8,5)	4 (12,1)	19 (8,1)	0,613(1) n.s.
No	246 (91,5)	29 (87,9)	217 (91,9)	
Apoyo social				
Sí	182 (67,7)	16 (48,5)	166 (70,3)	6,319(1) *
No	87 (32,3)	17 (51,5)	70 (29,7)	
Contar lo ocurrido				
Sí	222 (82,5)	24 (72,7)	198 (83,9)	2,506(1) n.s.
No	47 (17,5)	9 (27,3)	38 (16,1)	
Apoyo familiar (222)				
Sí	131 (59,0)	12 (50,0)	119 (60,1)	0,903(1) n.s.
No	91 (41,0)	12 (50,0)	79 (39,9)	

* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

que se refiere a las variables relacionadas con la víctima y las redes de apoyo, el abandono de la terapia fue más frecuente en las víctimas que consumían abusivamente alcohol u otras drogas y en las que carecían de una red de apoyo social.

c) Variables psicopatológicas más relevantes en relación con el abandono del tratamiento

Por último, el abandono de la terapia resultó ser independiente de la presencia del trastorno de estrés postraumático [χ^2 (1)=0,317; n.s.], del males-

tar emocional clínicamente relevante [χ^2 (1)=0,158; n.s.], de los sentimientos de culpa [χ^2 (1)=0,03; n.s.], de una baja autoestima [χ^2 (1)=0,171; n.s.] y de los problemas de evitación de la conducta sexual [χ^2 (1)=0,122; n.s.].

Conclusiones

En esta investigación se han estudiado los factores relacionados con el rechazo y el abandono de la terapia en 269 mujeres adultas víctimas de agresiones sexuales en la infancia o en la vida adulta.

Tabla 3. Relación entre las características de la agresión sexual y las variables relacionadas con la víctima y el apoyo recibido en relación con el abandono o la finalización del tratamiento

	MUESTRA (N=236) N (%)	ABANDONO (n=65) n (%)	FINALIZACIÓN (n=171) n (%)	χ^2 (gl)
Tipo de agresión				
Con penetración	108 (45,8)	33 (50,8)	75 (43,9)	0,906(1) n.s.
Sin penetración	128 (54,2)	32 (49,2)	96 (56,1)	
Edad del abuso				
Infancia	121 (51,3)	34 (52,3)	87 (50,9)	0,039(1) n.s.
Edad adulta	115 (48,7)	31 (47,7)	84 (49,1)	
Frecuencia				
Ocasional	114 (48,3)	33 (50,8)	81 (47,4)	0,218(1) n.s.
Repetida	122 (51,7)	32 (49,2)	90 (52,6)	
Lesiones				
Sí	41 (17,4)	13 (20,0)	28 (16,4)	0,413(1) n.s.
No	195 (82,6)	52 (80,0)	143 (83,6)	
Armas				
Sí	25 (10,6)	9 (13,9)	16 (9,4)	1,002(1) n.s.
No	211 (89,4)	56 (86,1)	155 (90,6)	
Agresor				
Desconocido	63 (26,7)	17 (26,1)	64 (37,4)	0,013(1) n.s.
Conocido	173 (73,3)	48 (73,9)	107 (62,6)	
Denuncia				
Sí	115 (48,7)	26 (40,0)	89 (52,1)	2,736(1) n.s.
No	121 (51,3)	39 (60,0)	82 (47,9)	
Hª de victimización				
Sí	55 (23,3)	17 (26,1)	38 (22,2)	0,417(1) n.s.
No	181 (76,7)	48 (73,8)	133 (77,8)	
Sucesos estresantes				
Sí	95 (40,2)	31 (47,7)	64 (37,4)	2,064(1) n.s.
No	141 (59,8)	34 (52,3)	107 (62,6)	
Abuso de drogas				
Sí	19 (8)	9 (13,8)	10 (5,9)	4,070(1) *
No	217 (92)	56 (86,2)	161 (94,1)	
Apoyo social				
Sí	166 (70,3)	36 (55,4)	130 (76,0)	9,616(1) **
No	70 (29,7)	29 (44,6)	41 (24,0)	
Contar lo ocurrido				
Sí	198 (83,9)	52 (80,0)	146 (85,4)	1,009(1) n.s.
No	38 (16,1)	13 (20,0)	25 (16,6)	
Apoyo familiar (198)				
Sí	119 (60,1)	28 (53,9)	91 (62,3)	1,151(1) n.s.
No	79 (39,9)	24 (46,1)	55 (37,7)	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Se trata, por tanto, de una muestra amplia de mujeres jóvenes (en torno a 25-30 años), con una red de apoyo socio-familiar y de un nivel económico medio. Estas víctimas presentaban un malestar emocional crónico que desbordaba sus recursos psicológicos de afrontamiento y que interfería negativamente en su vida cotidiana, tal y como aparece también en otros estudios (Cortés y cols., 2011; Fergusson, Boden y Horwood, 2008; Vickerman y Margolin, 2009).

Las víctimas estudiadas en esta investigación han sufrido una agresión sexual grave en la infancia o en la vida adulta, con una penetración vaginal

o anal y de forma repetida en casi la mitad de los casos. Los agresores sexuales eran en una gran mayoría conocidos de las víctimas. Los síntomas o trastornos clínicos manifestados (TEPT, malestar emocional, sentimientos de culpa, baja autoestima o conductas de evitación sexual) pueden ser atribuidos a los efectos de la agresión sexual porque en dos de cada tres casos no presentaban otra vía de victimización ni las víctimas eran consumidoras abusivas de alcohol o drogas. Las víctimas han denunciado la agresión sexual solo en la mitad de los casos. Sin embargo, la denuncia constituye un

elemento de protección y suele relacionarse con un mayor apoyo familiar y social, según se señala en investigaciones previas (Echeburúa, Fernández-Montalvo, Corral y López-Goñi, 2009; Sarasua y cols., 2012b).

Aun siendo un programa terapéutico atractivo (gratuito, breve, llevado a cabo por psicólogas clínicas y empíricamente validado), la tasa global de rechazos y abandonos ha sido relativamente alta. Por lo que se refiere a los rechazos (12,3%), la tasa obtenida en este estudio es habitual en un tratamiento que supone una exposición al trauma y que resulta, por tanto, duro de afrontar inicialmente para la víctima (Foa y Rothbaum, 1998; Resick, Williams, Suvak, Monson y Gradus, 2012). El rechazo del tratamiento ha sido mayor, por un lado, entre las víctimas inmigrantes -más inestables socialmente- y pertenecientes a un nivel socioeconómico bajo y, por otro, entre las víctimas más recientes y con un único episodio de agresión a cargo de una persona desconocida, quizá porque pensaban que el problema podría solucionarse espontáneamente con el paso del tiempo. A su vez, la frecuencia mayor de rechazos al tratamiento en víctimas con una historia de victimización y sin apoyo social se relaciona probablemente con la ambivalencia motivacional en la víctima entre buscar ayuda y enfrentarse a emociones dolorosas (vergüenza o culpa).

La tasa de abandonos obtenida en este estudio (el 27,5%) ha sido más bien alta y se ha repartido en las distintas fases de la terapia, si bien con un ligero predominio en las primeras sesiones, cuando la relación terapéutica aún no está del todo consolidada. Los abandonos han sido más frecuentes entre las víctimas más inestables socialmente, es decir, entre las víctimas inmigrantes, sin apoyo social o con abuso de alcohol o drogas, pero, sin embargo, no se han relacionado con el tipo de patología específica presentado por las víctimas. La explicación de los abandonos es compleja. A veces se trata de circunstancias coyunturales (enfermedades o cambios de residencia); otras veces, tiene que ver con la percepción de mejoría de la víctima, que no ve necesario proseguir con el tratamiento; y otras, por último, se trata del malestar emocional experimentado por la víctima al confrontar reiteradamente en la terapia emociones negativas. La adherencia al tratamiento es un problema importante en este tipo de programas (Echeburúa, Salaberría, Corral y Polo-López, 2010; Taylor y Harvey, 2009; Vickerman y Margolin, 2009).

Algunas limitaciones de este estudio son que, a efectos de homogeneizar la muestra, se han excluido las mujeres agredidas sexualmente en el marco de la relación de pareja y las que han sufrido un acoso sexual en el trabajo. Por ello, las conclusiones

obtenidas no se pueden generalizar a todas las víctimas que han estado expuestas a este tipo de sucesos. Por otra parte, el tratamiento aplicado en este estudio a las víctimas ha sido individual. Habría que ver si con otro formato terapéutico (grupal o grupal e individual) la tasa de rechazos y abandonos es la misma. Por último, si los tratamientos resultan efectivos pero hay muchas víctimas que no los completan, el reto principal de futuro es diseñar estrategias motivacionales para el tratamiento, a efectos de reducir la tasa de rechazos y abandonos, y adaptar el programa terapéutico a las necesidades específicas de cada víctima (Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta, Amor y Corral, 2009).

BIBLIOGRAFÍA

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Brown, G.K. y Steer, R.A. (1996). *Beck Depression Inventory (BDI-II)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Cortés, M.R., Cantón-Cortés, D. y Cantón, J. (2011). Consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil: papel de la naturaleza y continuidad del abuso y del ambiente familiar. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19, 41-56.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (2011). Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19, 469-486.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14 (supl.), 139-146.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: An experimental study. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 185-199.

- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. La Coruña: Fundación Paideia.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification*, 21, 433-456.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., Corral, P. y López-Goñi, J.J. (2009). Assessing the risk markers in femicide and in severe intimate partner violence: A new assessment instrument. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 925-939.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y Corral, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 199-217.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P. y Polo-López, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19, 247-256.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y Corral, P. (2012, en prensa). Tratamiento psicológico de mujeres víctimas de agresiones sexuales recientes y no recientes en la vida adulta: un análisis comparativo. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*.
- Fergusson, D.M., Boden, J.M. y Horwood, L.J. (2008). Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 32, 607-619.
- Foa, E.B. y Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Foa, E.B., Keane, T.M. y Friedman, M.J. (2003). *Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona: Ariel.
- Foa, E.B., Hembree, E.A., Cahill, S.P., Rauch, S.A., Riggs, D.S. y Feeny, N.C. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for PTSD with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 953-964.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 328-338.
- Picó-Alfonso, M.A., Echeburúa, E. y Martínez, M. (2008). Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence. *Journal of Family Violence*, 23, 577-588.
- Resick, P.A., Galovski, T.E., Uhlmansiek, M.O., Scher, C.D., Clum, G.A. y Yoing-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for PTSD in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 243-258.
- Resick, P.A., Williams, L.F., Suvak, M.K., Monson, C.M. y Gradus, J.L. (2012). Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for PTSD among female rape survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 201-210.
- Resnick, H., Acierno, R., Waldrop, A.E., King, L., King, D., Danielson, C., Ruggiero, K.J. y Kilpatrick, D.G. (2007). Randomized controlled evaluation of an early intervention to prevent post-rape psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2342-2447.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rothbaum, B.O., Astin, M.C. y Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 607-616.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Corral, P. y Echeburúa, E. (2012a, en prensa). Tratamiento psicológico de mujeres adultas víctimas de abuso sexual en la infancia: resultados a largo plazo. *Anales de Psicología*.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Corral, P. y Echeburúa, E. (2012b, en prensa). Factores de vulnerabilidad y de protección del impacto emocional en mujeres adultas víctimas de agresiones sexuales. *Terapia Psicológica*.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual of State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press (versión española, TEA, 1982).
- Taylor, J.A. y Harvey, S.T. (2009). Effects of psychotherapy with people who have been sexually assaulted: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 14, 273-285.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978/ Reliability and norm data of the Spanish versión of the 1978 Beck Depression Inventory. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.

Veronen, L.J. y Kilpatrick, D.G. (1983). Stress management for rape victims. En D. Meichenbaum y M.E. Jaremko (Eds.), *Stress reduction and prevention* (pp. 341-374). New York: Plenum Press.

Vickerman, K.A. y Margolin, G. (2009). Rape treatment outcome research: Empirical findings and state of the literature. *Clinical Psychology Review*, 29, 431-448.

Enviado: 20-7-12
Aceptado: 29-10-12

Abstract: The aim of this paper was to analyze the relevant variables in adult female victims of sexual aggression who refused or dropped out of psychological treatment. The sample consisted of 269 victims. An individual 12-session cognitive-behavioral programme was offered. Treatment refusal rate was 12.3% (n=33). Refusal was more likely when victims were immigrant, belonging to a low class or not having social support. Victims also refused treatment if they had a history of victimization. Treatment drop out rate was 27.5% (n=65). Drop out rate was related to the immigration, the lack of social support and the substance abuse of victims, but not related to specific psychopathological symptoms. Implications of this study for future research in this field are commented upon.